

‘Pilots innovatieve begeleiding 2013’

Eindrapportage

Onderzoek **en** Business Intelligence





Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

In opdracht van:

Afdeling Ontwikkeling en Beleid, directie Activering en Welzijn, cluster Maatschappelijke Ontwikkeling,
vertegenwoordigd door mevrouw I. Wiersma

© 2014 Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

Project: 4104

Auteurs: Laura Hoekstra, Justine Anschutz, Fré Kreuger, Annemarie Reijnen, Rob Weggeman en
Toine Wentink

Juli 2014

Postadres:
Postbus 21323
3001 AH Rotterdam

Telefoon: (010) 267 15 00
E-mail: onderzoek@rotterdam.nl
Website: www.rotterdam.nl/onderzoek



Eindrapportage

‘Pilots innovatieve begeleiding 2013’



INHOUDSOPGAVE

1	Aanleiding tot het onderzoek	7
2	De onderzoeksopzet	9
	Pilots voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking	11
3	‘Sport en Zorg’, door de Stichting Rotterdam Sportsupport in samenwerking met Pameijer, Antes en Tempo ‘34	12
3.1	Het beleidsprobleem	12
3.2	Het maatschappelijke doel van ‘Sport en Zorg’	12
3.3	De projectorganisatie	12
3.4	De doelgroep	13
3.4.1	Bereik, aantal en achtergrond van de deelnemers	13
3.4.2	De werving van cliënten	14
3.5	De interventietheorie	14
3.6	Resultaten van het project	15
3.6.1	De ondersteuningsmix	16
3.6.2	Besparingen	17
3.6.3	Bevorderen eigen kracht, vergroting zelfredzaamheid en participatie	18
3.7	Conclusies en aanbevelingen	18
4	‘MEE op weg’ door Stichting MEE Rotterdam Rijnmond	20
4.1	Het beleidsprobleem	20
4.2	Het maatschappelijke doel van ‘MEE op weg’	20
4.3	De projectorganisatie	20
4.4	De doelgroep	21
4.4.1	Aantal deelnemers	21
4.4.2	Achtergrond van de deelnemers	21
4.5	De interventietheorie	23
4.6	Resultaten	25
4.6.1	De ondersteuningsmix	26
4.6.2	Besparingen	27
4.6.3	Bevorderen eigen kracht, vergroting zelfredzaamheid en participatie	27
4.7	Conclusies en aanbevelingen	28



5	'Rotterdamers redzamer', door CED-Groep en ASVZ	30
5.1	Het beleidsprobleem	30
5.2	Het maatschappelijke doel van 'Rotterdamers redzamer'	30
5.3	De projectorganisatie	30
5.3.1	Projectactiviteiten	31
5.4	De doelgroep	31
5.4.1	Bereik, aantal en achtergrond van de deelnemers	32
5.5	De interventietheorie	32
5.6	Resultaten van het project	33
5.6.1	Ervaringen van deelnemers en beroepskrachten	33
5.6.2	De ondersteuningsmix	34
5.6.3	Besparingen	35
5.6.4	Bevorderen eigen kracht, vergroting zelfredzaamheid en participatie	35
5.7	Conclusies en aanbevelingen	36
	Pilots voor mensen met een psychische beperking	37
6	'Uit de zorg (en), in de samenleving', de REAKTGROEP	38
6.1	Het beleidsprobleem	38
6.2	Het maatschappelijke doel van 'Uit de zorg(en), in de samenleving'	38
6.2.1	Subdoelen	39
6.2.2	De resultaten van de individuele trajecten	39
6.3	De projectorganisatie	40
6.4	De doelgroep	40
6.4.1	De selectieprocedure van de deelnemers	40
6.5	De interventietheorie	42
6.5.1	Conclusie met betrekking tot de interventietheorie	44
6.6	Resultaten van het project	45
6.6.1	De ondersteuningsmix	46
6.6.2	Besparingen	46
6.6.3	Bevorderen eigen kracht, vergroting van zelfredzaamheid en participatie	47
6.7	Conclusies en aanbevelingen	48
6.7.1	Conclusies	48
6.7.2	Aanbevelingen	49
7	'GGZ en schulden', door Stichting Corridor en Zowel!	50
7.1	Het beleidsprobleem	50
7.2	Het maatschappelijke doel van 'GGZ en schulden'	50
7.3	De projectorganisatie	50
7.4	De doelgroep	51
7.4.1	Bereik, aantal en achtergrond van de deelnemers	51



7.5	De interventietheorie	53
7.5.1	Toetsing van de interventietheorie	54
7.6	Resultaten	55
7.6.1	De ondersteuningsmix	55
7.6.2	Besparingen	55
7.6.3	Bevorderen van eigen kracht, vergroting van zelfredzaamheid en participatie	56
7.7	Conclusies en aanbevelingen	56
Pilots voor de doelgroep 'kwetsbare Rotterdammers'		57
8	'Participeren met NAH: Neem de brug van zorg naar welzijn', Stichting Zorgbeheer De Zellingen, MEE Rotterdam Rijnmond en Regio Rotterdam Afasie Stichting	58
8.1	Het beleidsprobleem	58
8.2	Het maatschappelijke doel van 'De brug van zorg naar welzijn'	58
8.3	De projectorganisatie	59
8.4	De doelgroep	59
8.5	De resultaten	59
8.6	De interventietheorie	61
8.6.1	Conclusie met betrekking tot de interventietheorie	61
8.7	De resultaten	62
8.7.1	De ondersteuningsmix	62
8.7.2	Besparingen	62
8.7.3	Bevorderen eigen kracht, vergroting van zelfredzaamheid en participatie	63
8.8	Conclusies en aanbevelingen	63
9	Gebiedsgericht Organiseren Pernis 2013, Stichting Welzijn Pernis, Buurtprojecten en Stichting de Sonneburgh/Havenlicht	65
9.1	Het beleidsprobleem	65
9.2	Het maatschappelijke doel van 'Gebiedsgericht organiseren in Pernis 2013'	65
9.3	De projectorganisatie	65
9.4	De doelgroep	66
9.5	De interventietheorie	66
9.6	De resultaten	66
9.6.1	Aantal bereikte burgers via de buurtmakelaar	66
9.6.2	Aantal bereikte burgers met een bestaande of potentiële AWBZ-indicatie	67
9.6.3	Aantal geworven vrijwilligers	67
9.6.4	Het realiseren van een coherent aanbod van hulp- en dienstverlening	68



9.6.5	Vermindering van inzet van professionele zorg en begeleiding	68
9.7	Conclusies en aanbevelingen	69
10	‘Vervoer voor kwetsbare Rotterdammers’, door het samenwerkingsverband ‘Stuurgroep Integratie doelgroepenvervoer’, waaraan de Rotterdamse Mobiliteit Centrale B.V., Stichting Aafje Thuiszorg Huizen Zorghotels en Stichting Pameijer deelnemen.	70
10.1	Het beleidsprobleem	70
10.2	Het maatschappelijke doel van de pilot	70
10.3	De doelgroep	70
10.4	De interventietheorie	70
10.4.1	Toetsing van de interventietheorie	71
10.5	De resultaten	71
10.6	Conclusies	72
11	Conclusies en aanbevelingen	73
11.1	Inleiding en probleemstelling	73
11.2	Zelfredzaamheid en participatie	74
11.3	De ondersteuningsmix	76
11.4	Besparingen	77
11.5	Aanbevelingen	78

1 Aanleiding tot het onderzoek

Met ingang van 2015 wordt de verantwoordelijkheid voor de AWBZ-functie 'extramurale begeleiding'¹ overgeheveld naar de gemeenten. In Rotterdam maken meer dan 15.000 mensen gebruik van extramurale begeleiding². Het gaat vaak om zelfstandig wonende ouderen, mensen met een beperking – lichamelijk, verstandelijk of psychisch – en om mensen met een chronische ziekte. De gedachte achter de overheveling is dat de gemeente beter kan inspelen op de ondersteuningsbehoeften van burgers en dat de gemeente meer samenhang kan realiseren in het ondersteuningsaanbod op het gebied van zorg en welzijn. De gemeente krijgt bij de decentralisatie van het Rijk een bezuinigingsopdracht van 25% mee.

In voorbereiding op de overheveling en de taakstelling heeft het college van B & W in september 2012 de 'Stimuleringsregeling Innovatieve Begeleiding Rotterdam 2013' vastgesteld. Daarmee stelde de gemeente middelen ter beschikking voor het ontwikkelen van vernieuwende aanpakken op het gebied van begeleiding. AWBZ-instellingen en andere organisaties met ervaring in het bieden van begeleiding aan de doelgroepen zijn uitgenodigd een pilot te ontwikkelen, gebruikmakend van de Stimuleringsregeling. Organisaties hebben een projectvoorstel en subsidieaanvraag ingediend. Voor de beoordeling van de aanvragen is een werkgroep samengesteld met een brede expertise. Deze werkgroep heeft op basis van de inhoud van de Stimuleringsregeling een aantal beoordelingscriteria voor de projectaanvragen geformuleerd. De nieuwe aanpak moet bijdragen aan:

- kostenbesparing in de gemeentelijke keten;
- het vergroten van zelfredzaamheid en participatie, het versterken van de competenties van de ondersteuningsvrager, de vorming en versterking van sociale netwerken en de vermindering van de inzet van professionele hulp.

Daarnaast is van belang dat:

- de pilot uitvoerbaar is in de praktijk en geëvalueerd kan worden;
- er sprake is van een vernieuwende aanpak van de begeleiding: een nieuw idee of concept;
- de pilot aansluit bij de doelgroep voor extramurale begeleiding;

¹ De huidige 'Begeleiding' in de AWBZ is bedoeld om de zelfredzaamheid van personen te bevorderen, te behouden of te compenseren zodat een verblijf in een instelling of verwaarlozing zo lang mogelijk wordt uitgesteld. Begeleiding binnen de AWBZ is mogelijk in de vorm van individuele begeleiding of als begeleiding in groepsverband. Voor mensen die in een instelling wonen blijft begeleiding behoren tot de zorg die aan hen geboden wordt en dus onderdeel van de AWBZ. De extramurale begeleiding, de begeleiding aan mensen die zelfstandig wonen, zal worden gedecentraliseerd. Voorbeelden van activiteiten die nu in de AWBZ worden aangeboden onder de noemer begeleiding zijn: inloophuizen, ontmoetingsgroepen, woonbegeleiding, dagactiviteiten GGZ, dagbesteding verstandelijk gehandicapten, sport voor verstandelijk gehandicapten (www.invoeringwmo.nl)

² Memo aan wethouder Florijn, d.d. 17 december 2012.



- er in de projectorganisatie voldoende deskundigheid is en dat er wordt samengewerkt met instellingen uit de zorg, het onderwijs, welzijn en wonen, zodat de aanwezige expertise ten goede komt aan het project en de projectresultaten.

Negen aanvragen zijn gehonoreerd op basis van de beschreven criteria. Vanwege de kwaliteit van de aanvragen is, aanvullend op de in het kader van de regeling beschikbare middelen, gezocht naar extra financiën.

2 De onderzoeksopzet

Het doel van dit onderzoek is om een bijdrage te leveren aan het leerproces van de vernieuwing van de 'extramurale begeleiding'. Met dit onderzoek willen we inzicht krijgen in de (ervaren) werkzaamheid van de nieuwe praktijken en de condities om deze praktijken bij gebleken succes te kunnen implementeren. Deze kennis kan worden benut voor het maken van toekomstige keuzes bij de organisatie van de begeleiding.

De centrale onderzoeksvragen luiden als volgt:

1. *Hoe worden de proeftuinen in de praktijk uitgevoerd?*
2. *Wat zijn de eerste resultaten van de proeftuinen?*
3. *Welke kritische factoren zijn bepalend geweest voor het behaalde resultaat volgens relevante stakeholders?*

In de fase van de uitvoering van de pilots is er onderzoek gedaan naar het ontwerp van de projecten en naar de operationalisatie van Wmo-concepten zoals vergroting van de zelfredzaamheid en participatie, versterking van competenties en de vorming of versterking van sociale netwerken. Daarnaast is er gekeken naar de organisatorische kenmerken van de uitvoeringspraktijk: Hoe ziet de projectorganisatie eruit? Hoe verloopt de samenwerking tussen partners? Welke concrete activiteiten zijn ondernomen? Wat gaat goed in de uitvoering? En welke onderdelen van de pilots verdienen extra aandacht?

In november 2013 is hierover een tussenrapportage verschenen, waarin per project werd ingegaan op deze vragen³. Dit leverde uitgebreide beschrijvingen op van de interventies en van de context van die interventies: van het beleidsprobleem, tot de doelen en de concrete activiteiten. Hiermee konden vooral de centrale onderzoeksvragen 1 en 2 worden beantwoord. Daarnaast is er op basis van die projectbeschrijvingen voor elk van de pilots een zogenaamde 'interventietheorie' geformuleerd⁴.

Lub noemt bij de wetenschappelijke beoordeling van sociale interventies op het terrein van buurtleefbaarheid, het geheel van assumpties - dit zijn de aannames over causale mechanismen die een bepaald effect moeten sorteren – samengevoegd in een ideaaltypische causale keten van middel-doel-relaties, 'de interventietheorie'. Voor de beantwoording van de derde centrale onderzoeksvraag zullen wij vooral ingaan op de interventietheorie die aan elk van de pilots ten grondslag ligt.

Wat zijn de veronderstelde mechanismen die de geformuleerde doelen van de pilot moeten bewerkstelligen? En: werken deze mechanismen?

³ Van Dijk, D., Hoekstra, L.T.M. en T. Wentink (2013). *Proeftuinen 'Innovatieve begeleiding 2013', tussenrapportage*. Rotterdam: Onderzoek & Business Intelligence

⁴ Lub, V. (2013). *Schoon, heel en werkzaam? Een wetenschappelijke beoordeling van sociale interventies op het terrein van buurtleefbaarheid*. Den Haag: Boom Lemna uitgevers



Bij de beantwoording van deze onderzoeksvragen zullen wij ons baseren op de door de organisaties aangeleverde eindrapportages en interviews met professionals, vrijwilligers en de deelnemers aan de pilots.

In de tussenrapportage is uitgebreid ingegaan op het ontwerp en de uitvoering van de pilots. Bovendien hebben de organisaties ter verantwoording van de financiën een verslag geschreven over het verloop van de pilots voor de beleidsmedewerkers van het cluster Maatschappelijke Ontwikkeling (MO). Dit verslag hebben zij mondeling toegelicht.

In deze eindrapportage ligt het accent daarom op de resultaten van de pilots in termen van de vergroting van zelfredzaamheid en participatie, de vorming en versterking van de sociale netwerken, de vermindering van professionele hulp en op de werkzaamheid van de interventietheorie.



Pilots voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking



3 ‘Sport en Zorg’, door de Stichting Rotterdam Sportsupport in samenwerking met Pameijer, Antes en Tempo ‘34

3.1 Het beleidsprobleem

Mensen met een verstandelijke en/of psychische beperking sporten zelden in het verband van een sportvereniging. Wanneer zij wel sporten of bewegen, doen zij dit met een indicatie voor begeleiding in een eigen voorziening. Zij integreren niet in sportverenigingen en profiteren hierdoor niet van de sociale structuur van die sportverenigingen, bijvoorbeeld van de mogelijkheid om deel te nemen aan sociale activiteiten of om vrijwilligerswerk te doen. Vanuit het perspectief van de inclusieve samenleving is dit niet wenselijk. Bovendien zijn aparte sportfaciliteiten voor bijzondere doelgroepen duur.

3.2 Het maatschappelijke doel van ‘Sport en Zorg’

Het bevorderen van de gezondheid, het welbevinden, de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een verstandelijke en/of psychische beperking doordat zij duurzaam sporten/bewegen en/of vrijwilligerswerk doen bij een sportvereniging in hun wijk. De begeleiding van de sportactiviteiten en het vrijwilligerswerk zal worden overgenomen van professionals van een AWBZ-instelling door vrijwilligers van een sportvereniging.

3.3 De projectorganisatie

Het project ‘Sport en Zorg’ werd geleid door de Stichting Rotterdam Sportsupport (SRS) die al 10 jaar sportverenigingen in Rotterdam ondersteunt bij de organisatie van goed bestuur, van vrijwilligerswerk en bij werving van leden. In deze pilot heeft SRS een makelaarsrol en zij treedt op als projectleider. Op het gebied van zorg zijn Pameijer (ondersteuning en begeleiding voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en/of psychische problemen) en Antes (behandeling en ondersteuning op het gebied van de geestelijke gezondheid en welzijn) betrokken geweest bij de pilot. Voor wat betreft de sport zijn Tempo ‘34 (hockey) en –voor een klein deel- Portland Poema’s (softbal) betrokken geweest. Oorspronkelijk was de Sportzone Charlois betrokken, maar dit samenwerkingsverband met sportverenigingen in Charlois functioneerde niet meer goed. Daardoor is er apart contact met de verenigingen geweest.

De zorginstellingen waren verantwoordelijk voor het enthousiasmeren van de persoonlijk begeleiders en hun cliënten voor deelname aan het project. Bij Pameijer was de pilot verbonden aan het programma ‘Leefstijl en Vitaliteit’. Doel van dit programma is onder meer het bevorderen van sport en bewegen onder de cliënten van Pameijer. Bij Antes haakte het pilotproject aan bij ‘Buurt MV’, een project voor extramurale cliënten van Antes en andere GGZ- instellingen en voor mensen die een re-integratietraject volgen. Doel van ‘Buurt MV’ is om mensen met een grote



afstand tot de arbeidsmarkt praktische ondersteuning te bieden en toe te leiden naar vrijwilligerswerk, betaald werk of een opleiding in de buurt.

De rol van de sportverenigingen was het bieden van faciliteiten, het organiseren van vrijwilligers voor de ondersteuning van sportactiviteiten en het organiseren van een "sportinloop" als start.

3.4 De doelgroep

Mensen met een LVB en/of met gedragsproblemen en mensen met psychiatrische en/of psychosociale problemen met een AWBZ-indicatie voor dagbesteding of begeleiding.

3.4.1 Bereik, aantal en achtergrond van de deelnemers

Twee groepen cliënten van elk 10-12 deelnemers, één van Pameijer en één van Antes, hebben tijdens de pilot wekelijks gesport bij Tempo '34. De groep van Pameijer heeft dit een jaar lang gedaan, de groep van Antes ongeveer twee maanden. Er was een vrijwillige trainer en tevens contactpersoon vanuit Tempo '34 betrokken bij deze activiteiten. Deze vrijwilliger heeft een achtergrond in de gehandicaptenzorg.

De cliënten van Pameijer waren intramurale cliënten en hadden een vrij ernstige verstandelijke beperking en soms ook psychiatrische problematiek. De cliënten van Antes waren extramurale cliënten van Antes (bijv. ex-verslaafden) en van andere zorginstellingen, die op basis van een ClZ⁵-indicatie gebruik maakten van dagbesteding. Het zijn merendeels mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt.

Er is veel geïnvesteerd in communicatie over de pilot bij Pameijer. Tempo '34 heeft verschillende inlooppiddagen en sportdagen georganiseerd voor cliënten van Pameijer, en vanaf januari 2014, ook voor cliënten van Antes.

Men organiseerde voor deze twee groepen diverse sport- en spelactiviteiten en soms ook sociale activiteiten op de club. Bij Pameijer was behalve de vrijwilliger aanvankelijk ook de professionele bewegingsagoog van Pameijer betrokken. Geleidelijk heeft de vrijwilliger zich teruggetrokken van deze groep, omdat hij geen rol voor zichzelf zag. De groep van Antes werd helemaal begeleid door de vrijwilliger. Daar was alleen de eerste keer een professional bij aanwezig. Eén van de cliënten van Antes is vrijwilligerswerk gaan doen bij de sportvereniging.

Na afloop van de pilot is de groep van Pameijer doorgegaan met sporten bij Tempo '34. Pameijer betaalt daarvoor huur voor de accommodatie aan de sportvereniging. De groep van Antes is gestopt, ondanks groot enthousiasme van de cliënten, vanwege een meningsverschil over de kosten van het sporten bij de sportvereniging.

Volgens een vertegenwoordiger van de sportvereniging was de intramurale doelgroep van Pameijer 'te zwaar' om te worden begeleid door vrijwilligers. De ernst van hun beperking zou het ook moeilijk maken om in contact te komen met leden van de sportvereniging. Daarnaast zou het

⁵ ClZ staat voor Centrum Indicatiestelling voor de Zorg.



voor de doelgroep te veel prikkels opleveren om op een gewone dag te komen, als er veel leden van de vereniging aanwezig zijn.

3.4.2 De werving van cliënten

Er zijn veel problemen geweest met het werven van cliënten bij Pameijer. Het bleek vooral lastig om extramurale, lichtere doelgroepen te bereiken. Uit praktische overwegingen is er in eerste instantie gekozen voor een intramurale groep. De problemen met het werven van cliënten hadden verschillende oorzaken:

- Volgens de zorginstellingen zijn hun doelgroepen moeilijk te motiveren en gemotiveerd te houden voor sport en bewegen. De doelgroep van Antes vond het ook moeilijk om nieuwe mensen te vertrouwen (bijv. de vrijwilliger);
- Het programma 'Leefstijl en Vitaliteit' was tijdens de pilot nog niet ingebed in de werkprocessen van Pameijer. Dit is in de loop van 2013 gebeurd. Daardoor was er tijdens de werving nog te weinig commitment van persoonlijk begeleiders en onvoldoende draagvlak voor de sportactiviteiten van cliënten. Op het aanbod van sportactiviteiten voor cliënten werd door de persoonlijk begeleiders nogal vrijblijvend gereageerd.
- Mogelijk is de communicatie binnen Pameijer te specifiek geweest, te algemeen en te weinig gericht op de persoonlijk begeleiders.
- Er was te weinig aandacht voor de randvoorwaarden van het extern sporten door cliënten, bijvoorbeeld het organiseren van vervoer.

Pameijer was laat betrokken bij de pilot en had geen aandeel in het projectbudget. Dit veroorzaakte wrevel bij Pameijer. Zij hadden graag een deel van het budget gehad om extra te investeren in het werven en motiveren van cliënten.

3.5 De interventietheorie

De pilot 'Sport en zorg' wil mensen met een verstandelijke en/of psychische beperking motiveren om wekelijks in clubverband deel te nemen aan een geschikt programma van beweegactiviteiten in hun wijk, bijvoorbeeld hockey, judo of honk- en softbal. Ook wil de pilot cliënten stimuleren om vrijwilligerswerk bij een sportvereniging te gaan doen. Daarnaast is het idee dat de pilot de interactie tussen leden van de sportvereniging en mensen met een verstandelijke en/of psychische beperking bevordert. De interventietheorie luidt dan ook als volgt:

"Sporten en het doen van vrijwilligerswerk bij een lokale sportvereniging bevordert de sociale inclusie van mensen met een verstandelijke en/of psychische beperking."

De aannames van de interventietheorie zijn:

1. Sporten in clubverband brengt mensen met elkaar in contact die elkaar anders niet zouden ontmoeten: mensen met en mensen zonder een verstandelijke en/of psychische beperking;



2. Door de wederzijdse kennismaking bij de sportvereniging wordt de drempel om vrijwilligerswerk voor de vereniging te gaan doen voor mensen met een beperking verlaagd.

Ad 1.

In de praktijk is er weinig terecht gekomen van het contact tussen mensen met en mensen zonder beperking, omdat de cliënten sportten op tijden dat de andere leden van de vereniging er niet waren. De cliënten van Pameijer en Antes hadden alleen contact met de vrijwillige trainer van Tempo '34. Alleen voor de cliënt van Antes die vrijwilligerswerk deed, geldt dat hij in aanraking kwam met de andere leden van de vereniging. Dit laatste werkte positief.

Ad 2.

De drempel om vrijwilligerswerk te doen lijkt iets lager te zijn geworden – door het sporten bij de vereniging komen cliënten meer te weten over mogelijkheden om vrijwilligerswerk te doen - maar dit resulteert tot nu toe niet in veel vrijwilligerswerk. Slechts één cliënt doet vrijwilligerswerk. Dit heeft mogelijk met de ernst van de beperking van de doelgroep van Pameijer te maken en het feit dat de doelgroep van Antes maar kort betrokken is geweest bij de pilot. Een andere belemmering kan zijn dat cliënten van Pameijer gewend zijn dat er iets tegenover staat als zij vrijwilligerswerk doen (onkostenvergoeding, reiskostenvergoeding). Inclusief denken over vrijwilligerswerk - mensen met een beperking doen vrijwilligerswerk bij een sportvereniging - is voor cliënten en medewerkers van Pameijer niet vanzelfsprekend. Pameijer streeft vanuit de inclusieve gedachte juist naar reguliere, betaalde banen voor hun cliënten.

In het algemeen kan gesteld worden dat het sporten bij de vereniging de sociale inclusie van mensen met een verstandelijke en/of psychische beperking niet per definitie bevordert, zeker niet bij cliënten met ernstige beperkingen. Contacten met clubleden zijn afhankelijk van het tijdstip waarop gesport wordt en het aantal vrijwilligers van de vereniging dat betrokken is bij het sporten. Vooral vrijwilligerswerk door cliënten lijkt perspectief te bieden op het bevorderen van sociale inclusie van mensen met een verstandelijke en/of psychische beperking. In deze pilot is echter slechts één cliënt vrijwilligerswerk bij de sportvereniging gaan doen.

3.6 Resultaten van het project

Het project heeft gemengde resultaten opgeleverd. De deelnemende partijen zijn na beëindiging van de pilot positief over de mogelijkheden die er zijn om sport en zorg te combineren, al is men kritisch ten aanzien van de uitvoering van het project. De pilot heeft veel leerpunten opgeleverd. Wel zijn er nog veel onzekerheden en onduidelijkheden over de rol van vrijwilligers.



3.6.1 De ondersteuningsmix

De verdeling van werk tussen betaalde beroepskrachten en vrijwilligers is bij de groep van Pameijer niet en de groep van Antes wel veranderd door de pilot. Bij Antes heeft de vrijwilliger van de sportvereniging het sporten en bewegen begeleid, bij de andere groep bleef de beroepskracht van Pameijer de cliënten begeleiden en was er eigenlijk geen rol voor de vrijwilliger.

Uit het gesprek met Pameijer kwam naar voren dat er drie groepen cliënten te onderscheiden zijn:

- cliënten met relatief lichte problematiek, die direct extern kunnen sporten;
- cliënten met matig ernstige problematiek, die eerst intern sporten, maar die met voorbereiding extern zouden kunnen sporten;
- cliënten met ernstige problematiek, die altijd intern zullen sporten en bewegen (bijv. als bewegen een vorm van behandeling is).

Volgens Pameijer zou per individuele cliënt bekeken moeten worden in welke van de bovenstaande categorieën hij/zij past, omdat er veel gradaties zijn in verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek.

Bij de eerste twee groepen die extern sporten kunnen vrijwilligers in principe de begeleiding op zich nemen, mits er een goede terugkoppeling is naar de beroepskrachten. Bij de laatste groep zouden vrijwilligers professionals kunnen ondersteunen in de begeleiding. Hoe precies is niet duidelijk. Er leven nog veel vragen bij zorginstellingen over de aansturing van vrijwilligers, de kwaliteit en de continuïteit (bijv. bij vakantie, ziekte, als iemand stopt met vrijwilligerswerk). Daardoor lijkt er schroom te bestaan bij zorginstellingen om vrijwilligers in te zetten.

Antes deelt haar cliënten in twee groepen in, afhankelijk van hun moment in het herstel. Er is een groep van onstabiele, kwetsbare mensen die in een beschermde omgeving een zinvolle daginvulling zou moeten krijgen. Daarnaast is er een groep die al verder is in het herstel, waarvoor zoveel mogelijk regulier, in de buurt, een daginvulling kan worden vormgegeven. Volgens Antes moeten de cliënten goed "gemixt" worden, bijvoorbeeld niet alleen verslaafden bij elkaar.

Uit de pilot komen structurele beperkingen in de organisatie van de zorg naar voren die een andere ondersteuningsmix belemmeren. Het hele idee van extern sporten en werken met vrijwilligers is nog niet geïntegreerd in werkprocessen en in de financieringsstructuur van de zorg. In de huidige financiering van de AWBZ krijgt de zorginstelling betaald op basis van het aantal contacturen met een cliënt. Dan is het niet aantrekkelijk voor betaalde krachten om hun cliënten minder te zien en meer over te laten aan vrijwilligers.

Dit is terug te zien bij Antes. Het lukte om bij Antes in korte tijd een groep cliënten bijeen te brengen die wilden sporten. Het doel van Buurt MV (Antes) is om cliënten een zinvolle daginvulling te geven. Als cliënten vrijwilligerswerk (of betaald werk) doen is dit doel bereikt.



De financiering vanuit de gemeente is hierop ook gebaseerd (uitstroom van cliënten naar vrijwilligerswerk of betaald werk). Het contact leggen met een sportvereniging is voor Buurt MV (Antes) dan een interessant middel om dit doel te bereiken. De belangen van de organisatie en die van cliënten lopen hierin parallel met de belangen van de gemeente. Bij de AWBZ-gefinancierde zorg is dit (nog) niet het geval.

Een ander punt is de houding van professionals. De professionals die Buurt MV in dienst heeft, hebben geen zorgachtergrond. Hun opdracht is om cliënten meer zelfstandig te maken. Hun houding is hierdoor meer gericht op "loslaten" dan die van de beroepskrachten in de zorg.

3.6.2 Besparingen

Volgens de betrokkenen bij de pilot zijn er besparingen mogelijk, bij de eerste en de tweede groep cliënten. De huur van sportaccommodaties is goedkoper dan het exploiteren van een eigen sportaccommodatie. Dit zal echter ook van de aantallen cliënten afhangen die ermee gemoeid zijn. Bij kleine aantallen cliënten is het niet rendabel voor de zorginstelling. Ook de inzet van vrijwilligers voor de begeleiding bij het sporten en het vrijwilligerswerk is in principe goedkoper dan het inzetten van beroepskrachten. Het is echter niet gratis, want vrijwilligers ontvangen vaak een onkostenvergoeding. Er zijn drie zaken waarmee rekening moet worden gehouden bij deze besparingen: het vervoer van cliënten, het werven en motiveren van cliënten en de coördinatie en begeleiding van vrijwilligers.

Externe sportaccommodaties liggen doorgaans verder weg dan interne voorzieningen. Externe accommodaties moeten te bereiken zijn voor cliënten. Als deze niet bereikbaar zijn per fiets of lopend, dan brengt dit extra kosten met zich mee. In deze pilot was de locatie overigens lopend te bereiken voor de deelnemende cliënten.

Het werven en motiveren van cliënten voor sporten en/of vrijwilligerswerk wordt gezien als een aparte activiteit, waarin geïnvesteerd moet worden. De vraag is of dit standaard onderdeel van zorg is, en zo niet, waaruit dit betaald moet worden. Ook is er discussie over wie de werving het beste kan doen, de zorginstelling of de sportvereniging.

Daarnaast is er de coördinatie en begeleiding van de vrijwilligers. Dit was niet goed belegd in de pilot. Iemand moet vrijwilligers selecteren, aansturen en begeleiden, bijvoorbeeld een vervanger zoeken als er een vrijwilliger ziek is of ermee ophoudt, of het doorgeven als een training niet doorgaat. Deze persoon zou ook de communicatie tussen zorg en sport op zich kunnen nemen. Het werkt doorgaans het beste als zo'n coördinator een betaalde functie heeft, vanwege de continuïteit. Dit zijn echter extra kosten die tot nu toe geen plek hebben in de AWBZ- financiering.

In het algemeen was er bij de betrokkenen nog onduidelijkheid over hoe een en ander gefinancierd zou moeten worden na de decentralisatie. Gaat de zorgaanbieder de sportvereniging betalen voor huur van accommodaties en het ter beschikking stellen van vrijwilligers voor begeleiding? Moeten cliënten een speciaal lidmaatschap afsluiten, waarbij de kosten van begeleiding zijn inbegrepen? In de pilot is voor de eerste aanpak gekozen. Maar voor de tweede aanpak zou ook een model ontwikkeld kunnen worden, mogelijk vergelijkbaar met het opzetten van G-teams bij sportverenigingen.



3.6.3 Bevorderen eigen kracht, vergroting zelfredzaamheid en participatie

De pilot heeft de participatie van de deelnemende cliënten vergroot. Zij zijn gaan sporten buiten de eigen instelling en een enkeling is vrijwilligerswerk gaan doen.

Het is niet mogelijk om harde uitspraken te doen over de effecten van de pilot op het bevorderen van de eigen kracht of het vergroten van de zelfredzaamheid van cliënten. Pameijer heeft deze effecten in de dossiers bijgehouden, maar een nadere analyse van de dossiers was niet mogelijk vanwege privacyregels. Volgens Pameijer was één van de effecten dat sport en bewegen van deze deelnemers een onderdeel is geworden van hun dagelijks leven. Hierdoor is o.a. ook het vertrouwen in zichzelf en anderen vergroot.

Er zijn aanwijzingen dat de cliënten van Antes door deelname aan de pilot meer zelfvertrouwen hebben gekregen en dat ze zich thuis voelden bij de sportvereniging. Zij hadden sowieso plezier in het sporten en de andere activiteiten bij de sportvereniging. Volgens Antes en de vrijwillige trainer waren ze blij met het alternatief voor het activiteitencentrum. Het gaat hierbij echter om een kleine groep cliënten, die slechts enkele weken heeft gesport.

Mogelijk is er ook hier een onderscheid te maken naar ernst van de problematiek tussen de drie groepen. Waarschijnlijk is de grootste toename in zelfredzaamheid te verwachten bij de eerste groep cliënten, omdat deze groep een gunstiger uitgangspositie heeft vanwege de lichtere problematiek.

Er waren ook signalen in de pilot dat de houding en capaciteiten van professionals cruciaal zijn voor eventuele effecten op zelfredzaamheid of vergroten van eigen kracht. Veel zorgprofessionals zijn eerder gericht op het beheersen van risico's en het beschermen van cliënten, dan op het bevorderen van eigen kracht of zelfredzaamheid. Zo probeerde de vrijwilliger bij de sportvereniging de grenzen van de cliënten te verleggen. Hij voelde zich hierin afgeremd door de professionals van de zorginstelling. Bij Buurt MV (Antes) werd ook een onderscheid gemaakt tussen zorgprofessionals die eerder geneigd zijn om hun cliënten te beschermen en de professionals van Buurt M/V die hun cliënten geleidelijk aan leerden om zelfstandig met het openbaar vervoer te gaan.

3.7 Conclusies en aanbevelingen

De pilot heeft veel lessen opgeleverd, maar ook frustratie bij de uitvoerende partijen. Rotterdam Sportsupport was goed in het bij elkaar brengen van sportverenigingen en zorginstellingen. Kritiekpunten zijn dat Rotterdam Sportsupport zich teveel met de uitvoering heeft beziggehouden, dat er te veel schakels in de communicatie waren en dat het budget niet goed verdeeld was over de partners.

Daarnaast waren er problemen in de samenwerking tussen sport en zorg die waarschijnlijk te maken hebben met organisatiecultuur. Sportverenigingen zijn over het algemeen informele, platte organisaties die veel met vrijwilligers werken, flexibel zijn en via netwerken en persoonlijke contacten zaken regelen. Daartegenover zijn veel zorginstellingen formele, hiërarchische organisaties, die werken via protocollen en onder strenge verantwoordingseisen vanuit de financier. Dit laatste brengt een zeker risicomijdend gedrag met zich mee. Dit matcht slecht met de wereld van de sport. Een deel van de communicatieproblemen komt mogelijk hieruit voort.



Daarnaast staan zorginstellingen nog onwennig en onzeker tegenover de rol en kwaliteit van vrijwilligers. Ze lijken nog niet veel ervaring te hebben met vrijwilligers voor hun extramurale cliënten. Delta (één van de onderdelen van Antes) heeft wel een eigen vrijwilligersbureau, maar dat is gericht op hun intramurale cliënten. Voor de transitie is het nodig dat de inzet van en omgang met vrijwilligers wordt ingebouwd in werkprocessen en structuren, en in de deskundigheidsbevordering van professionals.

Een randvoorwaarde om de pilot 'Sport en zorg' te verbreden, is om het gesprek aan te gaan met zorgprofessionals over de mogelijke rol en verantwoordelijkheid van vrijwilligers. Ook zal er een structuur en financiering moeten worden bedacht voor de selectie, aansturing en begeleiding van vrijwilligers. Daarnaast is het nuttig om een financieel model te ontwikkelen, zodat de kosten van sportverenigingen worden gedekt. Wat vervoer betreft zouden zorginstellingen gestimuleerd kunnen worden om in de buurt van hun locaties aansluiting te zoeken bij sportverenigingen. Voor de transitie is het nuttig om de driedeling van cliënten (lichte, matige, ernstige problematiek) en bijbehorende kansen op extern sporten verder uit te bouwen met zorginstellingen. Deze zouden die indeling moeten onderbrengen in hun werkprocessen en structuren, in diagnostiek en ondersteuningsplannen. Voor subsidiebeschikkingen kan de gemeente de zorginstellingen vragen om een inschatting te maken van de aantallen cliënten in de drie categorieën. De begeleiding zal voor deze drie groepen verschillend zijn en andere kosten met zich mee brengen. Voor de lichte groep kan sporten bij sportverenigingen een opstap zijn naar vrijwilligerswerk aldaar.

Het is raadzaam om samenwerking tussen zorginstellingen rond dagbesteding te stimuleren, zodat ze hun (interne) activiteitencentra en sportaccommodaties kunnen bundelen. Ook kunnen ze dan gezamenlijk het contact met sportverenigingen aangaan en zo afspraken maken over de begeleiding van grotere aantallen cliënten. Dit houdt het betaalbaar voor zorginstellingen.

De koppeling tussen sport en zorg heeft veel potentieel, zowel op het gebied van zelfredzaamheid en sociale inclusie, als op het gebied van besparingen en inzet van vrijwilligers. Zoals één van de betrokkenen het verwoordde: *"Leden van een sportvereniging zijn een grote bron van talenten en vormen een groot netwerk, die op allerlei manieren nuttig kunnen zijn voor mensen met een beperking"*.



4 'MEE op weg' door Stichting MEE Rotterdam Rijnmond

4.1 Het beleidsprobleem

Veel mensen met een verstandelijke beperking reizen vanaf jonge leeftijd met speciaal vervoer naar school, werk en/of vrijetijdsbesteding. Dit is voor hen, maar ook voor hun ouders, leerkrachten en zorgaanbieders vaak vanzelfsprekend, omdat men vooral denkt vanuit de beperkingen van betrokkenen en zelden vanuit hun mogelijkheden. Mensen met een beperking hebben hierdoor niet de keuze om zelfstandig te reizen en voeren in mindere mate de regie over het eigen leven.

4.2 Het maatschappelijke doel van 'MEE op weg'

'MEE op weg' wil de vanzelfsprekendheid van de inzet van aangepast vervoer voor mensen met een beperking doorbreken en hun zelfredzaamheid op het gebied van mobiliteit vergroten. MEE op weg' stimuleert deelnemers en hun naasten te denken vanuit hun kwaliteiten en mogelijkheden en niet vanuit de beperkingen.

Het project veronderstelt dat mensen met een beperking na het doorlopen van een (kort) leertraject, begeleid door een vrijwilliger, zelfstandig kunnen deelnemen aan het verkeer als voetganger, fietser of als gebruiker van het OV. Hierdoor worden zij onafhankelijk(er) van speciaal/aangepast vervoer. Dit vergroot hun mobiliteit en hun zelfstandigheid.

4.3 De projectorganisatie

Stichting MEE Rotterdam Rijnmond voert het project 'MEE op weg' uit. In 'MEE op weg' wordt samengewerkt met ouders/verzorgers, vervoerders, scholen voor Speciaal Voortgezet Onderwijs en praktijkonderwijs, Hogescholen, zorginstellingen en vrijwilligers. MEE heeft voor dit project 3 professionals ingezet: de projectleider, een medewerker voor de intake van de deelnemers en een medewerker voor werving en begeleiding van vrijwilligers. Deze medewerker koppelt ook de deelnemers aan een vrijwilliger.

De vrijwilligers zijn vooral afkomstig van de Hogeschool Rotterdam. De inhoud en omvang van de vrijwilligerstaken bleek goed te passen in een stage voor de sociale studies van de Hogeschool⁶. Het oefenen van een route met een deelnemer en de 'Battle of Concepts'⁷ zijn onderdeel geworden van het curriculum van de minor LVB: 'Beperkt inzicht, meer perspectief'. Uit vraaggesprekken met vrijwilligers kwam naar voren dat zij op basis van de lesstof al kennis

⁶ Opleidingen Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD), Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH), Cultureel Maatschappelijke Vorming (CMV) en Pedagogiek.

⁷ Studenten van Hogeschool Rotterdam en Hogeschool INHolland ontwikkelen in samenwerking met VSO-scholen nieuwe concepten van verkeerseducatie en begeleiding, om zo in het onderwijs de aandacht voor mobiliteit te vergroten.



hebben van de achtergronden en de problematiek van de doelgroep. De vrijwilligers hebben echter nog niet altijd praktische ervaring opgedaan in het werken met de doelgroep met LVB. Voor een succesvol oefentraject is het van belang dat er 'een klik' is tussen de vrijwilliger en de 'pupil', om de laatste praktische vaardigheden aan te kunnen leren en om hem/haar meer zelfvertrouwen te geven. De vrijwilliger moet behalve over kennis van de doelgroep ook over sociale vaardigheden en empathisch vermogen beschikken.

Eventuele ontbrekende theoretische kennis bij de vrijwilliger wordt door een professional van MEE aangevuld, voorafgaand aan het oefentraject. De vaardigheden van de vrijwilliger worden tijdens het oefentraject vergroot door terugkoppeling van de bevindingen aan de professional van MEE en aan de ouder/verzorger. Zij geven feedback en de vrijwilliger kan met hen eventueel overleggen op welke manier een volgende stap in het traject genomen kan worden.

De samenwerking tussen MEE en de Hogeschool Rotterdam leverde voldoende vrijwilligers van goede kwaliteit. De samenwerking zal daarom worden voortgezet en uitgebreid.

4.4 De doelgroep

Het project richt zich op zelfstandig wonende Rotterdammers met een beperking die (meer) zelfstandig willen deelnemen aan het verkeer en/of willen reizen met het openbaar vervoer. Het gaat om (potentiële) gebruikers van (aangepast) vervoer op indicatie: het leerlingenvervoer, AWBZ-, WSW- en Wmo-vervoer. Bewoners van een instelling vallen niet onder de doelgroep, mensen die begeleid of beschut wonen wel, evenals mensen die ambulante woonbegeleiding krijgen. Leeftijdscriteria zijn niet gebruikt bij de selectie van deelnemers. Bij de intake beoordeelde een professional van MEE wel de 'leerbaarheid' van de deelnemers, o.a. op basis van hun motivatie en vaardigheden, steeds in overleg met de ouders/verzorgers.

4.4.1 Aantal deelnemers

Het streven was om in 2013 minimaal 35 begeleidingstrajecten te realiseren.

Het totaal aantal aanmeldingen voor 'MEE op weg' bedroeg in de pilotperiode – 1 januari 2013 tot en met december 2013 - 62. In 26 gevallen is er geen traject gestart: 14 aanmelders woonden niet in Rotterdam. Nog eens 12 aanmelders trokken zich terug na het intakegesprek. Zij ervoeren te veel problemen rond wonen, werk en gezondheid (12x) en/of mensen uit het netwerk van de aanmelders voorzagen te veel problemen met zelfstandig reizen (2 x). In de pilotperiode zijn er 36 begeleidingstrajecten gestart.

4.4.2 Achtergrond van de deelnemers

Er werd gestreefd naar een gevarieerde groep deelnemers: naar de aard van de beperking, aangemeld via verschillende kanalen en gebruikers van verschillende vervoersstromen. Werving via VSO-scholen en consultants van MEE leverden de meeste aanmeldingen en deelnemers op. Daarnaast zijn er ook ouders/verzorgers die – meestal na voorlichting op school of bij MEE - hun kind aanmeldde(n) (zie tabel1).



De vertegenwoordigers van scholen en de MEE-consulenten zijn vanuit hun professie steeds op zoek naar ontwikkelingsmogelijkheden en vergroting van de zelfstandigheid van respectievelijk hun leerlingen en hun cliënten. Dit geldt – vaak na voorlichting – ook voor ouders/verzorgers. Het traject van 'MEE op weg' sluit hier goed bij aan. Daarnaast zien zij 'MEE op weg' als een instrument om de mogelijkheden tot participatie te bevorderen: deelname aan school, stage, sporten, activiteiten in de vrije tijd. Onzekerheid aan de kant van ouders rond het voortbestaan van aangepast vervoer bleek eveneens een motivatie om deel te nemen.

Hoewel er veel tijd en moeite is geïnvesteerd in werving van deelnemers via AWBZ-gefinancierde zorginstellingen – door middel van gesprekken, training, voorlichting en mailings- heeft dit weinig deelnemers opgeleverd. Aan de kant van zorgprofessionals lijkt er wel belangstelling te zijn voor 'MEE op weg'. Echter, door alle veranderingen bij zorginstellingen lijkt bevordering van zelfredzaamheid van cliënten op dit moment geen prioriteit te hebben. Daar komt bij dat de noodzaak tot innovatie in het vervoer blijkbaar nog niet groot genoeg is zolang cliënten nog beschikken over een vervoersindicatie. Zorgprofessionals gaven ook aan hun cliënten over het algemeen weinig geschikt te vinden voor deelname aan 'MEE op weg', vanwege de onveiligheid van het OV en de gewenning van hun cliënten aan aangepast vervoer. Deze mening zouden ook de cliënten zelf en hun ouders/verzorgers zijn toegedaan. De zorgprofessionals verwachtten een onevenredig grote inspanning te moeten leveren voor de motivatie van cliënten en hun ouders. Zij verwachtten dat hun betrokkenheid bij de uitvoering van de trajecten eveneens veel tijd zou kosten.

Ook de werving bij het Ro-bedrijf onder gebruikers van WSW-vervoer leverde weinig aanmeldingen op. Ook hier speelden angst en gewenning een rol bij de weerstand van de doelgroep en professionals. Zelfstandig kunnen reizen - en daarmee het vervallen van de noodzaak van aangepast vervoer - werd als een bedreiging ervaren, naast alle veranderingen in het werkveld. Bovendien zou een bedrijfsarts deelname aan 'MEE op weg' moeten goedkeuren. Een bedrijfsarts bleek op het moment van werving niet beschikbaar.

Tabel 1: Samenstelling van de doelgroep naar kanaal van aanmelding

Aanmelding	Deelnemers
Deelnemer zelf of ouder/verzorger	12
Via de consulent van MEE	16
Via Individuele Voorzieningen	2
Via het Robedrijf	5
Via zorginstellingen	6
Via scholen	21
Totaal	62

Tabel 2: Samenstelling van de doelgroep naar indicatie

Vervoersgroep	Deelnemers
Leerlingenvervoer	23
AWBZ-vervoer	6
WSW-vervoer	1
(nog) geen vervoersindicatie	6
Totaal	36

4.5 De interventietheorie

De interventietheorie luidt als volgt: “Deelnemers aan ‘MEE op weg’ (en hun naasten), die uitgaan van hun kracht (in plaats van hun beperkingen), beschikken na het doorlopen van een kort oefentraject onder leiding van een vrijwilliger over de vaardigheden en het zelfvertrouwen om een geoefende route zelfstandig te reizen.

De deelnemers en hun ouders/verzorgers, hun leerkrachten, zorgaanbieders en andere betrokkenen worden gestimuleerd uit te gaan van de eigen kracht van de deelnemers in plaats van hun beperkingen.

De interventietheorie gaat ervan uit dat de deelnemer die samen met een vrijwilliger een reisroute oefent, een positieve ervaring opdoet. Hierdoor ontstaat er aan de kant van de deelnemer en zijn naasten geleidelijk aan vertrouwen in het vermogen tot zelfstandig reizen van de deelnemer.

De aannames achter de interventietheorie zijn:

- 1) Deelnemers kunnen door het oefenen met een vrijwilliger aan de hand van het avonturenplan⁸ de vaardigheden die nodig zijn om zelfstandig te reizen aanleren.
- 2) Deelnemers kunnen ook andere belemmeringen, vaak samenhangend met een gebrek aan zelfvertrouwen, overwinnen door het oefenen van de reisroute met een vrijwilliger.
- 3) Een geslaagd oefentraject geeft ouders meer vertrouwen in de mogelijkheden van hun kind.
- 4) Naar het voorbeeld van de vrijwilliger neemt de OV-coach (een ouder of andere naaste) de begeleiding bij het zelfstandig reizen over na het afsluiten van het traject.

Ad 1. Deelnemer en vrijwilligers oefenen het zelfstandig reizen aan de hand van ‘het avonturenplan’. De duur van het oefentraject varieert per deelnemer van 6 tot 10 weken. In het avonturenplan is de hulpvraag van de deelnemer, maar ook die van zijn/haar ouder/begeleider verwoord. De leerpunten zijn per onderdeel vertaald in concrete en haalbare doelstellingen. Deelnemers blijken door het oefenen praktische vaardigheden zoals in- en uitchecken, op tijd op de stopknop drukken, bij de juiste halte uitstappen en verkeersregels snel te kunnen leren.

⁸ Een plan met daarin de persoonlijke gegevens van de deelnemer, de vrijwilliger en de OV-coach, de te oefenen route, de hulpvraag en eventuele andere aandachtspunten.



Volgens de eindrapportage van MEE is de leercurve op dit gebied steil: alle deelnemers hebben dit na 3 of 4 keer oefenen onder de knie⁹. Dit geldt ook voor degenen die geleerd hebben een reisroute te fietsen (n=5). Bij deze deelnemers lag het accent bij het oefenen op veilig handelen en concentratie.

De leercurve en het feit dat alle deelnemers na het traject de geoefende route zelfstandig kunnen reizen, onderschrijft de eerste aanname.

Ad 2. Niet alleen het ontbreken van praktische vaardigheden, maar ook angst voor het onbekende en gebrek aan zelfvertrouwen bleken belemmeringen om zelfstandig te reizen. Zo waren sommige deelnemers bang om lastig gevallen te worden of durfden een medepassagier niet aan te spreken. Anderen waren bang voor onverwachte situaties, zoals een omleiding of storing in het OV. Zij hadden niet het vertrouwen dat zij een dergelijke situatie aan zouden kunnen. Door oefensituaties is concreet op deze angsten ingespeeld. Zo hebben deelnemers geoefend met de weg vragen, met uitstappen bij de 'verkeerde' halte en het vinden van een alternatief voor de gebruikelijke route. Zij zijn hierin geslaagd. Over het algemeen kijken de deelnemers terug op een positieve ervaring: zij beleefden plezier aan het contact met de vrijwilliger en zijn trots op het behaalde resultaat. Zij en/of hun ouders geven aan dat hun zelfvertrouwen is toegenomen. Deze aanpak stimuleert in belangrijke mate de eigen kracht van de deelnemers. Op basis van de opgedane ervaring kunnen we ook de tweede aanname onderschrijven.

Ad 3. Gedurende het oefentraject koppelen de vrijwilligers hun ervaringen terug aan de ouders/begeleiders, zodat zij weten wat er geoefend is, wat het resultaat is van het oefenen en welke problemen zich eventueel hebben voorgedaan. Door deze wekelijkse terugkoppeling krijgt de ouder geleidelijk inzicht in de wijze van begeleiding van hun kind. Bovendien ervaren zij dat hun kind meer kan dan zij vaak dachten. Dit helpt hen over hun angsten en zorgen heen te stappen. Na afsluiting van het traject geeft een aantal ouders aan meer vertrouwen te hebben in de mogelijkheden en vaardigheden van hun kind. Soms stimuleert dit hen om hun kind ook andere vaardigheden aan te leren. Hiermee kunnen wij ook aanname 3 onderschrijven.

Ad 4. Na het afsluiten van het oefentraject door de deelnemer en de vrijwilliger is het de bedoeling dat de ouder/verzorger de rol van OV-coach op zich neemt en dat hij/zij het kind stimuleert om de route zelfstandig te blijven reizen en om eventuele knelpunten te bespreken. De overdracht van de begeleiding van de vrijwilliger naar de OV-coach is geen beschreven onderdeel van het traject. Het gebeurt ook niet op een vast moment in het traject. Uit interviews met ouders/verzorgers blijkt dat door de samenwerking tussen ouders en de vrijwilligers de ouders tijdens het oefentraject geleidelijk aan meer vertrouwen krijgen in het vermogen tot zelfstandig reizen van hun kind. Het vasthouden van dit vertrouwen door de ouder in zijn/haar rol als OV-coach is echter niet gegarandeerd, omdat de ouder zich ook verantwoordelijk voelt voor

⁹ Eindrapportage MEE op Weg 2013, p.12.



de veiligheid van zijn/haar kind en vaak gewend is beschermend op te treden. Het gegroeide vertrouwen betekent daarom niet dat ouders/verzorgers vanzelfsprekend meer zelfstandigheid voor hun kind ambiëren. Na succesvolle afronding van het oefentraject met de vrijwilliger oefent de OV-coach lang niet in alle gevallen meer, andere reisroutes, terwijl dit de mobiliteit en participatie nog meer zou kunnen vergroten.

Uit de ervaringen tot nu toe blijkt de OV-coach vooral een rol te spelen in de randvoorwaarden, bv. het opladen van de OV-chipkaart en het telefonisch bereikbaar zijn, zodat de deelnemer kan bellen zodra hij/zij is aangekomen. Omdat nog niet is aangetoond dat deelnemers na beëindiging van het traject blijvend zelfstandig reizen – de pilot is te kort geleden beëindigd om hier al zicht op te hebben – is de rol van de OV-coach nog onvoldoende helder. Stimuleert de OV-coach het zelfstandig reizen of steken na verloop van tijd de oude angsten en zorgen weer de kop op? Zijn er nieuwe routes geoefend? Wordt er nog gebruik gemaakt van aangepast vervoer? Waarom wel? Waarom niet?

Tijdens interviews gaven de ouders/verzorgers aan dat zij zich in staat achtten de rol van OV-coach op zich te nemen en geen behoefte aan nazorg te hebben.

De zelfstandigheid bij het reizen en de rol van de OV-coach daarin, langere tijd na de beëindiging van het traject, zijn onderwerpen voor vervolgstudie. Op basis van de huidige ervaringen lijkt het echter verstandig te investeren in kennis, competenties en begeleiding van de OV-coaches.

4.6 Resultaten

Het streven was om in 2013 minimaal 35 begeleidingstrajecten te realiseren.

In de pilotperiode zijn er 36 trajecten gestart. Deze deelnemers voldeden aan de inclusiecriteria. Aan het eind van de pilotperiode zijn er 24 trajecten afgerond, 12 trajecten lopen nog. Het aantal geplande begeleidingstrajecten in de pilotperiode is gerealiseerd, zij het dat 12 trajecten nog niet zijn afgerond.

Deelnemers aan MEE op weg zijn voornamelijk afkomstig uit het leerlingenvervoer. De meeste deelnemers zijn tussen de 15 en 19 jaar oud en bezoeken een VSO-school. Het betreft vaak jongeren met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB), soms gecombineerd met bv. autisme. De deelnemers oefenen het vaakst het traject van huis naar school en vice versa. De meeste deelnemers hebben geoefend om te kunnen reizen met het OV, 5 deelnemers hebben geleerd een route te fietsen.

Ondanks allerlei inspanningen is het nauwelijks gelukt om deelnemers te werven bij AWBZ-instellingen of sociale werkplaatsen. Belemmerende factoren binnen de organisaties, onvoldoende vertrouwen in de zelfredzaamheid van cliënten/kinderen aan de kant van professionals en ouders/begeleiders maakten dat de aanmeldingen van deelnemers met deze achtergrond uitbleven. Dit wil echter niet zeggen dat deelnemers die gebruik maken van AWBZ-zorg of –ondersteuning of werken bij een sociale werkplaats niet geschikt zouden zijn voor deelname aan ‘MEE op weg’.

Tot het moment van rapportage hebben 24 deelnemers het traject succesvol afgerond. Deze deelnemers zijn bij beëindiging van het traject in staat de geoefende route zelfstandig te reizen. Ook bij navraag enige tijd na afsluiting van het traject reizen zij de geoefende route nog



zelfstandig¹⁰. Voor 10 van hen is dit tussen de 1 en 3 maanden, voor 14 van hen is dit langer dan 3 maanden. Bovendien reizen 8 deelnemers behalve het geoefende traject ook andere trajecten. Na afsluiting van het traject doen 11 deelnemers tot het moment van navraag geen beroep meer op het aangepast vervoer. 13 Deelnemers maken hiervan nog wel gebruik, zij het minder frequent dan voorheen. Redenen om nog gebruik te maken van aangepast vervoer variëren van de te hoge prijs van het OV-abonnement¹¹ tot vermoeidheid, waardoor zelfstandig reizen niet altijd haalbaar is.

Om na te gaan of deelname aan 'Mee op weg' leidt tot blijvend zelfstandig reizen zou in het jaar na het afsluiten van het begeleidingstraject op verschillende momenten navraag moeten worden gedaan, bijvoorbeeld na 3 maanden, na 6 maanden en na een jaar. Ervaring uit andere gemeenten leert dat 65% van de deelnemers na 1 jaar de geoefende route nog zelfstandig reist¹².

4.6.1 De ondersteuningsmix

In de interventie 'MEE op weg' verschuiven de inspanningen gedurende het traject van de professional, naar de vrijwilliger en – aan het eind - naar een vertegenwoordiger van het sociale netwerk van de deelnemer (vaak een ouder/verzorger of andere naaste).

In de eerste fase van 'MEE op weg' ligt het accent op de inzet van de professional van MEE. De professional voert een intakegesprek met de potentiële deelnemers en hun ouders/begeleiders. Tijdens dit gesprek worden de motivatie en wensen van deelnemers en hun ouders besproken en de leerbaarheid van de deelnemers beoordeeld. Daarnaast wordt ingezet op het geven van voorlichting over het traject aan de ouders. De voorlichting aan ouders is van groot belang gebleken voor het slagen van het oefentraject. Duidelijk is geworden dat het vaak angsten en zorgen van ouders zijn die een belemmering vormen voor meer zelfstandigheid van hun kind. Door voorlichting krijgen zij inzicht in de mogelijkheden van hun kind en de manier waarop die mogelijkheden kunnen worden geactiveerd. Bovendien wordt de meerwaarde van zelfstandig reizen in relatie tot participatie benadrukt.

Voor het geven van de voorlichting en de beoordeling van de leerbaarheid heeft de professional inzicht in de aard van de beperking nodig, evenals kennis van de mogelijkheden om hiermee om te gaan. De angst en de bezorgdheid van ouders vragen om een zorgvuldige, begripvolle benadering.

Een professional is eveneens verantwoordelijk voor de werving en selectie en de voorbereiding van vrijwilligers.

In fase 2 koppelt de professional van MEE een vrijwilliger aan een deelnemer. De professional voert samen met de deelnemer, zijn ouders/begeleiders en de vrijwilliger een koppelingsgesprek

¹⁰ Voor deelnemers die vroeg in het jaar gestart zijn, is de periode tussen afronding van het traject en het moment van navraag vanzelfsprekend langer.

¹¹ Wanneer een kind zelfstandig met het OV reist, dragen ouders de reiskosten. De kosten voor aangepast vervoer worden vergoed.

¹² Projectplan 'MEE op weg 2013', bijlage 1, p.9.



waarin doelen en de aanpak van het traject worden benoemd. In de pilot bleek de kwaliteit en het enthousiasme van de vrijwilligers soms doorslaggevend voor de ouders om mee te doen. Ook het feit dat vrijwilligers door hun achtergrond bekend waren met de doelgroep gaf ouders vertrouwen in de aanpak.

In fase 3 oefent de vrijwilliger de reisroute wekelijks met de deelnemer. De vrijwilliger koppelt de resultaten van het oefenen en de wijze waarop eventuele belemmeringen zijn overwonnen via de mail of mondeling terug aan de ouders en aan de coördinator van MEE. De coördinator van MEE geeft feedback op de aanpak van de vrijwilliger. Zonodig is er telefonisch overleg.

Bij beëindiging van het traject trekken de vrijwilliger en de professional zich terug en vanaf dat moment begeleidt de ouder/verzorger in de rol van OV-coach de deelnemer. In de praktijk laadt de OV-coach de OV-chipkaart op en is telefonisch bereikbaar voor de deelnemer tijdens het zelfstandig reizen. Om de deelnemer te stimuleren om zelfstandig te reizen is het van belang dat ouders blijvend vertrouwen op de zelfredzaamheid van hun kind. Vanwege de korte tijd na beëindiging van de pilot hebben wij hier nog te weinig gegevens over.

4.6.2 Besparingen

Om de aanpak van 'MEE op weg' te doen slagen zijn zowel de inspanningen van professionals, vrijwilligers en ouders/begeleiders van belang. Voordat het oefenen van start gaat is veel inspanning van de professional voor werving, selectie, voorlichting en training nodig. Omdat gesprekken met deelnemers en hun naasten en met de vrijwilligers één op één gevoerd worden, is deze aanpak arbeidsintensief.

In de periode van het oefenen ligt het accent op de werkzaamheden van de vrijwilliger, die feedback van de professional ontvangt. Afhankelijk van de leerbaarheid van de deelnemer zal het oefenen 6 tot 10 weken duren en dit zal de vrijwilliger naar schatting 3 uur per week kosten. De overzichtelijkheid van het traject en de koppeling aan een stage blijken belangrijk voor 'het instappen' van vrijwilligers.

De rol van OV-coach kost niet per definitie tijd, maar vraagt om vertrouwen in de zelfredzaamheid van de deelnemer.

De taken van de professional(s) zijn niet vertaald naar uren of FTE. Daarnaast is het nog onduidelijk of deelnemers blijvend zelfstandig reizen en of – en hoeveel- zij nog een beroep doen op aangepast vervoer. Hierdoor is het in deze fase niet mogelijk aan te geven welke besparing de aanpak van 'MEE op weg' kan opleveren.

4.6.3 Bevorderen eigen kracht, vergroting zelfredzaamheid en participatie

De aanpak van 'MEE op weg' slaagt erin om deelnemers afkomstig uit het leerlingenvervoer te leren om zelfstandig te reizen. De aanpak weet door voorlichting ouders te motiveren. Hiermee doorbreekt het project de vanzelfsprekendheid van de inzet van aangepast vervoer voor mensen met een beperking. Resultaten van deelname aan 'MEE op weg' zijn meer zelfvertrouwen bij deelnemers, meer vertrouwen in het kunnen van de deelnemers bij hun naasten en een vergrote mobiliteit/zelfredzaamheid. Dit biedt deelnemers uit het leerlingenvervoer kansen om – in sterkere mate dan voorheen - deel te nemen aan de samenleving. Sommige deelnemers reizen nu ook



een andere dan de geoefende route zelfstandig, bijvoorbeeld naar een stageplaats of naar sportactiviteiten van MEE.

Deelname leidt (nog) niet in alle gevallen tot volledige onafhankelijkheid van aangepast vervoer. Zo bleek uit een interview bijvoorbeeld dat een deelnemer weliswaar nog wel met het aangepast vervoer reisde, maar dit voor het eerst kon zonder hierbij door zijn moeder begeleid te worden.

De deelnemers en de vrijwilligers gaven aan plezier te beleven aan het contact. Het oefentraject werd soms afgesloten met een uitje, bijvoorbeeld samen naar de film of samen op een terras zitten. De deelnemers deden hierdoor nieuwe, positieve ervaringen op.

Ook door het leren aanspreken van mensen in het OV of door het leren naast een medepassagier te zitten, worden drempels tot participatie geslecht. Het is niet zo dat het zelfstandig kunnen reizen van een route vanzelf leidt tot meer participatie.

Door de beperkte deelname van mensen afkomstig uit het AWBZ- en WSW-vervoer is moeilijk te zeggen of een dergelijk resultaat ook door deze doelgroepen bereikt zou kunnen worden.

4.7 Conclusies en aanbevelingen

Deelname aan 'MEE op weg' vergroot de mobiliteit van (potentiële) gebruikers van het leerlingenvervoer. Door de interventie winnen zij aan zelfvertrouwen en worden zij zelfredzamer.

De aannames in de interventietheorie blijken deels van kracht:

1. na oefening onder leiding van een deskundige en enthousiaste vrijwilliger, aan de hand van een duidelijk plan, kunnen deelnemers de geoefende route zelfstandig reizen;
2. belemmeringen zoals angst voor het onverwachte en gebrek aan zelfvertrouwen van de deelnemers blijken door het oefenen te kunnen worden overwonnen;
3. door systematische terugkoppeling van de resultaten van het traject krijgen de ouders/verzorgers geleidelijk aan meer vertrouwen in de mogelijkheden van hun kind;
4. de ouders/verzorgers die de vergrote zelfredzaamheid van hun kind hebben ervaren, coachen de deelnemers na afloop van het traject bij het zelfstandig reizen.

De interventietheorie blijkt korte tijd na beëindiging van de interventie te werken: bijna alle deelnemers reizen de door hen geoefende route nog zelfstandig. Op dit moment is nog onduidelijk of deelnemers langere tijd na beëindiging van het oefentraject zelfstandig blijven reizen en welke rol de OV-coach hierin speelt. Verder onderzoek zal dit moeten uitwijzen.

Deelname aan 'MEE op weg' leidt niet altijd tot volledige onafhankelijkheid van het aangepast vervoer. Het zelfstandig kunnen reizen van een bepaalde route biedt de deelnemers een kans op vergroting van hun participatie. Een geslaagd traject leidt niet automatisch tot meer participatie.

Op basis van de nu opgedane ervaring lijkt 'MEE op weg' een kansrijke interventie. Het verdient aanbeveling om 'MEE op weg' actief aan te bieden aan de doelgroep van het leerlingenvervoer. Onduidelijk is of 'MEE op weg' ook geschikt is voor andere doelgroepen, die nu gebruik maken van AWBZ- begeleiding/ondersteuning, bijvoorbeeld mensen met psychische problemen.



Ondanks behoorlijke inspanning stuitte de werving van deelnemers via zorginstellingen om verschillende redenen op weerstand. Eén van die redenen is, dat mensen die gebruik maken van AWBZ-ondersteuning door jarenlange gewenning afhankelijk zijn geworden van aangepast vervoer. Om dergelijke gewenning te voorkomen lijkt het wenselijk om 'MEE op weg' actief aan te bieden aan mensen die nog geen vervoersindicatie hebben, zodat zij niet onnodig afhankelijk worden van aangepast vervoer. Vanzelfsprekend is het wel belangrijk om bij de werving van deelnemers rekening te houden met eenieders mogelijkheden en beperkingen en dat de leerbaarheid van potentiële deelnemers door een deskundige wordt beoordeeld. Daarnaast zou de methodiek van 'MEE op weg' kunnen worden overgedragen aan professionals van de VSO-scholen, zodat er in het reguliere lesprogramma ook aandacht kan worden besteed aan vergroting van de mobiliteit van de leerlingen. De resultaten van de 'battle of concepts', zoals de incheckzuil op school, bieden hiervoor genoeg aanknopingspunten.

Wanneer begeleiding/ondersteuning in 2015 tot het domein van de gemeente behoort, zal het gemakkelijker worden om zorginstellingen te motiveren tot deelname aan 'MEE op weg'. De gemeente zou met vertegenwoordigers van zorginstellingen kunnen overleggen over de mogelijkheid om de methodiek ook voor hun cliënten in te zetten. Op dat moment zou een nieuwe pilot, met andere doelgroepen (ouderen, mensen met psychische problemen) wenselijk zijn. Om de kosten van de interventie te berekenen moet de inzet van professionals vertaald worden in uren FTE. Wanneer daarnaast duidelijk wordt of deelnemers op langere termijn zelfstandig blijven reizen en hoeveel gebruik zij eventueel nog maken van aangepast vervoer, kan de mogelijke kostenbesparing met inzet van 'MEE op weg' berekend worden. Verder onderzoek is hier aanbevolen.



5 'Rotterdammers redzamer', door CED-Groep en ASVZ

5.1 Het beleidsprobleem

Drie samenhangende ontwikkelingen op het gebied van de ambulante begeleiding vragen om het zoeken naar nieuwe hulpmiddelen en methodieken. De eerste ontwikkeling betreft de beperkte tijd die professionals nog kunnen besteden aan de begeleiding van hun klanten.

In de tweede plaats, daarmee samenhangend, zal een verschuiving plaats (moeten) vinden van professionele inzet naar vrijwillige inzet. Dit betekent dat de verhouding tussen professionals of professionele organisaties en vrijwilligers wijzigt. Tenslotte wordt van klanten verwacht dat ze meer zelfstandigheid ontwikkelen en minder afhankelijk worden van begeleiding. Om dat te bereiken zullen de klanten zich vaardigheden eigen moeten maken. Leren is bij deze doelgroep een langdurig proces dat veel 'inoefening' vergt en, dus, langdurige ondersteuning.

5.2 Het maatschappelijke doel van 'Rotterdammers redzamer'

Het vergroten van de zelfredzaamheid van extramuraal wonende personen met een verstandelijke beperking. Dit door gebruik te maken van digitale hulpmiddelen (website en app) met een ruim aanbod van (te personaliseren) stappenplannen onder begeleiding van vrijwilligers/mantelzorgers. Dit moet leiden tot vergroting van de competenties van de cliënten, uitbreiding van hun sociaal netwerk en versterking van de regie over hun leven. Ook kan inzet van professionele hulp worden verminderd.

In dit project worden de (zeer gebruiksvriendelijk) digitale hulpmiddelen ontwikkeld (website en app) samen met werkmethodeken voor de doelgroepen (cliënten, vrijwilligers/mantelzorgers, professionals).

5.3 De projectorganisatie

De pilot 'Rotterdammers redzamer' wordt uitgevoerd door de organisaties CED-Groep en ASVZ onder leiding van een projectleider, die speciaal hiervoor door CED-Groep is aangetrokken. Deze pilot richt zich op het zelfstandiger maken van extramuraal wonende personen met een lichte tot matige verstandelijke beperking en het verminderen van de afhankelijkheid van professionele begeleiding.

CED-Groep is een organisatie die vooral in en voor de onderwijssector werkzaam is. De organisatie is onder meer betrokken bij het ontwikkelen van instrumenten en methodieken binnen het onderwijs. Ze hebben ook ervaring met moeilijk lerende groepen binnen het speciaal onderwijs, waaronder verstandelijk beperkten. Specifieke kennis over het werken met stappenplannen en het gebruik maken van ondersteunende digitale middelen (een app) is opgedaan in het project 'Sociaal op Stap' voor autisten.

De CED-groep richtte zich vooral op de ontwikkeling van de instrumenten voor deze pilot en de trainingen om de verschillende belanghebbenden met de instrumenten bekend te maken, de klanten, vrijwilligers en mantelzorgers en de professionals.

ASVZ is een organisatie die ambulante zorg verleent aan mensen met een verstandelijke beperking in diverse leeftijdsgroepen. Dat kunnen zelfstandig wonende klanten zijn of gezinnen waarvan één van de leden verstandelijk beperkt is. Naast 5000 medewerkers zijn zo'n 1600 vrijwilligers actief in de ondersteuning van deze klanten en/of hun directe omgeving.

In deze pilot heeft ASVZ de klanten en vrijwilligers/mantelzorgers geworven. De professionele begeleiders, althans een selectie van hen, heeft gewerkt met de nieuwe instrumenten en binnen de veranderende driehoek van professionals, vrijwilligers/mantelzorgers, cliënten.

5.3.1 Projectactiviteiten

Het project was zeer methodisch opgezet en er was sprake van een goede samenwerking en partnerschap tussen de partijen. De verslaglegging was zeer transparant.

De volgende activiteiten hebben plaatsgevonden in het kader van het project:

- er is een startbijeenkomst geweest met de stakeholders en er zijn twee expertmeetings georganiseerd, met resp. professionals en met cliënten en vrijwilligers/mantelzorgers. De bijeenkomsten hebben inzicht geboden in de belangrijkste thema's voor stappenplannen en in enkele functionele en vormgevingsaspecten;
- er zijn cliënten en vrijwilligers/mantelzorgers geworven via ASVZ en CVD;
- er is een functioneel ontwerp van de website en app¹³ gemaakt, met 20 voorbeeldsituaties en 20 stappenplannen rond zelfredzaamheid;
- er is een handleiding geschreven voor de digitale hulpmiddelen;
- de prototypen zijn getest door professionals, vrijwilligers/mantelzorgers en cliënten;
- er is een training ontwikkeld en uitgevoerd voor het gebruik van de digitale hulpmiddelen;
- er is een werkmethode en training ontwikkeld en uitgevoerd voor professionals en vrijwilligers over de afbouw en overdracht van begeleidingstaken naar vrijwilligers/mantelzorgers;
- de pilot is uitgevoerd bij 24 cliënten en begeleidende vrijwilligers/mantelzorgers en professionals;
- er is een factsheet ontwikkeld (i.p.v. een informatiepakket) voor medewerkers van de Vraagwijzer. Het idee is om de wijkteams in het najaar nader te informeren over de pilot.

5.4 De doelgroep

Mensen met een lichte tot matige verstandelijke handicap die extramuraal wonen en begeleiding krijgen op basis van een AWBZ-indicatie. Deze begeleiding kan variëren, afhankelijk van behoeften en mogelijkheden van de cliënt, van begeleiding bij financiële zaken tot het voeren van

¹³ www.my-mate.nl.



de huishouding, opvoedingsvraagstukken en participatie. Cliënten moeten in staat zijn om een app te kunnen bedienen en wat computervaardigheid hebben. Beperkte taalvaardigheid (leesvaardigheid) is geen probleem, omdat (ook) met beelden wordt gewerkt.

5.4.1 Bereik, aantal en achtergrond van de deelnemers

Het streven was om 25 cliënten en hun ondersteuners vanuit ASVZ in de pilot te betrekken. Daarnaast zouden 25 professionals worden getraind op het overdragen van begeleidingstaken aan vrijwilligers/mantelzorgers en zouden er 10 vrijwilligers worden getraind in het omgaan met de cliënten.

Uiteindelijk hebben 30 cliënten zich aangemeld voor de pilot, daarvan zijn er 6 afgehaakt. Er hebben dus 24 cliënten meegedaan aan de pilot. Daarnaast zijn 20 professionals getraind ten behoeve van het overdragen van begeleidingstaken. Er zijn 7 vrijwilligers en mantelzorgers betrokken bij de pilot en 4 van hen zijn getraind in het begeleiden van de cliënten bij het omgaan met de app. Deze laatste zijn allen via ASVZ geworven. De werving via het Centrum voor Dienstverlening (CVD) en PIT010 (welzijnsinstellingen) leverde geen vrijwilligers op.

5.5 De interventietheorie

De interventietheorie luidt als volgt: “Het werken met gedigitaliseerde stappenplannen, via de app en de website, ondersteund door vrijwilligers/mantelzorgers, versterkt de zelfredzaamheid van cliënten met een verstandelijke beperking.”

Om dit te bereiken moeten cliënten, vrijwilligers/mantelzorgers en professionals nieuwe vaardigheden aanleren en/of een nieuwe rol in de begeleiding van de cliënt op zich nemen.

1. Door de inzet van de app en de website ontwikkelen de cliënten competenties door:

- het voortdurend voorhanden zijn van stappenplannen;
- die toegankelijk zijn vormgegeven;
- die direct aansluiten bij hun behoeften en situatie;
- die de mogelijkheid bieden om vaker en onmiddellijk online contact te leggen met de vrijwilliger/mantelzorger.

Door gebruik van de app en de website zijn deze cliënten beter in staat de stappen te volgen en zelfstandig uit te voeren. Door de mogelijkheid om de stappenplannen te personaliseren sluiten zij beter aan bij de situatie van de cliënt.

2. Vrijwilligers en mantelzorgers sturen meer aan op het zelf doen en leren door de klant, door:

- samen met de klant stappenplannen te personaliseren;
- de ondersteuning te richten op het zelfstandig uitvoeren van de stappenplannen;
- grotere (online, “op afstand”) beschikbaarheid voor praktisch advies.



3. Professionals voeren de regie op afstand en kunnen online de uitvoering van stappenplannen volgen. Professionals begeleiden de toepassing van de digitale instrumenten en, in bredere zin, de interactie tussen vrijwilliger en cliënt.

Ad 1.

Bij sommige cliënten leken de app en de webomgeving aan te slaan en de stappenplannen te helpen, hoewel het wel veel tijd kost om iets aan te leren bij deze doelgroep. Cliënten moesten wel kunnen en willen. Sommige cliënten maakten wel het beltegoed op, maar gebruikten de stappenplannen niet.

Soms waren de stappenplannen ook te ingewikkeld. Het hangt sterk af van de ondersteuner (vrijwilliger/mantelzorger of professional) of deze het stappenplan goed kan afstemmen op de cliënt. Smartphones zijn eigenlijk te ingewikkeld voor deze doelgroep, volgens één van de vrijwilligers. *‘Ze hebben te veel opties’*. In die zin is de (besloten) webomgeving beter. Nadeel daarvan is dat je er niet mee op stap kunt, zoals met de smartphone.

De conclusie is dat de stappenplannen niet bij alle cliënten werken en dat er veel ondersteuning nodig is.

Ad 2.

Vrijwilligers en mantelzorgers hebben met de stappenplannen en de digitale hulpmiddelen concrete handvatten om de cliënt zelfredzamer te maken. In principe kan de vrijwilliger/mantelzorger op afstand meekijken, als de cliënt dat wil, bij het volgen van het stappenplan. De cliënt heeft daarin de regie. De cliënt kan het resultaat van het stappenplan (bijv. een volle koelkast na het boodschappen doen) fotograferen met zijn smartphone en op de website zetten. Wanneer dit gebeurde, waren de cliënten enthousiast. Het is niet duidelijk hoe veel cliënten dit betrof.

De vrijwilliger/mantelzorger moet veel geduld hebben, goed mee kunnen denken met de cliënt, interesse hebben in de cliënt, liefst een “klik” hebben met de cliënt en overweg kunnen met de smartphone.

Ad 3.

Dit is anders gelopen dan verwacht. Professionals begeleidden de cliënten en functioneerden als vraagbaak voor de vrijwilligers over de omgang met cliënten. De vrijwilligers begeleidden de cliënten merendeels in het gebruik van de digitale middelen. Er zijn geen indicaties dat professionals online de uitvoering van de stappenplannen hebben gevolgd.

5.6 Resultaten van het project

5.6.1 Ervaringen van deelnemers en beroepskrachten

Het meedenken van de cliënten met de ontwikkeling van de app en de website was moeilijk voor deze (LVB) doelgroep. In veel gevallen was het te abstract en hadden ze beter alleen bij de uitvoering betrokken kunnen worden.



De app en website sloeg bij een deel van de cliënten goed aan. Eén cliënt heeft geleerd met Whatsapp en Facebook te werken en heeft zo haar sociale netwerk uitgebreid. Zij had het stappenplan na de pilot niet meer nodig. Een mantelzorger heeft zelf stappenplannen voor haar zoon gemaakt. Zij gebruikte My-Mate voor het opstaan en het naar-bed-gaan-ritueel. Het gebruik van de app, de website en de stappenplannen verhoogt het gevoel van eigenwaarde van de cliënten. Cliënten vinden het stoer om een app te mogen gebruiken.

Een deel van de cliënten is afgehaakt, omdat de app/website nog niet goed uitontwikkeld waren of vanwege te zware problematiek. Ook hadden sommige professionals het te druk om goede ondersteuning te kunnen bieden bij de pilot.

Een belangrijk deel van de cliënten (29%) en de beroepskrachten (40%) had geen smartphone. Voor de cliënten die aan de pilot deelnamen is hiervoor een voorziening getroffen. Zij hebben een smartphone in bruikleen gekregen. Helaas moesten ze deze na de pilot weer inleveren, hetgeen op veel teleurstelling stuitte bij de betrokken cliënten. Eén van deze cliënten heeft vervolgens zelf een smartphone aangeschaft, omdat ze zoveel baat had bij het gebruik van de app.

De grootste behoefte van cliënten bleek te liggen in het aangaan van sociale contacten. Afgezien van de ervaringen van de ene cliënt met Facebook en Whatsapp, lijkt My-Mate hiervoor niet het beste instrument. De stappenplannen concentreerden zich vooral op praktische zaken, zoals het bijhouden van de financiën en het opladen van de OV-chipkaart. Het leren aangaan van sociale contacten is juist iets waarvoor individuele begeleiding nodig is. Hier ligt mogelijk een rol voor vrijwilligers. Het aangaan van sociale contacten lijkt een behoefte van cliënten te zijn, die weinig erkenning krijgt van professionals.

Met name de oudere beroepskrachten hadden moeite met het gebruik van smartphones ter ondersteuning van de cliënt. Het project lijkt wel goed aan te sluiten bij (jonge) vrijwilligers die goed thuis zijn op de smartphone.

5.6.2 De ondersteuningsmix

In de nieuwe ondersteuningsmix zou professionele inzet moeten kunnen worden verminderd door de grotere zelfredzaamheid van de cliënt (d.m.v. de app) en meer inzet van vrijwilligers en/of mantelzorgers.

De beroepskrachten hebben relatief weinig tijd ("kleine indicaties") voor de ondersteuning van hun cliënten. Zij stonden daarom positief tegenover de inzet van vrijwilligers, bv. ter ondersteuning van cliënten bij zaken waar ze zelf niet aan toe komen (bv. het meegaan naar een club) of waar ze de expertise niet voor hebben (bijv. het omgaan met een smartphone).

Het voordeel van (jonge) vrijwilligers is dat zij gewend zijn aan het gebruik van sociale media en smartphones. Zij kunnen dus cliënten hierin makkelijker wegwijs maken dan de (vaak) oudere zorgprofessionals. 40% van de beroepskrachten in de pilot had zelf geen smartphone. Bij vrijwilligers lag het gebruik van smartphones aanzienlijk hoger. In die zin werkten professionals en vrijwilligers aanvullend aan elkaar. Echter, er waren maar 7 vrijwilligers/mantelzorgers op 24 cliënten. Voor de andere cliënten namen beroepskrachten de rol van "ondersteuner" op zich.



Professionals en vrijwilligers zijn nog zoekende naar hun rol. Tijdens de training was hier ook discussie over, wat de rol van vrijwilliger/mantelzorger en wat de rol van beroepskrachten moest zijn. Vrijwilligers begeven zich soms op het terrein van professionals, doordat zij zaken opmerken in de omgeving of het gedrag van de cliënt en hierin verandering willen brengen. Ook moeten professionals zaken kunnen overlaten aan vrijwilligers en erop vertrouwen dat zij hier goed mee omgaan. Dit vertrouwen moet nog groeien. Kortom, het project heeft nog niet bijgedragen aan een andere ondersteuningsmix. De vrijwilligers en mantelzorgers ondersteunen de cliënt aanvullend op de beroepskracht.

5.6.3 Besparingen

Kostenbesparingen kunnen ontstaan in deze pilot, doordat professionele inzet kan worden verminderd door een grotere zelfredzaamheid van de cliënt met behulp van de app en meer inzet van vrijwilligers en/of mantelzorgers.

Er zijn aanwijzingen dat sommige cliënten zelfredzamer zijn geworden door de stappenplannen, app en website. Er is echter (nog) geen sprake van een andere ondersteuningsmix, omdat de vrijwilligers en mantelzorgers aanvullend aan beroepskrachten werken. Kostenbesparingen waren dus (nog) niet zichtbaar en zeker niet meetbaar. Er lijken vooral nieuwe terreinen van ondersteuning en behoeften van cliënten te zijn ontgonnen.

Voor uitbreiding van het gebruik van de app en de website zijn investeringen nodig in smartphones voor een deel van de cliënten en beroepskrachten. Het lijkt erop dat de betrokken zorginstelling (ASVZ) niet bereid is om deze investeringen te doen, vanwege de aankomende bezuinigingen. Sommige cliënten hebben er zelf in geïnvesteerd. Van de beroepskrachten is het onbekend of dit gebeurd is.

5.6.4 Bevorderen eigen kracht, vergroting zelfredzaamheid en participatie

Bij een deel van de cliënten lijkt de eigen kracht aangesproken en de zelfredzaamheid vergroot door de pilot.

Het project heeft zelf beperkt onderzoek gedaan naar het effect van het gebruik van de app en website (my-Mate). Elf van de 30 cliënten hebben een logboekje bijgehouden tijdens de pilotperiode. Uit die logboekjes blijkt dat de meeste cliënten het werken met stappenplannen en de app prettig vonden. Zij hebben nog wat aanpassingen voorgesteld.

Volgens betrokkenen sloegen de app en de website bij een deel van de cliënten goed aan: *“één stappenplan kan al veel betekenen in het deel uitmaken van de buitenwereld”*. Netwerken van cliënten werden ontsloten.

Sommige cliënten konden niet meedoen aan het project vanwege een te zware problematiek.

Het was duidelijk dat bij ASVZ het versterken van eigen kracht en sociale netwerken al langer op de agenda staat en wordt bevorderd. Professionals lijken hier echter soms moeite mee te hebben en het ook wel als bedreigend te ervaren. Eén van de professionals zei dat *“cliënten naar allerlei clubjes toe moeten, onder begeleiding van vrijwilligers”*. Het is anders dan de (verzorgende) rol die professionals gewend zijn.



Ook het werken met stappenplannen bleek bij ASVZ geen gemeengoed. Professionals werkten meer vanuit een hulpvraag en de maatwerkgedachte. *‘De stappenplannen zitten in mijn hoofd’*, volgens één van de beroepskrachten. Volgens betrokkenen vonden beroepskrachten de stappenplannen wel prettig, maar het betekende een nieuwe manier van werken.

5.7 Conclusies en aanbevelingen

De pilot is laat gestart, vanwege het laat beschikbaar komen van de co-financiering, maar desondanks voortvarend geleid, zodat veel doelen wel behaald zijn. Alleen het werven van vrijwilligers bleef achter.

De meeste activiteiten zijn volgens plan uitgevoerd. Wel was de tijd om de app en de website te testen volgens belanghebbenden te kort. Dat gaf wat problemen bij het gebruik, waardoor een deel van de cliënten is afgehaakt.

De effecten op het gebied van zelfredzaamheid zijn er wel, maar zijn niet breed gemeten. Het is duidelijk dat sommige cliënten zelfredzamer zijn geworden door de stappenplannen, app en website. Het heeft hun gevoel van eigenwaarde vergroot. Een deel van de cliënten kon echter om diverse redenen niet meedoen. Ook de duurzaamheid is een probleem, zolang cliënten de smartphones in bruikleen krijgen alleen voor de duur van het project.

Er is echter (nog) geen sprake van een andere ondersteuningsmix, omdat vrijwilligers en mantelzorgers aanvullend aan beroepskrachten werken. Ook waren er te weinig vrijwilligers en mantelzorgers om invloed op de uitkomst van het project te hebben.

Om meer effect te genereren, is het nodig om bij selectie van vrijwilligers en professionals aandacht te besteden aan hun affiniteit met en interesse in de interventie en hun ervaring met smartphones.

Kostenbesparingen zijn (nog) niet zichtbaar en zeker niet meetbaar. De interventie vraagt in feite eerst een investering (in smartphones), voordat deze breed uitgerold kan worden.

De app en de website lijken niet goed aan te sluiten bij de situatie en houding van een deel van de beroepskrachten. Voor hen waren er te veel nieuwe elementen in de pilot: het werken met vrijwilligers, het werken met smartphones en het werken met stappenplannen.

Wat betreft de toekomst is er veel belangstelling van andere zorginstellingen in de ervaringen en lessen van deze pilot. Zo'n 40 mensen hebben contact opgenomen. Er zijn plannen voor een doorontwikkeling met 9 zorginstellingen, ook buiten Rotterdam.

Betrokkenen bij het project zien mogelijkheden voor de gemeente om de app en webomgeving in te zetten in de wijkteams, als onderdeel van de begeleiding van LVB cliënten. Ook zijn er mogelijkheden om de resultaten van deze pilot te verbinden met de andere pilots, zoals die rond vervoer (gebruik van het openbaar vervoer) en sport en zorg.



Pilots voor mensen met een psychische beperking¹⁴

¹⁴ De pilot 'Onderzoek ambulantisering van mensen met een psychische beperking in Rotterdam' uitgevoerd door Pameijer, de Hanzehogeschool en het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) betreft een onderzoek dat zich richt op de haalbaarheid en de effecten van de overgang van een beschermde woonsituatie naar zelfstandig wonen voor cliënten met ZZP 1 t/m 3. Deze pilot is nog niet afgerond. Over de resultaten van de pilot zal afzonderlijk worden gerapporteerd.



6 'Uit de zorg (en), in de samenleving', de REAKTGROEP

6.1 Het beleidsprobleem

Voor veel mensen met psychiatrische of ernstige psychosociale problemen blijft participatie in de samenleving - in de vorm van deelname aan (vrijwilligers)werk, activiteiten in de wijk of sociale contacten buiten beschermde omgevingen - buiten bereik, als gevolg van twee factoren:

- zij ondervinden belemmeringen in de sociale omgang en/of in de communicatie met hun omgeving;
- zij vertonen 'lastig gedrag' of zijn lang in de zorg als patiënt. Voor zover zij actief zijn, is dat vooral met een recreatief doel;
- indicaties voor begeleiding vanuit Wmo of AWBZ bieden geen financieringsbasis voor een traject gericht op uitstroom uit de zorg en/of uitkering. Hierdoor worden zij niet gericht geactiveerd.

6.2 Het maatschappelijke doel van 'Uit de zorg(en), in de samenleving'

Gerichte activering van mensen met chronische psychische problemen, waardoor zij maatschappelijk actief worden in betaald werk (het hoogst haalbare), vrijwilligerswerk of een maatschappelijk project.

Gestreefd wordt naar:

- het verrichten van (vrijwilligers)werk gedurende twee dagdelen door 50% van de deelnemers (na afronding van het traject binnen 12 maanden). Het is hierbij de bedoeling dat 5 deelnemers uit de 'granieten kern'¹⁵ aan het werk gaan en daardoor geen beroep meer hoeven doen op een uitkering en dat tenminste 7 personen vrijwilligerswerk gaan doen;
- participatie in een beschermde werkvorm door 50% van de deelnemers (na afronding van het traject binnen 12 maanden).

Door samen met de cliënten een trajectplan op te stellen, waarin het uitstroomdoel helder is geformuleerd, kan gerichte ondersteuning en begeleiding worden geboden. Dit werkt preventief en draagt bij aan de beperking van schadelast in de vorm van uitkeringen, kosten van zorg, maatschappelijke opvang en ondersteuning. In plaats daarvan dragen de cliënten bij in de vorm van werk of vrijwilligerswerk.

¹⁵ Met deelnemers uit de 'granieten kern' worden mensen bedoeld die langdurig een uitkering ontvangen om in hun bestaan te voorzien.

6.2.1 Subdoelen

In verband met de overdraagbaarheid van het te ontwikkelen instrument voor de gerichte activering van de groep met chronische psychische problemen is er een aantal subdoelen geformuleerd:

- het in kaart brengen van de kosten en opbrengsten (het maatschappelijk rendement) van het project;
- het meten van de effectiviteit van interventies voor cliënten met meervoudige problemen;
- het ontwikkelen van een 'inpassingstool' of een 'werknemerspaspoort'. Een inpassingstool is een formulier met informatie over de belastbaarheid, kwaliteiten, te vermijden situaties, eisen aan de werkomgeving en de begeleidingsstijl¹⁶.

De inpassingstool is de leidraad voor het werknemerspaspoort dat de cliënt meeneemt bij uitstroom uit het traject. Het werknemerspaspoort kan aan de werkgever worden getoond, dit biedt de werkgever duidelijkheid aan de start. Het werknemerspaspoort zal worden getest op de leerwerkplekken.

6.2.2 De resultaten van de individuele trajecten

- Na de assessment zijn er 25 individuele trajecten gestart. Gaandeweg het traject zijn er vijf deelnemers uitgevallen: om medische redenen, vanwege persoonlijke problemen en door onvoldoende medewerking aan het traject.
- Vier cliënten zijn gestart met een traject beroepsgerichte activering. Zij werkten onder begeleiding van REAKT 1 tot 3 dagen op een leerwerkplek bij een reguliere werkgever. Deze cliënten hebben hun werk echter moeten beëindigen, omdat de samenwerking tussen de werkgever en REAKT is stopgezet bij de overname van REAKT door Parnassia. Bovendien vond de werkgever dat hij te veel moest investeren in de begeleiding van de cliënten. Deze cliënten werken momenteel bij werkprojecten van REAKT zelf.
- 15 Cliënten hebben een vorm van dagbesteding (een werkproject of een cursus) bij REAKT. Zij verkeren in de fase van sociale activering, dat wil zeggen dat zij naar vermogen participeren. Zij benutten hun capaciteiten voor zo ver dat mogelijk is gezien hun problemen.
- Bij vijf van deze 15 cliënten ligt de nadruk op het onderhouden van contact met hun trajectbegeleider en het achter zich laten van bepaalde problemen, bijvoorbeeld verslavingsproblemen. Deze cliënten zijn wisselend belastbaar en hebben regelmatig een terugval. Hiermee lijkt hun participatie vooralsnog maximaal.
- Zes cliënten hebben een vorm van dagbesteding of doen een activiteit buiten REAKT, bijvoorbeeld vrijwilligerswerk.
- Eén cliënt is van de beroepsgerichte activering overgestapt naar een traject naar werk. Deze cliënt zoekt met actieve bemiddeling van een consultant naar betaald werk. Ondanks cursussen, trainingen en vrijwilligerswerk, is dit tot het moment van rapportage nog niet gelukt. Hierbij spelen verschillende factoren een rol: de slechte

¹⁶ Eindverslag REAKT, p. 13.



concurrentiepositie van de cliënt in verband met zijn leeftijd, het gebrek aan relevante diploma's en 'het gat' in zijn CV.

6.3 De projectorganisatie

De REAKTGROEP voert 'Uit de zorg(en), in de samenleving' uit¹⁷. REAKT is een organisatie die mensen met psychische problemen helpt in hun ontwikkeling naar maatschappelijke participatie en zo mogelijk, onafhankelijkheid van zorg en uitkering. De REAKT Groep doet dit door middel van TRACK en CONNECT. TRACK is een traject van individuele begeleiding gericht op (re)integratie op de arbeidsmarkt, maatschappelijke activering en/of dagbesteding. CONNECT begeleidt mensen met psychiatrische problemen bij de eerste stappen op de weg naar maatschappelijke activering door een groepsgericht aanbod van creatieve, culturele en sportieve activiteiten.

De methodische principes die door Track bij de re-integratie van werkzoekenden worden toegepast, vormden de leidraad bij de ontwikkeling van de activering van personen met zware psychiatrische of psychosociale problemen in deze pilot.

6.4 De doelgroep

De doelgroep bestaat uit cliënten van REAKT die door zware psychiatrische en/of psychosociale problemen matig of ernstig worden gehinderd in hun functioneren. Zij beschikken over een indicatie van het CIZ¹⁸ of een andere indicatie waardoor deelname aan het project gefinancierd kan worden.

6.4.1 De selectieprocedure van de deelnemers

In eerste instantie zijn er 42 potentiële deelnemers uit het cliëntenbestand van REAKT geselecteerd. Dit zijn cliënten die minimaal een indicatie hebben voor 1,9 uur individuele begeleiding en 3 dagdelen groepsbegeleiding. Het aantal geïndiceerde begeleidingsuren van deze cliënten volstaat om een traject te doorlopen. Van deze 42 geselecteerde cliënten zijn er 16 afgevallen omdat zij nog te veel hinder hebben van hun ziekte of nog regelmatig een terugval doormaken en daarvoor moeten worden opgenomen. Een aantal van hen kon/wilde (nog) geen traject doorlopen. De trajectbegeleiders verwachtten dat de 26 overgebleven cliënten voldoende ontwikkelingsmogelijkheden zouden hebben. Zij voldoen volgens de trajectbegeleiders aan de volgende inclusiecriteria:

- zij zijn gemotiveerd om aan een intensieve aanpak deel te nemen;
- zij willen minimaal twee dagdelen maatschappelijk participeren;
- zij zijn door hun gedrag en voorkomen niet 'zonder meer' plaatsbaar;

¹⁷ Na het faillissement van REAKT zijn de activiteiten op het gebied van dagbesteding en re-integratie in januari 2014 overgenomen door de Parnassia Groep.

¹⁸ Het Centrum Indicatiestelling Zorg indiceert of toetst de aanspraak op AWBZ-zorg.



- zij dreigen in de toekomst hun indicatie voor dagbesteding te verliezen.

Met de geselecteerde cliënten is besproken dat zij zouden gaan meedoen aan een project, waarna zij tekenden voor deelname. In dit gesprek is weinig nadruk gelegd op de nieuwe methodiek van begeleiding: doelgerichte activering met als uitkomst (vrijwilligers)werk of een andere vorm van maatschappelijke participatie. Deze keuze werd onderbouwd op basis van de ervaring dat cliënten vaak “huiverig zijn” voor veranderingen. De aanname is dat cliënten die deelnemen aan een doelgericht traject, waarin gebruik gemaakt wordt van een nieuw middel – de assessment – en dat gericht is op uitstroom naar (vrijwilligers)werk, al snel (te veel) druk ervaren. Het zou voor hen wel te merken zijn dat zij op een andere wijze begeleid zouden worden. Aan de 26 geselecteerde cliënten werd een digitale assessment aangeboden. In deze fase zijn er nog 3 cliënten afgevallen. Eén cliënt trok zich na de assessment terug omdat hij nog niet toe was aan gerichte activering. Twee cliënten die vanwege hun klachten – angst voor computers - niet konden deelnemen aan de assessment, zijn door twee andere cliënten vervangen. Uiteindelijk zijn er 25 individuele trajecten gestart. In maart 2014, op het moment van rapportage, zijn er nog 20 cliënten in traject¹⁹. Vijf deelnemers zijn uitgevallen door psychische klachten of een terugval, of doordat zij onvoldoende meewerkten aan het traject.

Er zijn kanttekeningen te plaatsen bij het selecteren van deelnemers voor het project zonder de vernieuwende aspecten van de begeleiding - inzet van een assessment, waardoor er een duidelijker ontwikkelingsperspectief ontstaat - met hen te bespreken. In de eerste plaats vanuit ethische overwegingen: wanneer cliënten geïnformeerd zijn over de aanpak en de doelen, kunnen zij zelf een bewustere keuze maken voor al dan niet deelnemen aan het project. We vragen ons af of motivatie voor het doorlopen van een vernieuwend traject en de bereidheid tot maatschappelijke participatie eenzijdig te beoordelen zijn door trajectbegeleiders. Wanneer de motivatie en de veranderingsbereidheid niet expliciet besproken zijn tijdens de intake, kan hieraan niet gerefereerd worden bij voor de cliënt moeilijke momenten tijdens het traject. Trajectbegeleiders zijn bij de selectie van deelnemers mogelijk geneigd cliënten te kiezen die zij al een tijd begeleiden en daardoor goed kennen. In een interview geven de trajectbegeleiders aan dat de deelnemers over het algemeen cliënten zijn die al langer begeleid worden door REAKT. Een minderheid van de deelnemers is nog maar pas in begeleiding. Het is niet ondenkbaar dat het juist bij cliënten die al langer begeleid worden – vaak door dezelfde trajectbegeleider - moeilijker is om een nieuwe vorm van begeleiding te introduceren. De wijze van selecteren van de deelnemers zou hiermee van invloed kunnen zijn op het resultaat van de individuele trajecten.

¹⁹ De uitvoering van het traject heeft vertraging opgelopen. De assessments zijn afgenomen van 8 mei t/m 14 juni. De laatste terugkoppeling vond op 3 juli plaats. Vanaf begin juli zijn de trajectplannen uitgevoerd. Dit betekent dat de deelnemers op het moment van rapportage (31 maart 2014) hun traject van 12 maanden nog niet afgerond hebben.



6.5 De interventietheorie

De interventietheorie luidt als volgt:

“Wanneer mensen met chronische psychiatrische en/of psychosociale problemen deelnemen aan een gericht activeringstraject, waarin gewerkt wordt aan de ontwikkeling van nieuwe vaardigheden en het leren omgaan met hun beperkingen, geeft dit hen nieuwe mogelijkheden om te participeren in (vrijwilligers)werk. De participatie op zichzelf leidt tot stabilisering en normalisering van het dagelijks bestaan.”

Een belangrijk instrument voor deze aanpak is de waarde assessment. De aanname is dat het doorlopen van een digitale waarde assessment een verandering van perspectief zal bewerkstelligen bij zowel de cliënt als de begeleider. Het perspectief wordt meer gericht op persoonlijke ontwikkeling, op kwaliteiten en mogelijkheden en uiteindelijk op participatie in de samenleving, in plaats van op de beperkingen van de cliënt. De afname van een brede, ontwikkelingsgerichte assessment objectieveert de bevindingen, zo is de gedachte. Bovendien bieden de resultaten van de assessment een goed aanknopingspunt voor het gesprek over de vervolgaanpak.

De ontwikkelingsgerichte en resultaatgerichte aanpak is niet helemaal nieuw. Er werd altijd al gewerkt met een traject, maar nu zijn de doelen en resultaten nog meer uitgesplitst per fase. In het eindverslag van REAKT staat dat de assessment een goed richtinggevend instrument is voor cliënten en hun trajectbegeleiders²⁰. De afname van een assessment aan het begin van een traject, helpt de trajectbegeleiders om inzicht te krijgen in de ambities en mogelijkheden van een cliënt, bijvoorbeeld: welke interesses hebben zij op werkgebied? Wat is er haalbaar in de praktijk? En, wat is de meest bruikbare coachingsstijl? Een trajectbegeleider verwoordt de veranderde werkwijze als volgt:

“Als nu een cliënt binnenkomt, gaan we eerst in gesprek van wat wil je nu eigenlijk leren? En we maken met iedereen een trajectplan voor een jaar, van wat is nou het einddoel voor over een jaar en wat heb je daarvoor nodig? Zullen we niet eerst die training of die cursus starten? Dat betekent dat nu een cliënt op zo’n houtwerkplaats - die hebben we niet meer, maar als voorbeeld - ook met als doel komt: ik kom aan mijn zelfvertrouwen werken. Dus die medewerker van de houtwerkplaats die heeft acht cliënten die allemaal individuele doelen hebben. Dus die begint de dag niet meer met: waar is het materiaal en wie maakt het vogelhuisje? Maar... ik heb hier meneer Jansen, wat is zijn doel ook weer en hoe ga ik daar aan werken onder die activiteit? “

Het eindverslag meldt dat behalve de trajectbegeleiders ook de meeste deelnemers de assessment positief beoordelen. De assessment zou hen inzicht geven in hun talenten en leerdoelen, evenals in hun beroepsmatige interesses en de haalbaarheid hiervan²¹.

²⁰ Eindverslag REAKT, p.2.

²¹ Eindverslag REAKT, p.2.



Na het doorlopen van de assessment koppelt een medewerker van REAKT de resultaten terug aan de cliënt en zijn/haar trajectbegeleider. Daarbij wordt ook ingegaan op mogelijkheden van training en activering.

Uit interviews met de deelnemers blijkt dat zij zich over het algemeen herkennen in de uitslagen van de assessment. Het verrast hen dat uit een test kwaliteiten en eigenschappen zo duidelijk naar voren komen. Zij geven aan dat dit voor een “goed gevoel” –zo men wil, voor meer zelfvertrouwen en vertrouwen in REAKT – zorgt.

De assessment leidt niet altijd tot heel nieuwe inzichten. Eén geïnterviewde geeft aan dat de assessment weinig nieuwe informatie opleverde: *“Het meeste wisten we al.”*

Uit de interviews blijkt verder dat de deelnemers zich er niet van bewust zijn mee te doen aan een project met een vernieuwende aanpak, waarvan het uiteindelijke doel is het vinden van (vrijwilligers)werk of deelname aan een maatschappelijk project. Zij zijn zich er evenmin van bewust dat die nieuwe, doelgerichtere aanpak aansluit bij de resultaten van de afgelegde assessment en de daarop aansluitende gesprekken.

Het is onduidelijk in hoeverre de assessment van invloed is op de motivatie van deelnemers om aan hun leerdoelen te werken. In de beleving van de geïnterviewden is er geen sprake van een vertaling van de resultaten van de assessment naar duidelijk omschreven doelen.

Over het algemeen is deze vertaling lastig. Immers, achter (zelf)inzicht en ambities verkregen door de assessment, schuilt nog altijd de actuele psychische en/of psychosociale problematiek van de deelnemer. Met deze beperkingen wordt naar de mening van een aantal respondenten weinig rekening gehouden:

“...maar het (assessment, LH) gaat niet echt in op een stoornis of zo. En dat is nu juist wat ik heb. Dus het gaat een beetje langs elkaar heen als het ware. Omdat die stoornis het struikelblok is voor mijn functioneren eigenlijk. Dat komt er niet echt uit in zo’n assessment.”

Het zijn juist deze belemmeringen, die niet zo maar weg te nemen zijn, die deelnemers verhinderen om stappen te nemen richting maatschappelijke participatie en andere doelen. Ze “horen als het ware bij de deelnemers”, die hun weg moeten vinden.

Uit de gesprekken wordt duidelijk dat activiteiten die cliënten al ondernamen via/bij REAKT worden voortgezet en dat zij (soms) een extra stap zetten, zoals gerichte deelname aan een cursus, het zoeken van een plek voor een dagdeel vrijwilligerswerk of meedoen aan de fitness. De deelnemers aan de pilot waarmee is gesproken ervaren geen duidelijke breuk met de begeleiding die zij voorheen bij REAKT kregen, noch met de dagbesteding of andere activiteiten waaraan zij in het verleden deelnamen. Volgens een cliënt is de huidige inzet van zijn begeleidster hetzelfde als voorheen:

“Ja, maar dat is standaard, je moet een behandelplan bespreken. En je moet altijd boven dat behandelplan zetten of het voor sociale activering is of een traject naar vrijwilligerswerk bijvoorbeeld. Dat komt elk jaar terug.”

Op basis van de gesprekken met de deelnemers kan worden gesteld dat de assessment hen vooral attendeert op eigenschappen en te ontwikkelen competenties. De resultaten van de



assessment en wat naar aanleiding daarvan is besproken, beklijven echter lang niet altijd. De deelnemers ervaren de assessment als een momentopname, waarna zij – in hun beleving - op vertrouwde voet verder gaan. Hiermee is niet gezegd dat de assessment geen bruikbaar handvat kan bieden aan de deelnemer én de begeleider om passende dagbesteding of activiteiten te vinden.

Deelnemers aan de pilot hebben te kampen met persoonlijkheidstoornissen, depressieve klachten, stemmen in het hoofd, concentratieproblemen, fobieën en angsten. Vaak leiden zij een teruggetrokken leven, zonder veel sociale contacten. Men is zonder werk, een enkeling doet vrijwilligerswerk, voor een ochtend of een dag. Zij blijven veel thuis, durven niet goed de straat op. Sommigen voelen zich te moe om iets te ondernemen.

De tweede veronderstelling uit de interventietheorie is, dat participatie op zichzelf een factor is die bijdraagt aan de stabilisatie en normalisering van het dagelijks leven van de deelnemers. Een stabiel leven, met meer kwaliteit, zou ook de zorgkosten beperken, evenals de maatschappelijke overlast. Een trajectbegeleider zegt hierover:

“Ja, zo’n invulling van de dag is ook ter voorkoming van terugval. Want als mensen niks te doen hebben, dan.. er zit ook veel verslavingsproblematiek, drinken of wat dan ook, in ieder geval zich somberder voelen. Het geeft ook altijd zelfvertrouwen he, iets doen, resultaat daarvan zien, contacten met anderen. Dus eigenlijk willen wij gewoon dat mensen vanaf dag 1 in actie komen, dat je daar al veel mee wint”

Respondenten bevestigen de waarde van de dagbesteding en andere bezigheden bij/via Reakt. Zij ervaren een verbetering in hun welzijn sinds hun kennismaking met Reakt: “Een normaal leven” was bij binnenkomst nog ver weg.

Deelnemers worden verwezen naar Reakt door instellingen als Indigo, Bavo of PchyQ, Riagg, Delta PsY, het UWV of door de gemeente Rotterdam. Zij zijn onder behandeling (geweest) wanneer zij worden geïntroduceerd bij Reakt. Geïnterviewde deelnemers vertellen, de een wat nadrukkelijker dan de ander, dat door het meedoen aan activiteiten buitenshuis toch weer iets als “zin” wordt verkregen. De inertie en passiviteit waar velen mee kampen worden hierdoor doorbroken. Zo vertelt een respondent:

“Ik heb jaren thuis gezeten, blowen en zo ...Ja, daar knap je niet van op. Ja, je moet toch...op het laatst durfde ik nog geeneens op de fiets naar buiten. Nu word ik verplicht om mee te doen aan activiteiten en dat vind ik ook een goede zaak.”

Niettemin vinden de geïnterviewde deelnemers het lang niet makkelijk om de eerste stappen te zetten. Een traject verloopt met vallen en opstaan. De deelnemers hebben nu eenmaal te maken met duurzame problemen die hen belemmeren.

6.5.1 Conclusie met betrekking tot de interventietheorie

De eerste veronderstelling, dat deelnemers met chronische psychische problemen door gerichte activering sneller en meer gaan participeren in de vorm van (vrijwilligers)werk, kan niet worden bevestigd. Uit de resultaten van de individuele trajecten blijkt niet dat de sterke focus op de

ontwikkeling van grotere vaardigheden of meer competenties, rechtstreeks leidt tot participatie in de vorm van werk of vrijwilligerswerk, zeker niet buiten een beschermde omgeving. Vijf deelnemers doen vrijwilligerswerk buiten een beschermde omgeving.

Tijdens de uitvoering van de individuele trajecten worden veel activiteiten ondernomen, zoals trainingen op het gebied van sociale vaardigheden, mindfulness, arbeidsmarktorientatie, werknemersvaardigheden en computereducatie²². Uit de interviews met deelnemers blijkt echter dat zij moeite hebben om aan te geven wat deze activiteiten nu concreet opleveren in termen van vaardigheden, kennis, zelfredzaamheid of zelfvertrouwen. Zij kunnen dit nauwelijks benoemen. De geïnterviewde deelnemers zijn al langer bij REAKT in begeleiding en zij ervaren de nieuwe aanpak niet als heel verschillend van die daarvoor.

Deze doelgroep ondervindt ook met de nieuwe aanpak belemmeringen om het einddoel – maatschappelijke participatie – te bereiken. Het traject en het tempo waarin dit doorlopen wordt, worden steeds beïnvloed door de situatie van de deelnemer, die te maken heeft met forse psychische en/of psychosociale problemen.

Het feit dat cliënten zich er vaak niet van bewust zijn dat zij deelnemen aan een gericht activeringstraject maakt het moeilijk om tijdens het traject gebruik te maken van de motivatie van de cliënt.

Ook voor de tweede veronderstelling dat meer participatie het dagelijks leven zou normaliseren en stabiliseren - waardoor zorgkosten zouden kunnen worden bespaard - bieden de resultaten van de pilot nog onvoldoende aanwijzingen.

Participatie leidt wel tot enige structuur in het dagelijks leven van deelnemers (bijvoorbeeld het weer ontwikkelen van een dag- en nachtritme) en tot een verbetering van hun welzijn in termen van “beter in hun vel zitten”, “lekker bezig zijn”, zich nuttig en gewaardeerd voelen, maar het neemt hun psychische en/of psychosociale problemen niet weg. Zij hebben hun psychische klachten vaak al jaren en ervaren in het dagelijks leven pieken en dalen.

Om deze veronderstelling te kunnen verifiëren zouden we inzicht moeten hebben in de mate van stabilisatie van het dagelijks leven van degenen die actiever zijn geworden door deelname aan het project. In de pilot is niet duidelijk gedefinieerd hoe stabilisatie van het dagelijks leven gemeten kan worden. Is dit af te meten aan de afname van de door deelnemers gerapporteerde psychische klachten? Om het hebben van een dagstructuur of meer sociale contacten?

6.6 Resultaten van het project

Samenvattend kan gezegd worden dat de maatschappelijke doelen van de pilot niet zijn bereikt: het is niet gelukt om 5 deelnemers (uit de ‘granieten kern’) aan het werk te laten gaan, in plaats van 7 personen doen 6 personen vrijwilligerswerk of een andere activiteit buiten REAKT. Ruim de helft van de deelnemers participeert naar vermogen aan activiteiten van REAKT. Deze deelnemers participeren niet allemaal aan werkprojecten van REAKT.

²² Uit: Jaarplanning van het aanbod van REAKT in 2014.



Hoewel het maatschappelijke doel van de pilot – activering naar (vrijwilligers)werk binnen of buiten REAKT – niet is bereikt, geldt voor de meeste deelnemers wel dat zij meer participeren dan voor hun deelname aan het project.

6.6.1 De ondersteuningsmix

Het project stelt de begeleiding van deelnemers door professionals centraal. In dit opzicht verschilt de nieuwe aanpak niet van de ‘traditionele begeleiding’.

Omdat er naar kostenbeheersing gestreefd wordt, is het de bedoeling dat cliënten elkaar gaan steunen en daardoor minder gebruik maken van professionele hulp²³. In het projectplan is dit voornemen echter weinig uitgewerkt en in de eindrapportage wordt niet beschreven of dit doel al dan niet bereikt is.

Het project is sterk gericht op meer participatie in de samenleving door deelnemers. Hoewel aangenomen wordt dat van meer participatie een stabiliserende werking uitgaat – mogelijk mede door meer sociale contacten - wordt er in de aanpak geen expliciete aandacht besteed aan de ontwikkeling van sociaal kapitaal. Het sociale netwerk als bron van steun zou een positieve rol kunnen spelen in de verandering van de situatie van de cliënt. De sociale omgeving zou echter ook een belemmering voor verandering kunnen vormen, bijvoorbeeld als de familie een doorbreking van de status quo niet ondersteunt (bijvoorbeeld vanwege verlies van zekerheden, zoals de uitkering van een cliënt). De rol van het sociale netwerk bij het ontwikkelingstraject van een cliënt verdient in de toekomst meer aandacht.

De ervaring in het project leert dat de expertise van trajectbegeleiders vooral ligt op het gebied van begeleiding van individuele cliënten. Het blijkt voor hen moeilijk om cliënten ‘naar buiten’ te begeleiden. Dit heeft enerzijds te maken met de beperkte en wisselende belastbaarheid van cliënten, anderzijds blijkt de stap van een beschermde werkplek naar een reguliere werkplek erg groot. Het enclavemodel – cliënten werken met begeleiding van REAKT bij een reguliere werkgever – leidt zelden of nooit tot het aanbieden van een arbeidscontract aan de cliënt. De functie van ‘kwartier maken’ in het bedrijfsleven door medewerkers van REAKT verdient extra aandacht.

6.6.2 Besparingen

Door vergroting van de zelfredzaamheid, meer participatie en stabilisering van het dagelijks leven zou bespaard kunnen worden op zorgkosten en kosten van een uitkering. Het verkrijgen van inzicht in de kosten en de (maatschappelijke) opbrengsten van de aanpak is een expliciet doel van het project. Het eindverslag van REAKT biedt geen inzicht in de kosten en baten van het traject.

Voornemen was dat een verdere besparing van kosten zou kunnen worden gerealiseerd doordat cliënten elkaar meer gaan ondersteunen en daardoor minder behoefte zouden hebben aan

²³ Projectplan REAKT, p.13.



professionele ondersteuning. In het eindverslag van REAKT wordt niet beschreven of dit doel bereikt is.

6.6.3 Bevorderen eigen kracht, vergroting van zelfredzaamheid en participatie

Door de inzet van de assessment bij de begeleiding worden zowel de cliënt als de trajectbegeleider geacht meer uit te gaan van de (ontwikkelings)mogelijkheden van de deelnemer, in plaats van de beperkingen. Uit de pilot blijkt dat de eigen kracht van cliënten in beperkte mate kan worden geactiveerd: deze groep heeft last van forse psychische en /of psychosociale problemen en de te nemen stappen moeten steeds worden aangepast aan het niveau en het tempo van de cliënt.

De ontwikkeling en versterking van het sociale netwerk van de cliënt – een vorm van het gebruik van eigen kracht- is niet prominent in de pilot aanwezig. Standaard wordt wel naar de betrokkenheid van familie gevraagd, soms zijn familieleden aanwezig bij de gesprekken bij REAKT, maar veel cliënten zitten in een sociaal isolement:

“Ik zou best wat meer contact willen hebben, maar ja, ik ben niet iemand die zelf over de drempel heen stapt. En ze komen ook niet naar mij toe.”

Gedurende het traject van een cliënt wordt 5 keer de Zelfredzaamheidsmatrix²⁴ (ZRM) ingevuld. De trajectbegeleiders ervaren de ZRM als een praktisch middel om inzicht te krijgen in wat er speelt op de verschillende leefgebieden, om te weten te komen welke andere hulpverleners/organisaties/behandelaars er betrokken zijn bij een cliënt en als leidraad om te beoordelen of men op de goede weg is. De ZRM maakt ook duidelijk of een terugval bij een cliënt te wijten is aan de fysieke of psychische gezondheid die verslechterd is. Dit kan een enorme impact hebben op het traject en op andere domeinen/leefgebieden.

De meeste cliënten blijken op een aantal leefgebieden van de ZRM te zijn vooruitgegaan, vooral op de domeinen dagbesteding, activiteiten dagelijks leven, maatschappelijke participatie en sociaal netwerk. Er is ook een groep waarbij de verschuiving minimaal is of die op dezelfde treden zijn gebleven.

De participatiedoelstelling van de pilot is ten dele gerealiseerd: deelnemers aan de pilot participeren meer dan voorheen, zij het vooral in de beschermde omgeving van REAKT.

24 De ZRM beoordeelt de mate van zelfredzaamheid van cliënten. De ZRM concretiseert zelfredzaamheid op de volgende leefgebieden: inkomen, dagbesteding, huisvesting, gezinsrelaties, geestelijke gezondheidszorg, fysieke gezondheid, verslaving, vaardigheden bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL), sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. Per leefgebied is aangegeven welke feitelijke omstandigheden bij welk niveau van zelfredzaamheid horen.



6.7 Conclusies en aanbevelingen

6.7.1 Conclusies

De beschikking over een CIZ-indicatie of een andere mogelijkheid tot financiering, de motivatie om aan een intensieve aanpak deel te nemen en de bereidheid om minimaal twee dagdelen maatschappelijk te participeren zijn belangrijke voorwaarden om deel te nemen aan een traject gericht op uitstroom naar (vrijwilligers)werk. Voor het slagen van een persoonlijk traject is belangrijk dat de trajectbegeleider en de cliënt samen de voor hem/haar haalbare doelen formuleren. Door deze doelen en de te nemen stappen zo concreet mogelijk te benoemen – ook de uitstroom naar (vrijwilligers)werk – worden de motivatie en eventuele angsten of belemmeringen van de cliënt zichtbaar en bespreekbaar. Hierdoor kan er in een traject rekening gehouden worden met de mogelijkheden en de beperkingen van een deelnemer en kan een beroep worden gedaan op de motivatie.

Deelname aan het traject gericht op uitstroom naar (vrijwilligers)werk is niet haalbaar gebleken voor mensen die veel hinder hebben van hun ziekte en nog wanen hebben, die moeite hebben om de assessment te doorlopen doordat het hen ontbreekt aan reflectief vermogen of voor mensen die sociaal geïsoleerd zijn en (nog) te veel vasthouden aan hun routines en de veiligheid die ze daarmee zelf gecreëerd hebben.

Trajectbegeleiders zijn geneigd cliënten voor deelname te selecteren die zij al langer kennen. Mogelijk staan juist deze cliënten minder open voor een nieuwe benadering. Door de vernieuwende aspecten van de aanpak (gerichtere activering met zo mogelijk de uitstroom naar (betaald) werk) bij de selectie van de deelnemers niet met hen te bespreken, is de motivatie van de deelnemers moeilijk te beoordelen.

De inzet van de waarde assessment aan de start van het traject wordt positief ervaren door zowel cliënten als trajectbegeleiders. De geïnterviewde deelnemers – de kanttekening dat er slechts 5 deelnemers zijn geïnterviewd is hier op zijn plaats – wisten de positieve resultaten van de assessment echter nauwelijks te benoemen en zij ervaren geen breuk tussen de begeleiding voor en na de afname van de assessment. Naar de beleving van de deelnemers houdt de assessment te weinig rekening met hun psychische beperkingen. De assessment biedt vooral aan de trajectbegeleiders veel aanknopingspunten voor coaching doordat kansen en mogelijkheden zichtbaar worden. Volgens de trajectbegeleiders kunnen de resultaten van de assessment vaste denkpatronen van deelnemers over wie ze zijn en wat ze aankunnen, doorbreken. Na de assessment nemen cliënten vaker deel aan trainingen op het gebied van persoonlijke ontwikkeling en sociale vaardigheden, om meer zelfinzicht te ontwikkelen. De trajectbegeleiders bevelen het gebruik van de assessment bij de begeleiding aan. Zij vinden wel dat de resultaten van de assessment nog beter zouden moeten worden afgestemd op het doel en de behoeften van de cliënt.

De geformuleerde interventietheorie is niet houdbaar gebleken. Mensen met chronische psychische problemen ondervinden ondanks gerichte activering belemmeringen om te participeren in de vorm van (vrijwilligers)werk. Het verloop van het traject wordt steeds beïnvloed door de situatie van de deelnemers, die behalve psychische problemen, ook vaak moeilijkheden



ervaren op andere levensgebieden, bijvoorbeeld op het gebied van de financiën en/of de sociale contacten. Over het algemeen zijn deelnemers meer gaan participeren, zij het niet in de vorm van (vrijwilligers)werk buiten REAKT, maar in de vorm van activiteiten of werk in de beschermde omgeving van REAKT.

Voor de veronderstelling dat meer participatie leidt tot stabilisering en normalisering van het dagelijks leven biedt de pilot tot nu toe onvoldoende aanwijzingen. Participatie leidt wel tot enige structuur in het dagelijks leven van deelnemers (bijvoorbeeld het weer ontwikkelen van een dag- en nachtritme) en tot een verbetering van hun welzijn in termen van “beter in hun vel zitten”, “lekker bezig zijn”, zich nuttig en gewaardeerd voelen, maar het neemt hun psychische en/of psychosociale problemen niet weg. Zij hebben hun psychische klachten vaak al jaren en ervaren in het dagelijks leven pieken en dalen.

De meeste deelnemers lijken door de gerichte activering daadwerkelijk zelfredzamer te worden. Het is niet helemaal duidelijk in welke vorm deze vergrote zelfredzaamheid tot uitdrukking komt. Dit zou kunnen zijn in de vorm van meer competenties, het beter met de psychische beperkingen kunnen omgaan, beter in staat zijn een sociaal netwerk op te bouwen en te onderhouden, meer inzicht in de eigen financiële situatie en/of het beter kunnen regelen en organiseren van het huishouden.

De inpassingstool is getoetst en is een goed instrument gebleken om de uitslag van de assessment te vertalen naar doelen en de inzet van de juiste middelen.

Het werknemerspaspoort is nog niet op effectiviteit getoetst omdat er geen enkele cliënt is uitgestroomd naar een reguliere werkgever.

6.7.2 Aanbevelingen

Aanbevolen wordt om de assessment bij begeleiding van cliënten standaard in te voeren. De resultaten van de assessment zouden echter nog beter moeten worden afgestemd op het doel en de behoeften van de cliënt. Bij het benoemen van de doelen van het trajectplan dient rekening te worden gehouden met de mogelijkheden en de beperkingen van de cliënt. Onderkend moet worden dat uitstroom naar (vrijwilligers)werk op korte termijn voor veel cliënten te ambitieus is. Realistische en duidelijk geformuleerde einddoelen dienen samen met de cliënt geformuleerd te worden, zodat gedurende het traject steeds een beroep gedaan kan worden op motivatie van de cliënt.

Bij REAKT zou men meer aandacht kunnen besteden aan het kwartier maken.

Het verdient aanbeveling om de mogelijkheden te onderzoeken om cliënten die kort in begeleiding zijn bij REAKT doelgerichter te activeren.

Aanbevolen wordt om een methodiek te ontwikkelen en te testen voor cliëntondersteuning door cliënten.



7 ‘GGZ en schulden’, door Stichting Corridor en Zowel!

7.1 Het beleidsprobleem

De meeste GGZ-cliënten hebben schulden (80%). Veel wijkbewoners hebben schulden en ontwikkelen in samenhang daarmee psychosociale problemen. De schuldenproblematiek is zo dominant dat die een groot deel, van de begeleidingstijd van de hulpverleners vergt. Daardoor komen de ambulante begeleiders van Corridor te weinig toe aan de ondersteuning bij andere problemen. Daar komt bij dat de begeleiding bij schuldenproblematiek een lange adem vergt. Het welzijnswerk en het Algemeen Maatschappelijk Werk, kunnen die langdurige ondersteuning niet bieden. Bovendien wordt een deel van de doelgroep, bij uitstek de GGZ-klanten, niet bereikt door wijkvoorzieningen die hen wel, al dan niet tijdelijk, zouden kunnen helpen bij de schuldenproblematiek.

7.2 Het maatschappelijke doel van ‘GGZ en schulden’

Men wil in aansluiting op het geconstateerde beleidsprobleem de schulden van de doelgroep hanteerbaar maken en houden. Andere algemene doelen van de pilot zijn het behoud en vergroten van de zelfredzaamheid en participatie en het versterken van competenties; Meer specifiek zijn de doelstellingen in verband met de werkwijze. Genoemd worden onder meer: het ordenen van schulden, het aflossen van schulden, het vergroten van de inkomsten en verlaging van de kosten, het stimuleren van onderling contact, het voorbereiden op de WSNP²⁵ en het bevorderen van vrijwillige inzet.

Daarnaast is er ook nog sprake van doelstellingen die te maken hebben met “acceptatie van specifieke doelgroepen” (bijv. mensen met psychiatrische problemen die zich afwijkend gedragen) en gebruik van openbare gebouwen door deze doelgroepen. De vraag is echter of deze doelstellingen werkelijk relevant zijn in de theorie: ze staan tamelijk los van de probleembeschrijving en de praktijk van de uitvoering van de pilot.

7.3 De projectorganisatie

De pilot is uitgevoerd door de organisaties Corridor en Zowel!. De laatste organisatie is de opvolger van de stichting Disk, die samen met Corridor het plan voor de pilot heeft ontworpen en de eerste fase van de uitvoering voor haar rekening heeft genomen.

De stichting Corridor verleent ondersteuning aan mensen met psychiatrische of psychosociale problemen, waaronder ambulante begeleiding aan zelfstandig wonende personen. Corridor leverde de projectleider van de pilot en de helft van de uitvoerders van de pilot. De deelnemers zijn deels uit de eigen organisatie of het netwerk van GGZ-instellingen geworven.

²⁵ WSNP staat voor Wet Sanering Natuurlijke Personen.



De andere helft van de uitvoerders van de pilot was afkomstig uit het welzijnswerk; voorheen waren dat medewerkers van Disck, nu van Zowell. Ook zijn via wijknetwerken deelnemers voor de pilot geworven. De pilot is uitgevoerd in locaties van Disck, nu Zowell.

7.4 De doelgroep

De doelgroep bestaat dus uit twee categorieën personen met schulden. Enerzijds richt de pilot zich op personen met psychiatrische problematiek en schulden. Anderzijds gaat het om wijkbewoners met schulden, die (mede) als gevolg daarvan psychische problemen krijgen. Overigens is er in de ogen van de projectleiding een tamelijk sterke relatie tussen het hebben van ernstige of problematische schulden en psychische problematiek. Er wordt verwacht dat een problematische schuldsituatie in het algemeen samengaat met fenomenen als schaamte voor de situatie, stressgevoelens, gezinsconflicten, schuldgevoelens over consumptiepatronen, conflicten in het sociale netwerk over leningen, en dergelijke.

Er zijn enkele uitsluitingsgronden geformuleerd voor deelname aan de pilot. De pilot staat niet open voor deelnemers:

- met een beperkte schuld, zoals enkele maanden betalingsachterstand;
- met juist zeer acute schuldenproblematiek, waardoor bijv. beslaglegging of huisuitzetting dreigt (daarvoor is crisisinterventie nodig);
- die geen inkomen hebben, waardoor afloscapaciteit ontbreekt;
- die problemen hebben om in de groepsbenadering mee te gaan (bijv. wegens angststoornissen of - een voorbeeld uit de praktijk - die zo dominant zijn en zoveel aandacht vergen dat ze het groepsproces verstoren).

7.4.1 Bereik, aantal en achtergrond van de deelnemers

Het was de bedoeling om deelnemers te werven enerzijds via het netwerk van zorginstellingen en Corridor zelf, anderzijds via wijknetwerken van Zowell, voorheen Disck. Men wilde zes groepen van 12 deelnemers starten. Deze groepen zouden worden begeleid door een professional uit de zorg en een professional uit de welzijnssector. Er zouden 11 groepsbijeenkomsten per groep georganiseerd worden, op basis van het draaiboek 'geldproblemen'²⁶. Indien nodig zouden aanvullende individuele gesprekken worden gevoerd. Tenslotte zouden er 'regelgroepen' georganiseerd worden. Dit is nazorg die geboden wordt na de groepsbijeenkomsten. De regelgroepen zijn spreekuren, waar lotgenoten bijeen kunnen komen op het moment dat zij behoeften hebben aan advies of een luisterend oor.

²⁶ Dit draaiboek is gemaakt door een medewerker van de St. Corridor.



In onderstaande tabel staat het aantal aanmeldingen en de deelnemers aan ieder van de 6 groepen²⁷.

Groep	Aantal aanmeldingen	Aantal deelnemers
1	12	7
2	12	8
3	12	9
4	12	8
5	13	8
6	13	9
Totaal	74	49

Een aantal aanmelders is uiteindelijk niet gestart. Sommigen hadden inmiddels andere bezigheden (werk, opleiding), anderen vonden het bij nader inzien 'niet zo nodig' om aan de groep deel te nemen en enkelen vonden dat de tijdstippen onhandig waren. De laatste categorie bestaat vooral uit moeders met schoolgaande kinderen. Het advies van de uitvoerders is om voortaan rekening te houden met de schooltijden.

Het totaal aantal deelnemers (in de derde kolom) betreft alle deelnemers die op enig moment aan een training hebben deelgenomen. Volgens een projectmedewerker bestonden de groepen uit een harde kern van ongeveer 5 trouwe bezoekers, met daar omheen deelnemers die zich onregelmatig lieten zien. Het aantal deelnemers dat een volledige cyclus heeft doorlopen is minder groot dan het aantal starters. Sommige deelnemers klaagden erover dat er nogal wat absentie was tijdens de trainingen. Volgens de begeleiders verschilde dit nogal per groep. Sommige groepen waren redelijk hecht, terwijl andere meer verloop kenden.

Na een wat aarzelend begin zijn de groepen wat betreft de samenstelling geëvolueerd in de bedoelde richting. De groepen zijn meer gemengd geraakt met enerzijds mensen met een gediagnosticeerd psychisch probleem en anderzijds wijkbewoners. Deze laatsten bleken, naast hun financiële problemen, ook vaak psychosociale problemen te hebben. Volgens enkele begeleiders was het onderscheid tussen beide categorieën hooguit gradueel.

Een aandachtspunt is het intakeproces. De ervaring van de uitvoerders is dat daar veel te weinig tijd voor was; sommige deelnemers hebben zelfs geen intakegesprek gehad. Dit heeft met name gevolgen gehad voor de selectie van deelnemers:

- sommige deelnemers bleken al bij de Kredietbank Rotterdam (KBR) een traject te hebben of een bewindvoerder te hebben. Overigens kon de groep dan nog ondersteuning bieden bij financieel-administratieve ordening;

²⁷ Volgens rapportage door St. Corridor.

- er is niet getoetst op de geschiktheid van een groepsbenadering voor individuen: incidenteel bleken groepsleden storend gedrag te vertonen.

De uitvoerders waren verder van mening dat de deelnemers wegens tijdgebrek niet goed zijn voorgelicht over de training. Enkele deelnemers bevestigden dat ze van tevoren niet goed wisten wat de training zou inhouden.

7.5 De interventietheorie

De interventietheorie luidt als volgt: “De deelnemers aan een samengestelde groep van mensen met psychische problemen en wijkbewoners met schulden zijn in staat elkaar te motiveren tot en te ondersteunen bij de vergroting van hun financiële zelfredzaamheid; hierdoor krijgen professionele begeleiders meer tijd om zich op andere problemen van hun cliënten te richten.”

Om het belangrijkste doel van het project – het aanleren van financieel-administratieve vaardigheden en het in balans brengen van inkomsten en uitgaven – door een groepsbenadering te kunnen realiseren, worden verschillende werkzame mechanismen en gedragsveranderingen bij alle betrokken partijen verondersteld.

Zo worden deelnemers geacht minder te steunen op de begeleiding van professionals en beter in staat te zijn om zelf de financiële situatie te beheersen, al dan niet met hulp van anderen.

Financiële zelfredzaamheid wil men bereiken door:

- (onderlinge) kennisoverdracht in de groep. De projectleiding verwacht dat kennisuitwisseling onder lotgenoten effectiever zou kunnen zijn dan in de asymmetrische relatie tussen professional en cliënt: adviezen van lotgenoten worden serieuzer genomen, zij hebben een voorbeeldfunctie;
- groepsdruk, waardoor cliënten meer gemotiveerd raken om de financiële situatie te verbeteren of om de stap naar hulpverlening, of de KBR, te maken;
- het mogelijk ontstaan van structurele relaties waaruit sociale steun verkregen kan worden. De pilot probeert dit te bevorderen door het organiseren van regelgroepen in het kader van de nazorg.

Ook maatschappelijke activering is een doel van het project, al wordt dit doel minder uitgewerkt. Toch zijn er enkele gedachten over hoe deze pilot zou kunnen stimuleren tot meer participatie. Allereerst is deelname aan de groep een vorm van participatie. De deelnemers aan de groep zijn in de visie van de projectleiding eigenlijk vrijwilligers, omdat ze niet alleen komen ‘halen’, maar ook ‘brengen’ (namelijk steun en advies voor andere deelnemers). In feite leveren de bijstandsontvangers onder hen hiermee een maatschappelijke inspanning, zo is de gedachte. De deelnemers aan de divers samengestelde groep, met name personen met een beschadigde identiteit, zoals mensen met een psychiatrische achtergrond, kunnen baat hebben bij de onderlinge acceptatie. Ze kunnen positieve ervaringen opdoen. Andersom werkt het ook: wijkbewoners kunnen hun opvattingen over deze groep bijstellen. Vermindering van financiële zorgen geeft (mentale) ruimte om aan andere zaken te gaan denken, zoals bijvoorbeeld



maatschappelijke participatie. Een aantal deelnemers slecht voor het eerst de drempel van een wijkgebouw.

Er is niet precies gedefinieerd wat men precies voor (veranderde) opstelling van de uitvoerders verwacht. Als inspiratiebron wordt in ieder geval de presentiebenadering genoemd. Dit veronderstelt geen directief optreden, maar een aanwezigheid die inspeelt op de behoeften van de deelnemers en de dynamiek in de groep. Voorts verwacht men kennisuitwisseling tussen de uitvoerders van de groepen die uit heel verschillende sectoren afkomstig zijn, maar ook dit is niet nader geoperationaliseerd.

Van de (ambulante) begeleiders verwacht men vooral het 'loslaten' van hun klanten waar het de thema's (financiële) zelfredzaamheid en participatie betreft. Begeleiders wordt gevraagd om dit over te laten aan de groep en te vertrouwen op de dynamiek daar en de ontwikkeling van de deelnemers. In ruil daarvoor zouden zij meer tijd krijgen om zich op andere problemen van hun cliënten te richten.

7.5.1 Toetsing van de interventietheorie

Bij de deelnemers zou het project leiden tot veranderingen in zelfredzaamheid en participatie. De zelfredzaamheid zou vooral door de groepsbenadering worden gestimuleerd: door onderlinge kennisoverdracht, motivatieversterking door groepsdruk en structurele sociale steun. Bezien we de ervaringen van de deelnemers en uitvoerders, dan komt dit nog niet geheel uit de verf. De deelnemers ervaren wel *emotionele steun* vanuit de groep. Het weten dat je niet de enige bent met dit type problemen en de bemoediging van de anderen, worden als positieve punten van de aanpak ervaren.

Ook de *praktische* adviezen, bijvoorbeeld over het omgaan met instanties, worden als waardevol ervaren. Ook hebben de deelnemers wat opgestoken van de voorlichting van KBR en de Belastingdienst tijdens de training. Toch vinden uitvoerders dat het leerproces niet optimaal was. Zij vinden dat de methode zich meer zou moeten verdiepen in hoe je mensen met een beperkte opleiding, psychische belemmeringen en stress, kunt laten leren.

De veronderstelde *motivatieversterkende* werking van de groepsaanpak wordt noch door de deelnemers, noch door de uitvoerenden, herkend. Van groepsdruk is geen sprake, veel groepsleden ervaren deelname eerder als vrijblijvend.

Tenslotte is de pilot er niet in geslaagd om structurele *sociale steun* te mobiliseren voor deelnemers: noch in het eigen netwerk, noch via de 'nieuwe' contacten in de groep. Het eigen netwerk van de deelnemers is volgens de uitvoerders meestal te zwak. Het structureel maken van de groepsondersteuning is binnen de pilot niet gelukt. Met name de organisatie van de 'nazorg' via regelgroepen is niet geslaagd. Weinig deelnemers hebben gebruik gemaakt van terugkomdagen of inloopspreekuren.

Een ander doel was de maatschappelijke activering van deelnemers naar onbetaalde of betaalde vormen van participatie. Dit is in de training nauwelijks aan de orde geweest – en heeft

uiteindelijk ook niet tot resultaat geleid. Er zijn geén aanwijzingen voor werkzaamheid van de volgende veronderstelde mechanismen:

- acceptatie in een groep lotgenoten motiveert mensen om ook daarbuiten meer contacten aan te gaan;
- structurering op financieel gebied leidt tot minder stress en tot meer motivatie ('ruimte') om maatschappelijk actief te worden;
- deelnemers komen voor het eerst in een buurthuis en slechten daarmee structureel een drempel om van dergelijke publieke ontmoetingsruimten gebruik te maken.

Tenslotte zou de pilot ook tot veranderingen moeten leiden bij de uitvoerders. Allereerst zou het dan gaan om kennisuitwisseling tussen de zorgprofessionals en de welzijnsprofessionals. Van een generiek mechanisme blijkt geen sprake te zijn. Er zijn wel individuele uitvoerders die kennis hebben uitgewisseld, maar van uitwisseling van sectorgebonden kennis (inhoudelijk, methodisch) is geen sprake.

Ook het tweede deel van de interventietheorie - dat (ambulant) begeleiders van mensen met psychische problemen meer kunnen focussen op psychosociale ondersteuning, als de materiële problematiek in de groep wordt ondersteund – kan niet worden bewezen. Het is tot nu toe onduidelijk of deze veronderstelling zo heeft uitgewerkt.

7.6 Resultaten

7.6.1 De ondersteuningsmix

De deelnemers waren gemotiveerd om deel te nemen aan de groepen en zijn te spreken over de groepsaanpak. De belangrijkste opbrengsten zijn de onderlinge emotionele en praktische steun. In dit opzicht waren de deelnemers tevreden. Naast de groepsaanpak bleken sommige cliënten ook nog individuele begeleiding te krijgen bij financiële problemen. Er is geen sprake van structurele substitutie: informele steun heeft de professionele, bezoldigde ondersteuning niet structureel vervangen.

7.6.2 Besparingen

Besparingen zouden door twee mechanismen bereikt kunnen worden. Ten eerste zouden door een groepsbenadering in plaats van individuele begeleiding meer personen tegelijkertijd kunnen worden ondersteund. Ten tweede verwachtte men door de groepsbenadering meer leereffecten te sorteren en sociale steun te kunnen organiseren, waardoor deelnemers ook in de verdere toekomst minder behoefte zouden hebben aan professionele begeleiding.

Of de groepsaanpak werkelijk kosten bespaart, kan moeilijk worden bepaald. Dit heeft onder andere te maken met het ontbreken van zicht op structurele resultaten van de pilot, m.a.w. onduidelijk is wat de effectiviteit is van de aanpak. Een aantal deelnemers blijkt naast de groepsaanpak ook individuele begeleiding te krijgen bij financiële problemen.

Verder is er geen sprake van structurele substitutie: informele steun heeft de professionele, bezoldigde ondersteuning niet structureel vervangen. Tenslotte is ook niet waargenomen dat de



begeleiders nu beter op hun kerntaken kunnen focussen – waardoor daar mogelijk hogere kosteneffectiviteit wordt bereikt.

7.6.3 Bevorderen van eigen kracht, vergroting van zelfredzaamheid en participatie

De deelnemers geven aan meer inzicht in hun financiële situatie te hebben gekregen en wat beter met instanties te kunnen omgaan. Er zijn géén aanwijzingen gevonden voor structurele versterking van de zelfredzaamheid (verbetering van competenties, verwerving van sociale steun) en meer maatschappelijke participatie.

De tevredenheid over de wijze waarop de groepsaankpak is uitgevoerd was wisselend. Er is kritiek van deelnemers op de groepssamenstelling, de begeleiding van het groepsproces, de competenties van de begeleiders wat betreft hun inhoudelijke kennis (bijv. van de werkwijze van KBR) en op de duur van de training en de 'nazorg'. De trainingsduur is door diverse betrokkenen als te kort ervaren. De begeleiders merkten dat er pas na 5 of 6 bijeenkomsten een autonome groepsdynamiek ontstond en dat de deelnemers zich niet meer exclusief op de begeleiders richtten. De training is mogelijk te kort om al leereffecten te bereiken.

7.7 Conclusies en aanbevelingen

De hoofdconclusie is dat de pilot enkele aanwijzingen heeft opgeleverd dat een groepsbenadering bij de aanpak van financieel-administratieve problemen bij bewoners met psychische of psychosociale problematiek kan helpen, maar door een onvolkomen uitvoering dit nog onvoldoende kan worden onderbouwd.

Het lotgenotencontact wordt als een belangrijke meerwaarde ervaren door deelnemers en begeleiders. Maar om structurele effecten ten aanzien van de zelfredzaamheid en stabilisatie van de financiële problematiek te kunnen bereiken, is meer nodig. De aanbevelingen richten zich daarom op de belangrijkste condities voor de implementatie van een groepsbenadering:

- besteed meer aandacht aan het intakeproces teneinde de kandidaten te screenen op geschiktheid voor de groepsbenadering, beter voor te lichten en individuele analyses te maken van de specifieke kenmerken van hun situatie en mogelijke persoonlijke doelen;
- verleng de duur van het traject. Enerzijds de trainingsduur zelf om de groepsdynamiek meer ruimte te geven. Anderzijds als structurering van de 'nazorg' bijvoorbeeld in de vorm van niet vrijblijvende 'herhaaltrainingen';
- focus op het doel financiële stabilisatie en schuldhulp: maatschappelijke participatie is nauwelijks een item geworden;
- investeer meer in de competenties van begeleiders: inhoudelijke kennis over geld en omgaan met schulden, alsmede vaardigheid in groepsbegeleiding;
- denk na over de ontwikkeling of implementatie van een leermethode voor deelnemers met vaak weinig opleiding, psychische problematiek en stress;
- haal de banden aan met KBR om te bezien of zij vanuit hun expertise nog beter kunnen bijdragen aan de training én zodat er toeleiding naar saneringstrajecten plaatsvindt.



Pilots voor de doelgroep 'kwetsbare Rotterdammers'



8 'Participeren met NAH'²⁸: Neem de brug van zorg naar welzijn', Stichting Zorgbeheer De Zellingen, MEE Rotterdam Rijnmond en Regio Rotterdam Afasie Stichting

8.1 Het beleidsprobleem

Er is weinig bekend over NAH, mede vanwege de diversiteit van de aandoeningen en beperkingen. Mensen met NAH ervaren hierdoor veel problemen in de sociale omgang. Maar het gebrek aan kennis over NAH, onder andere bij de indicatiestelling, vertaalt zich ook in een niet optimale hulp- en dienstverlening. De periode van de medische behandeling wordt steeds korter. In de fase daarna is de (beperkt) beschikbare begeleiding vaak meer gericht op het volledig overnemen van taken van de cliënt in plaats van op het zelfredzaam maken. Ook in het welzijns- en vrijwilligerswerk wordt weinig rekening gehouden met de vaardigheden en kwaliteiten van mensen met een beperking, waardoor zij nauwelijks deelnemen aan activiteiten of vrijwilligerswerk doen. Voor mensen met NAH is er geen soepele overgang van de behandel fase (met indicatie) naar de situatie waarin de cliënt zich in de eigen omgeving moet zien te redden (vaak zonder indicatie). Het bestaande systeem doet mensen tekort door hen benodigde zorg of begeleiding te onthouden of maakt hen juist afhankelijk door hen te lang volledig te ondersteunen, ook bij taken die zij zelf zouden kunnen (leren) uitvoeren. De hulp- en dienstverlening aan mensen met NAH moet en kan beter georganiseerd worden. Uitgangspunt daarbij is dat langdurige professionele begeleiding niet langer betaalbaar is.

8.2 Het maatschappelijke doel van 'De brug van zorg naar welzijn'

Het bevorderen van de maatschappelijke participatie en het 'in hun kracht zetten' van mensen met NAH door professionele hulp te combineren met informele hulp van ervaringsdeskundigen (lotgenoten) en vrijwilligers en door het inzetten van het sociale netwerk. Het streven is de professionele begeleiding tot een noodzakelijk minimum te beperken. In dit project leren mensen met NAH zo zelfstandig mogelijk te functioneren en wordt samen met hen gezocht naar een zinvolle dagbesteding, het liefst in hun eigen buurt of wijk.

Het streven is om met 8 tot 14 zelfstandig wonende NAH-getroffenen het traject 'de brug van zorg naar welzijn' te doorlopen. Aan het eind van het traject is bij 70% van deze 8 tot 14 mensen de professionele begeleiding verminderd of gestopt, 20% van de 8 tot 14 deelnemers is in staat tot vrijwilligerswerk. Het traject bestaat uit 3 fasen: de startfase, de groeifase en de vangnetfase. Onderdelen van de aanpak zijn het ontwikkelen van een instrument voor risicosignalering voor medewerkers van het Wmo-loket en (welzijns)organisaties, het organiseren van een vangnet om terugval te voorkomen en het aangaan van samenwerking in Rotterdamse buurten en wijken.

²⁸ NAH staat voor 'niet aangeboren hersenletsel'.



8.3 De projectorganisatie

De 'Brug van zorg naar welzijn' is een project van de Stichting Zorgbeheer De Zellingen in samenwerking met MEE Rotterdam Rijnmond en Regio Rotterdam Afasie Stichting (RRAS).

Vanuit De Zellingen zijn betrokken het Afasiecentrum (AC), het Praatatelier en het team Thuisbegeleiding. De manager van het AC treedt op als projectleider.

Het AC heeft een regionale functie van expertise, behandeling en herstelgerichte zorg bij niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Het Praatatelier is onderdeel van het aanbod van het AC.

Het Praatatelier biedt niet geïndiceerde activiteiten aan mensen met NAH, hun cliëntsysteem, vrijwilligers en Ervaringsdeskundigen uit Rotterdam en Capelle aan den IJssel. Ook leden van de patiëntenvereniging kunnen deelnemen.

Behalve professionals zijn er ook (ervaringsdeskundige) vrijwilligers betrokken bij het project.

8.4 De doelgroep

Het project heeft verschillende doelgroepen:

- Zelfstandig wonende Rotterdammers met beperkingen door NAH met of zonder indicatie voor professionele zorg en/of begeleiding;
- Naasten van NAH-getroffenen. Dit kunnen bijvoorbeeld gezinsleden, familieleden, vrienden of (overbelaste) mantelzorgers zijn;
- Vrijwilligers die informele zorg of ondersteuning leveren. Onder hen zijn er ook ervaringsdeskundigen;
- Medewerkers van wijk- en buurtcentra, Wmo-loketten en verwijzende instanties zoals bijvoorbeeld MEE.

8.5 De resultaten

Het streven was dat 8 tot 14 zelfstandig wonende mensen met NAH 'de brug van zorg naar welzijn' zouden overgaan, van de startfase, naar de groeifase tot en met de vangnetfase.

De startfase bestaat uit de intake, hulpvraagverduidelijking en het opstellen van een trajectplan.

In deze fase worden de NAH-specifieke risico's voor afhankelijkheid van professionele begeleiding van de cliënt en zijn naasten in kaart gebracht. Dit gebeurt met behulp van het ontwikkelde risicosignaleringssysteem dat de vorm heeft van een formulier voor kennismaking. Dit formulier brengt de situatie op 4 levensdomeinen in kaart (mentaal welbevinden, woon- en leefsituatie, participatie en lichamelijk welbevinden). Door inzet van dit op betrouwbaarheid geteste instrument wordt een trajectkeuze gemakkelijker. In de toekomst zou het gebruikt kunnen worden door medewerkers van het Wmo-loket of het wijkteam.

Daarnaast wordt tijdens de startfase een intensieve training doorlopen om gewenste strategieën aan te leren;



De groeifase zet in op het bevorderen van de eigen kracht en het zelfvertrouwen in een beschermde omgeving. NAH-getroffenen leren in coherente groepen²⁹ van ervaren lotgenoten en vrijwilligers, in het dagelijks leven om te gaan met de gevolgen van hun hersenletsel. De lotgenoten en vrijwilligers worden professioneel begeleid.

Tijdens de vangnetfase wordt gezocht naar een zinvolle dagbesteding, zo mogelijk in de eigen omgeving, en aan het opbouwen van een sociaal steunnetwerk.

Tijdens de pilot is bij 81 Rotterdammers met NAH een trajectkeuze gemaakt. Aan het eind van de pilot zijn de resultaten als volgt:

1. 14 deelnemers zijn kort geleden aangemeld en/of doorlopen nog een behandeltraject. Op het moment van rapportage is nog niet duidelijk in welke groep ze uiteindelijk terecht zullen komen (de startfase);
2. 5 deelnemers zetten zich in als vrijwilliger of ervaringsdeskundige en hebben zelf geen AWBZ-zorg meer. Zij maken wel gebruik van de (preventieve) activiteiten van het Praatatelier (vangnetfase);
3. 11 deelnemers zetten zich in als vrijwilliger of ervaringsdeskundige, maar maken nog wel gebruik van AWBZ-zorg, zij het minder dan voorheen (gemengd groeifase en vangnetfase);
4. 6 deelnemers zijn uit (AWBZ-)zorg, en maken gebruik van de (preventieve) activiteiten van het Praatatelier (vangnetfase);
5. 4 deelnemers wonen begeleid (= AWBZ-zorg) en maken gebruik van activiteiten van het Praatatelier (vangnetfase);
6. 30 deelnemers hebben blijvend begeleiding nodig, in groepsverband of individueel, conform AWBZ-regeling;
7. 5 mensen die instroomden in de pilot zijn op eigen verzoek gestopt. Zij hadden geen behoefte aan een vangnet. Twee van hen gebruiken geen AWBZ-zorg meer, drie van hen krijgen zorg van een andere organisatie.
8. 6 mensen die instroomden in de pilot konden het traject niet afmaken door overlijden, recidief, andere ziekte of door verhuizing.

Bij 16 deelnemers aan de pilot, die 'eindigden' in de bovenstaande groepen 2, 3 en 4 is sprake van een aanzienlijke vermindering of stopzetting van professionele begeleiding³⁰.

Voor 7 mensen uit de groepen 2, 3 en 4 kon structurele vermindering van professionele zorg (nog) niet worden aangetoond omdat zij gebruik maken van andere AWBZ-zorg dan voorheen, of omdat de vermindering van de zorg niet toe te schrijven is aan het project.

Het maatschappelijke doel van de pilot - het bevorderen van de maatschappelijke participatie en de eigen kracht van ten minste 8 tot 14 deelnemers met NAH, waardoor professionele hulp beperkt kan worden - is behaald. Bij 16 deelnemers (van de 22 deelnemers die (bijna) het hele

²⁹ De groepssamenstelling wordt bepaald door de hulpvraag van de cliënt, zijn/haar communicatieve mogelijkheden, de sociale achtergronden en de leerdoelen. Verder is het belangrijk dat de groepsleden "een klik" met elkaar hebben: zij hebben dezelfde interesse, normen, waarden en motivatie. Het werken in coherente groepen vereist een zekere grootte in het cliëntenbestand.

³⁰ 'Verantwoording Stimuleringsregeling innovatie begeleiding Rotterdam 2013', Afasiecentrum Rotterdam.



traject doorlopen hebben) kon structurele vermindering of stopzetting van professionele zorg aangetoond worden. Eveneens 16 (van de 22) deelnemers doen vrijwilligerswerk of hebben dit gedaan. Het maatschappelijke doel van de pilot is dus ruimschoots behaald.

8.6 De interventietheorie

De interventietheorie luidt als volgt:

“Wanneer in de zorg voor mensen met NAH professionele hulp wordt gecombineerd met informele hulp van ervaringsdeskundigen, vrijwilligers en het sociale netwerk, kan de professionele begeleiding (tot een noodzakelijk minimum) beperkt worden. Een zinvolle dagbesteding in de eigen omgeving en de beschikbaarheid van een preventief activiteitenaanbod om terugval te voorkomen, helpt NAH-getroffenen om hun zelfredzaamheid te herwinnen en weer de regie over hun eigen leven te krijgen.”

8.6.1 Conclusie met betrekking tot de interventietheorie

De eerste aanname van de interventietheorie is dat professionele zorg beperkt kan worden door de inzet van informele hulp van ervaringsdeskundigen, vrijwilligers en het sociale netwerk. Op basis van de ervaringen in de pilot kan deze aanname worden bevestigd. Vanaf de intake worden cliënten bewust gemaakt van het belang van zelfredzaamheid en eigen regie. Professionele zorg en begeleiding worden in deze fase gericht aangeboden, zodat er van gewenning geen sprake kan zijn. Door herstelgerichte begeleiding in coherente groepen leren mensen van anderen die in eenzelfde situatie verkeren. Cliënten ervaren onder begeleiding van geschoolde vrijwilligers en ervaringsdeskundigen hoe het geleerde toe te passen. De professional houdt de supervisie, maar kan meerdere groepen begeleiden.

In de groeifase verschuift langzamerhand het accent van professionele hulp naar informele ondersteuning. Door vrijwilligerswerk dragen NAH-getroffenen zelf over aan anderen wat zij geleerd hebben. Hiermee boeken betrokkenen snelle vooruitgang in meerdere opzichten: zij brengen hun vaardigheden op een positieve manier in de praktijk. Zij helpen hiermee een ander, maar ook zichzelf. Dit motiveert hen, bevordert het zelfvertrouwen, draagt bij aan een positief zelfbeeld en maakt de overgang naar een leven met minder begeleiding vloeiender.

De tweede veronderstelling van de interventietheorie – dat de behoefte aan chronische dagbesteding en begeleiding minder wordt als mensen in hun eigen sociale omgeving zelfredzaam zijn en een voor hen zinvolle dagbesteding hebben - kan (nog) niet volledig worden onderschreven. In de pilot is aanzienlijk geïnvesteerd in de samenwerking met woonservicegebieden, wijk- en buurtcentra, patiëntenverenigingen en zorgorganisaties. Er is eveneens een basis gelegd voor een sociale kaart voor NAH-vriendelijke woonservicegebieden. Dit heeft tot nu toe nog niet geleid tot aanzienlijk meer participatie van NAH-getroffenen, bijvoorbeeld in de vorm van vrijwilligerswerk, in de eigen omgeving. NAH-getroffenen blijven voor activiteiten en vrijwilligerswerk toch vooral aangewezen op het AC. Het deelnemen aan activiteiten van het Praatatelier, waar mensen met NAH zich begrepen en



welkom voelen, helpt hen om de begeleiding eerder los te laten en om terugval te voorkomen. De in het Praatatelier aanwezige professionals en vrijwilligers zijn in staat signalen die wijzen op een terugval waar te nemen.

8.7 De resultaten

8.7.1 De ondersteuningsmix

De inzet van professionals, vrijwilligers en mantelzorgers is per cliënt verschillend, afhankelijk van de ernst van het hersenletsel (blijvend letsel na behandeling), de leerbaarheid van de cliënt, de mate van zelfredzaamheid, het sociale netwerk en het risico op blijvende afhankelijkheid van professionele zorg. Bovendien verschilt de inzet van professionals en vrijwilligers ook per projectfase waarin de cliënt verkeert: de startfase, de groeifase of de vangnetfase. Echter, gedurende het gehele traject worden cliënten gestimuleerd tot het nemen van de regie en het vergroten van de zelfredzaamheid.

Bij het doorlopen van het traject wordt professionele inzet geleidelijk aan vervangen door informele hulp van ervaringsdeskundigen, vrijwilligers en/of het sociale netwerk. Deze vrijwilligers worden wel professioneel ondersteund.

8.7.2 Besparingen

De 'brug van zorg naar welzijn' voorkomt afhankelijkheid van zorg, adaptief gedrag en passiviteit van de cliënt, door de inzet van hulp en begeleiding waar en wanneer het echt nodig is, terwijl de traditionele hulp meestal gericht is op het volledig overnemen van taken.

Daarnaast maakt men bij de begeleiding van cliënten in het AC bewust gebruik van ervaringsdeskundige vrijwilligers om cliënten te laten zien wat zij op termijn mogelijk zelf nog kunnen. De vrijwilligers worden bij hun werk ondersteund door professionals. Doordat de getroffen individu met een ervaringsdeskundige vrijwilliger oefent, blijven de kosten hiervoor beperkt. Anderzijds kan de fase van begeleiding van een cliënt sneller worden afgebouwd, doordat de getroffen kan gaan functioneren als ervaringsdeskundige vrijwilliger. Door het doen van vrijwilligerswerk helpt de betrokkene niet alleen een ander, maar boekt zelf ook veel vooruitgang.

Het hebben van een zinvolle dagbesteding is een belangrijke vorm van terugvalpreventie.

Een preventief aanbod om terugval te voorkomen, zoals dat van het Praatatelier, helpt cliënten om de professionele begeleiding (eerder) los te laten.

De 'brug van zorg naar welzijn' bespaart AWBZ-kosten door vermindering of stopzetting van de professionele begeleiding bij een aantal cliënten (zie groepen 2, 3 en 4 uit paragraaf 8.5).

Met de bespaarde middelen kunnen de preventieve activiteiten van het Praatatelier (de vangnetfunctie) gefinancierd worden, waarvan veel cliënten en hun naasten gebruik kunnen maken³¹.

8.7.3 Bevorderen eigen kracht, vergroting van zelfredzaamheid en participatie

De 'Brug van zorg naar welzijn' draagt op verschillende manieren bij aan de vergroting van eigen kracht en het bevorderen van participatie van NAH-getroffenen en hun naasten. De aanpak streeft niet alleen een gedragsverandering bij NAH-getroffenen na, maar ook bij de mensen uit hun sociale netwerk. Door gerichte ondersteuning van de NAH-getroffenen in de thuissituatie, deelname aan therapie in coherente groepen en door te werken als ervaringsdeskundige vrijwilliger raken cliënten gemotiveerd de professionele zorg op indicatie en de mantelzorg (eerder) los te laten en de regie te nemen over de eigen situatie. Aan naasten van NAH-getroffenen wordt geleerd hen niet alles uit handen te nemen, waardoor zij zelfredzamer worden. Door meer zelfredzaamheid van de NAH-getroffenen raken de naasten minder snel overbelast. Dit bevordert het functioneren van het hele gezin;

Door vrijwilligerswerk dragen NAH-getroffenen over aan anderen wat zij zelf geleerd hebben. Hiermee boeken zij snelle vooruitgang in meerdere opzichten: zij brengen hun vaardigheden op een positieve manier in de praktijk. Zij helpen hiermee een ander, maar ook zichzelf. Dit motiveert hen, bevordert het zelfvertrouwen, draagt bij aan een positief zelfbeeld en maakt de overgang naar een leven met minder begeleiding vloeiender.

8.8 Conclusies en aanbevelingen

Deelname aan 'De brug van zorg naar welzijn' vergroot de zelfredzaamheid en participatie van NAH-getroffenen en hun naasten. Door in de loop van het traject professionele zorg te combineren met informele hulp van ervaringsdeskundigen, vrijwilligers en mantelzorgers, kan de professionele inzet beperkt worden. Door te zoeken naar een zinvolle dagbesteding en het organiseren van een activiteitenaanbod in een omgeving waar NAH-getroffenen zich welkom voelen, kan terugval voorkomen worden. Met deze aanpak kunnen zorgkosten bespaard worden. Het resultaat van het traject – het niveau van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt – is echter afhankelijk van de ernst van het hersenletsel (blijvend letsel na behandeling), medische complicaties, de leerbaarheid van de cliënt, de belastbaarheid van het sociale netwerk en de beschikbaarheid van voorzieningen in de wijk.

Resocialisatie in de eigen sociale omgeving in de vorm van vrijwilligerswerk is voor veel cliënten nog niet aan de orde: vrijwilligerswerk door mensen met een beperking is nog niet vanzelfsprekend. Hiervoor blijven de meeste NAH-getroffenen vooralsnog afhankelijk van de activiteiten van het Praatatelier.

³¹ 'Afasiecentrum Rotterdam Verantwoording stimuleringsregeling innovatie begeleiding 2013'.



Aanbevolen wordt om:

Voorlichting te geven over het gebruik van het risicosignaleringsinstrument aan de medewerkers van de Wmo-loketten en aan de wijkteams;

Te onderzoeken of de combinatie van ervaringsgericht leren met een groepsgewijze aanpak en informele hulp door ervaren, professioneel ondersteunde lotgenoten en vrijwilligers ook toegepast kan worden bij andere doelgroepen, bijvoorbeeld mensen met psychische problemen;

Te investeren in de functie van 'kwartiermaker' om de kansen op resocialisatie van NAH-getroffenen in hun eigen (werk) omgeving te vergroten en om vrijwilligerswerk door mensen met een beperking in de eigen buurt of wijk mogelijk te maken.

9 Gebiedsgericht Organiseren Pernis 2013, Stichting Welzijn Pernis, Buurtprojecten en Stichting de Sonneburgh/Havenlicht

9.1 Het beleidsprobleem

Met ingang van 2015 wordt de extramurale begeleiding uit de AWBZ gedecentraliseerd van het Rijk naar de gemeenten. Tegelijkertijd moet er een bezuiniging gerealiseerd worden. Nieuw beleid betekent dat de huidige gebruikers in de toekomst mogelijk niet langer in aanmerking komen voor begeleiding.

In Pernis is men in 2013 gestart met een pilot om hulp- en dienstverlening gebiedsgericht te organiseren. Deze pilot richt zich op een brede groep (potentiële) WMO-cliënten: men wil samen met hen verkennen wat bereikt kan worden door inzet van eigen kracht en welke mogelijkheden tot ondersteuning er zijn door inschakeling van de informele netwerken in Pernis.

9.2 Het maatschappelijke doel van ‘Gebiedsgericht organiseren in Pernis 2013’

Het doel van de pilot ‘gebiedsgericht organiseren in Pernis’ is in de eerste plaats de organisatie van een coherent aanbod van hulp- en dienstverlening, waarmee de burger eenvoudiger een oplossing kan vinden voor zijn/haar probleem. Dit wil men bereiken door de samenwerking in Pernis verder te intensiveren en de lijnen tussen organisaties korter te maken. Verder komen in dit project verschillende specialismen samen in de functie van buurtmakelaar. Professionele ondersteuning is toegankelijk door tussenkomst van de buurtmakelaar. Cliënten krijgen hierdoor maar één persoon over de vloer. Op deze manier hoopt men tot een efficiëntere zorg- en welzijnsvoorziening te komen.

Het tweede doel is de beperking van de inzet van professionele zorg en begeleiding door burgers zoveel mogelijk ‘in hun eigen kracht te zetten’. Alleen wanneer de eigen kracht ontoereikend is, kunnen zij een beroep doen op professionele ondersteuning.

Het is de bedoeling dat burgers meer zelf gaan nadenken over de oplossing van hun problemen en ook zoveel mogelijk zelf proberen te doen. Dit wordt ook bereikt door het maximaal betrekken van de omgeving van de cliënt, inclusief het wijknetwerk, bij de probleemoplossing.

Buurtmakelaars hebben de taak om de maatschappelijke verbanden en de vrijwilligersgroepen in Pernis te ondersteunen en te versterken.

9.3 De projectorganisatie

Het project is een samenwerking van de stichting Welzijn Pernis (opbouwwerk), Buurtprojecten (Vraagwijzer Pernis, ouderenwerk en mantelzorgondersteuning) en stichting de Sonneburgh (verzorgingshuis het Havenlicht).

Daarnaast wordt samengewerkt met het Wijknetwerk Pernis, waarin alle professionele organisaties van Pernis vertegenwoordigd zijn: het Lokale Zorgnetwerk (LZN), Havenlicht, de sociaal raadvrouw, Stichting MEE, Thuiszorg Rotterdam en Careyn. Deze partijen hebben met elkaar een samenwerkingsovereenkomst gesloten. Zij overleggen elke twee weken en bespreken dan ook casussen met elkaar. Verder wordt ook nauw samengewerkt met de Voedselbank (een vrijwilligersorganisatie).



Het team 'buurtmakelaar Pernis' wordt gevormd door medewerkers van Buurtprojecten en de Stichting Welzijn Pernis. De leidinggevende van Buurtprojecten stuurt namens alle deelnemende instellingen het team aan.

Er zijn drie buurtmakelaars. Dit is een nieuwe functie ontstaan uit de functies vraagwijzerconsulent, ouderenadviseur, mantelzorgondersteuner en opbouwwerker. De buurtmakelaars nemen sinds begin 2013 ook het maatschappelijk werk voor hun rekening. Algemeen maatschappelijk werk werd in Pernis gedaan met een apart spreekuur door het Centrum voor Dienstverlening, maar dit is gestopt. Met deelgemeente Pernis werd afgesproken dat de ene helft van het jaar Buurtprojecten het algemeen maatschappelijk werk voor haar rekening neemt en de andere helft van het jaar Stichting Welzijn Pernis. Beide organisaties hebben buurtmakelaars die het maatschappelijk werk in de praktijk uitvoeren.

9.4 De doelgroep

De pilot richt zich op burgers met (potentiële) WMO-hulpvragen, te weten kwetsbare ouderen, mensen met een beperking en/of een chronische ziekte en op jongeren die dreigen uit te vallen bij school of werk.

Meer specifiek richt de pilot zich op burgers met een bestaande AWBZ-indicatie voor extramurale begeleiding en burgers met een beperking die (nog) geen AWBZ-indicatie hebben.

De deelnemende partijen zien ook 'nieuwe groepen' die hulp nodig hebben als potentiële deelnemers aan de pilot, namelijk burgers die hard door de economische crisis zijn getroffen en in de financiële problemen terecht zijn gekomen (bijvoorbeeld door een restschuld op hun hypotheek of zzp-ers).

9.5 De interventietheorie

Door introductie van de functie 'buurtmakelaar' ontstaat meer samenhang in het hulpaanbod en worden de lijnen tussen hulp- en dienstverlenende organisaties in Pernis korter.

De inzet van professionele hulp vermindert, doordat professionele hulp toegankelijk wordt door bemiddeling van de buurtmakelaar en doordat de buurtmakelaars cliënten stimuleren meer gebruik te maken van eigen kracht of van de ondersteuning van vrijwilligers en/of mantelzorgers. Dit laatste moeten de buurtmakelaars leren: over het algemeen zijn zij gewend de problemen voor hun cliënten op te lossen.

9.6 De resultaten

9.6.1 Aantal bereikte burgers via de buurtmakelaar

De buurtmakelaars wilden 550 inwoners bereiken (450 zorgvragers en 100 mantelzorgers), waarvan 90 door een outreachende werkwijze.

Uiteindelijk zijn er in 2013 634 contacten geweest met de buurtmakelaars, er zijn 90 huisbezoeken afgelegd en 30 personen hadden persoonsgerichte begeleiding. Deze persoonsgerichte begeleiding was gericht op diverse problematiek (overbelaste mantelzorg, verstoorde relaties binnen gezinssituaties als gevolg van financiële problemen dan wel verslaving dan wel rouwverwerking, problematiek door moeite met dag- en nachtstructuur).



De persoonsgerichte begeleiding werd deels door de buurtmakelaars uitgevoerd, maar er zijn ook vrijwilligers ingezet.

Bij ongeveer 200 van de 634 bereikte burgers is begeleiding verleend bij het versterken van eigen kracht of door inzet van vrijwilligers, mantelzorgers of professionals.

9.6.2 Aantal bereikte burgers met een bestaande of potentiële AWBZ-indicatie

Daarnaast was het doel om 35 cliënten te bereiken die gebruik maken van extramurale AWBZ-begeleiding of daar in 2013 gebruik van willen gaan maken (25 met indicatie en 10 zonder indicatie).

De 25 cliënten met een bestaande AWBZ-indicatie heeft men proberen te achterhalen via netwerkinformatie, via de wachtlijst van Havenlicht en via het CIZ. Uiteindelijk heeft men deze 25 cliënten niet kunnen bereiken. Hiervoor zijn verschillende redenen aangegeven: als eerste geeft het CIZ niet zomaar persoonlijke gegevens door van burgers met een indicatie. Een andere reden is dat de thuiszorg in Rotterdam de begeleiding van de betreffende cliënten blijft doen. De intentie bestaat om deze cliënten alsnog te bereiken. Men hoopt dit te kunnen realiseren via de wijkteams die op dit moment in oprichting zijn.

Het voornemen was om 10 Pernissers in de pilot te betrekken met een hulpvraag op het gebied van begeleiding, die nog geen AWBZ-indicatie hadden. Uiteindelijk heeft men, via de Vraagwijzer, 7 burgers met een dergelijke hulpvraag gevonden. Het betrof overbelaste mantelzorgers, burgers met psychische problemen, stress, eenzaamheid en problematiek als gevolg van het overlijden van de partner. Voor deze zeven cliënten is een individueel plan op schrift gesteld. Voor ondersteuning van deze cliënten is ingezet op een combinatie van gesprekken, training gericht op ontwikkeling van eigen kracht en de inzet van vrijwilligers (voor persoonlijke ondersteuning, een luisterend oor/een maatje).

9.6.3 Aantal geworven vrijwilligers

Een laatste doelstelling was om vrijwilligers te werven en de maatschappelijke verbanden en vrijwilligersgroepen in Pernis te versterken. Naar schatting zijn ongeveer 50 vrijwilligers nodig voor alle categorieën hulp, variërend van persoonlijke ondersteuning tot klusjes, boodschappen doen, et cetera.

Men heeft verschillende methoden toegepast om vrijwilligers te werven; gedurende het jaar zijn de contacten met de vrijwilligers van de Voedselbank geïntensiveerd en zijn er diverse bijeenkomsten georganiseerd met de bestaande vrijwilligersorganisaties in de wijk om te polsen of een meer persoonlijke inzet (één op één) onder deze vrijwilligers tot de mogelijkheden behoorde. Ook zijn er oproepen gedaan via de wijkkrant, mond-tot-mond-reclame en via 'Pernis online'. De meeste vrijwilligers gaven aan een meer persoonlijke inzet als vrijwilliger (één op één) niet te ambiëren, naast hun gebruikelijke inzet voor de speeltuinvereniging, voetbalclub en/of buurtverenigingen. Vrijwilligers verbonden aan kerken zijn wel bereid gevonden om op incidentele basis individueel in te springen.

Op het moment van rapportage zijn er uiteindelijk 6 vrijwilligers gevonden die cliënten passend bij hun vraag kunnen begeleiden. De vrijwilligers die aan een cliënt zijn gekoppeld, worden bij het bieden van hun hulp begeleid door de buurtmakelaars. Via persoonlijke benadering, de Zuiderling (een nieuwe ruilmunt op Rotterdam Zuid), bestaande contacten en mond-tot-mondreclame en door het werven van mensen met een uitkering via de gemeente hoopt men het potentieel aan vrijwilligers verder uit te breiden.



9.6.4 Het realiseren van een coherent aanbod van hulp- en dienstverlening

De aanname was dat door het creëren van de functie 'buurtmakelaar' – een nieuwe functie waarin verschillende disciplines samenkomen – er een coherent aanbod van hulp- en dienstverlening zou ontstaan.

De functie 'buurtmakelaar' is geïmplementeerd en de buurtmakelaars worden aangestuurd door één organisatie, Buurtprojecten. Daarnaast blijkt de intensivering van de samenwerking uit het feit dat er een stuurgroep en een werkgroep zijn gevormd voor de organisatie van het gebiedsgericht werken in Pernis. Wekelijks is er een teamoverleg waarbij de diverse samenwerkingspartners aanschuiven.

Er wordt veel samengewerkt in Pernis. Het is echter niet duidelijk wat de specifieke bijdrage van de functie buurtmakelaar hierin is.

9.6.5 Vermindering van inzet van professionele zorg en begeleiding

Het tweede doel van het gebiedsgericht organiseren in Pernis was om de inzet van professionele zorg en begeleiding te beperken.

De buurtmakelaars hebben veel burgers bereikt. De buurtmakelaars geven aan dat er door hun inzet veel latente en/of verborgen problematiek die in Pernis leeft naar boven komt. Zij zien bij de cliënten die zij nu bereiken iets minder ernstige problemen dan in de periode voor de pilot. De aard en de mate van de verminderde problematiek kan moeilijk worden geduid. De buurtmakelaars schrijven het effect toe aan vroegsignalering: met hun inzet zouden ergere problemen worden voorkomen. Het gaat hierbij om de brede groep burgers met WMO-hulpvragen en niet specifiek om burgers met een (potentiële) AWBZ-indicatie voor begeleiding.

De inzet van professionele zorg wordt verder beperkt door hulpverlening meer te richten op het in eigen kracht zetten van burgers of op het betrekken van de sociale omgeving bij het oplossen van problemen. De buurtmakelaar moet hiervoor een andere beroepshouding aannemen: meer verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen leggen bij de cliënt en zijn omgeving en bij vrijwilligers. Om de cliënt 'in de eigen kracht te zetten' maakt de buurtmakelaar gebruik van de methode ZOEKEN³², dat staat voor Zicht Op Eigen Kracht En Netwerk. Via een gestructureerde analyse van vijf levensdomeinen van de cliënt wordt de problematiek in kaart gebracht en worden mogelijkheden voor het benutten van eigen kracht en de inzet van het netwerk/vrijwilligers geïnventariseerd. Professionele zorg wordt pas ingezet als eigen kracht en inzet van vrijwilligers ontoereikend is. Het aantal beschikbare vrijwilligers is echter klein: van de benodigde circa 50 vrijwilligers, zijn er op dit moment pas zes gevonden.

De buurtmakelaars geven aan dat er als gevolg van de nieuwe werkwijze naar schatting 35% minder professionele hulp hoeft te worden ingezet. Dit wordt onder andere gebaseerd op het feit dat mensen minder vaak terugkomen. Men kan dit cijfer echter niet onderbouwen en met het huidige registratiesysteem is een feitelijke afname van inzet van professionele hulp, ook op langere termijn, niet te meten. Eveneens is onduidelijk of de buurtmakelaars een aanpassing van hun beroepshouding hebben weten te realiseren: het leggen van de eerste verantwoordelijkheid

³² De methodiek ZOEKEN is in opdracht van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Rotterdam met de hulp van VraagWijzer ontwikkeld.



voor het oplossen van problemen bij de cliënten en het overlaten van bepaalde taken aan vrijwilligers.

9.7 Conclusies en aanbevelingen

De pilot in Pernis heeft zich gericht op het werken aan een structuur- en cultuuromslag. Door de inzet van een buurtmakelaar zou er een meer coherent aanbod van hulp- en dienstverlening worden gerealiseerd. Verder werd gestreefd naar verschuiving van de inzet van professionele hulp naar inzet van eigen kracht en van vrijwilligers en/of mantelzorgers. Men heeft zich hierbij gericht op WMO-cliënten in brede zin en niet specifiek op burgers met een (bestaande of potentiële) AWBZ-indicatie.

Zowel op het niveau van de uitvoering van de hulp- en dienstverlening, als op het niveau van aansturing is samenwerking georganiseerd. Professionele hulpverlening is toegankelijk via de nieuwe functie van buurtmakelaar. De ingezette buurtmakelaars, afkomstig uit verschillende organisaties en ieder met een eigen specialisatie, worden aangestuurd vanuit één organisatie, Buurtprojecten. Voor de verdere ontwikkeling van gebiedsgericht werken in Pernis zijn een stuurgroep en een werkgroep gevormd.

De vermindering van professionele zorg en begeleiding door versterking van eigen kracht van cliënten en de inzet van vrijwilligers en/of mantelzorgers kan niet worden gekwantificeerd. Er is nog maar een beperkt aantal vrijwilligers beschikbaar die één op één willen worden ingezet.

Op basis van de huidige resultaten kan niet worden geconcludeerd dat de in dit project gevolgde werkwijze succesvol is voor de vermindering van professionele hulpverlening en ter versterking van de eigen kracht van burgers met Wmo-hulpvragen. Van de geplande 35 AWBZ-cliënten (25 bestaande, 10 nieuwe), zijn er maar 7 bereikt (0 bestaande, 7 nieuwe). Ondanks inspanning zijn er maar 6 vrijwilligers geworven die bereid zijn één op één ingezet te worden bij de ondersteuning van cliënten. Doordat de afname van de inzet van professionele hulp niet gemeten kan worden, kunnen er geen harde conclusies worden getrokken over het terugdringen van de inzet van professionele zorg.

Om na te gaan of de inzet van buurtmakelaars daadwerkelijk leidt tot een vermindering van inzet van professionele zorg, zou een meer gestructureerd project met een programmatiescher aanpak ontwikkeld moeten worden, evenals helder geformuleerde evaluatiecriteria.



10 ‘Vervoer voor kwetsbare Rotterdammers’, door het samenwerkingsverband ‘Stuurgroep Integratie doelgroepenvervoer’, waaraan de Rotterdamse Mobiliteit Centrale B.V., Stichting Aafje Thuiszorg Huizen Zorghotels en Stichting Pameijer deelnemen.

Ook: een aantal wijkbusorganisaties, Kien Legal (juridische dienstverlening), Vereniging Gehandicaptenorganisaties Rotterdam (VGR)

10.1 Het beleidsprobleem

In Rotterdam en omgeving zijn er diverse vervoersstromen voor kwetsbare doelgroepen (mensen met een beperking, chronisch zieken en ouderen) die uit verschillende bronnen worden gefinancierd. Deze gescheiden vervoersstromen zijn in hoge mate inefficiënt en niet altijd klantvriendelijk. Voor de overdracht van de extramurale begeleiding/dagbesteding inclusief het vervoer van het Rijk naar de gemeenten, zijn de tarieven voor vervoer met een AWBZ-indicatie meer dan gehalveerd. Hierdoor is het hard nodig om efficiënter te gaan werken in het doelgroepenvervoer.

10.2 Het maatschappelijke doel van de pilot

Het realiseren van kwalitatief goed en efficiënt georganiseerd vervoer voor kwetsbare Rotterdammers, dat zoveel mogelijk tegemoet komt aan de wensen van de klant en dat kan worden aangeboden tegen een kostendekkend tarief.

10.3 De doelgroep

Alle kwetsbare Rotterdammers die gebruik (willen) maken van vervoer en geen gebruik kunnen maken van eigen personenvervoer of regulier OV. Het gaat om Rotterdammers zonder en met een indicatie voor extramurale begeleiding AWBZ.

10.4 De interventietheorie

Om meer efficiency te bereiken zullen bepaalde vervoersstromen die nu nog gescheiden zijn, moeten samengaan en zal optimaal gebruik gemaakt moeten worden van het bestaande materieel. In een formeel samenwerkingsverband kunnen diverse maatregelen genomen worden. Om ervaring op te doen worden in drie Rotterdamse deelgemeenten pilots georganiseerd die zich richten op verschillende aspecten van het integraal doelgroepenvervoer. Het gaat onder meer om het creëren van een nieuwe vorm van deelgemeentegrensoverschrijdend vervoer door een bredere inzet van wijkbussen; een betere logistieke organisatie van het vervoer naar/van



dagbesteding van AWBZ-instellingen; meer inzet van vrijwilligers en mantelzorgers bij het vervoer.

10.4.1 Toetsing van de interventietheorie

Binnen de projectorganisatie had men verschillende ideeën over hoe de bestaande inefficiëntie in het vervoer voor kwetsbare Rotterdammers te bestrijden: van het aangaan van geformaliseerde samenwerking, tot het inzetten van vrijwilligers en het verbeteren van de logistiek. Een belangrijk speerpunt daarbij was een andere positionering van de wijkbussen. Door de veelheid van te ondernemen activiteiten kon geen samenhangende beleidstheorie geformuleerd worden. Men verwachtte door (geformaliseerde) samenwerking en het aanbieden van goede faciliteiten aan met name de wijkbusorganisaties, bepaalde inefficiënties te kunnen bestrijden. De daarvoor bedoelde experimenten met een integrale aanpak van de verschillende vervoersstromen in 3 deelgemeenten zijn niet doorgegaan, onder meer door gebrek aan eenzelfde visie op de samenwerking tussen het professionele vervoer, zorginstellingen en de wijkbusorganisaties. Concreet knelpunt was dat de aan de Stuurgroep deelnemende Wijkbusfederatie geen zeggenschap had waar het ging om afstemming met andere vervoerders. Ook de bewegingsruimte voor zorginstellingen bleek onder de huidige regelgeving AWBZ te beperkt om mee te kunnen werken aan experimenten.

Het lijkt aannemelijk dat het onder één regie brengen van de diverse financieringsstromen een belangrijke voorwaarde is voor integrale en efficiënte planning van het vervoer voor kwetsbare Rotterdammers.

10.5 De resultaten

In oktober 2013 is de Coöperatie Wijkmobiliteit opgericht. De Coöperatie wil ondersteuning bieden aan wijkbusverenigingen in Rotterdam en andere wijkgerelateerde vervoersinitiatieven o.a. op het gebied van inkoop en onderhoud van voertuigen, gezamenlijke inkoop van verzekeringen, opleiding en training voor vrijwillige chauffeurs en planning en automatisering. Op het moment van rapportage is nog onduidelijk of de wijkbusorganisaties zullen toetreden tot de Coöperatie. De Coöperatie heeft al wel een planningssysteem ontwikkeld voor wijkbusorganisaties. Dit systeem is op het moment van rapportage nog niet aangeboden. Daarnaast heeft de Coöperatie een zorgbus ter beschikking gesteld aan Wijkbusorganisatie in Charlois.

Zoals gezegd zijn de drie pilots gericht op de totstandkoming van een integrale vervoersstructuur in Rotterdamse deelgemeenten zijn niet doorgegaan.



Er is wel een kostenreductiematrix opgesteld. Deze matrix geeft inzicht in de diverse mogelijkheden tot reductie van vervoerskosten. Vervolgens is er geëxperimenteerd met afzonderlijke, kostenbesparende vervoersaanpassingen³³. Voorbeelden daarvan zijn aanpassing van de tijden waarop vervoer van diverse doelgroepen plaatsvindt, zodat dit leidt tot aansluitende exploitatie van de voertuigen, welke op haar beurt leidt tot een verlaging van de kosten per in te zetten uur; Het (waar mogelijk) combineren van de cliënten van verschillende AWBZ –instellingen om zo het aantal benodigde voertuigen/voertuiguren terug te dringen; Het vervoer van AWBZ-clients dagbesteding (behorend tot de categorie met de minste zorgwaarde) die op korte afstand van de dagbestedingslocatie wonen, met wijkbussen. De experimenten hadden een wisselend succes.

Daarnaast is er in samenwerking met de VGR – op basis van interviews met klanten aangepast vervoer – een kwaliteitsmatrix opgesteld. De geïnterviewden hebben aangegeven welke kwaliteitseisen zij voor het vervoer van belang vinden. Zo blijkt bijvoorbeeld dat mensen het hebben van een vaste chauffeur heel belangrijk vinden. Dit geldt vooral voor cliënten van Laurens en Pameijer (respectievelijk ouderen met een somatische aandoening en mensen met LVB). Deze matrix biedt een goed handvat voor de gemeente om bij toekomstig beleid, bijvoorbeeld rond het vervoer naar/van de dagbesteding kwaliteitseisen te kunnen stellen.

10.6 Conclusies

Met de oprichting van de Coöperatie Wijkmobiliteit is er (nog) geen sprake van integrale samenwerking door professionele vervoersorganisaties en AWBZ-instellingen. In de Coöperatie is alleen de RMC vertegenwoordigd en wordt samengewerkt met een beperkt aantal zorgorganisaties zoals Laurens, Aafje en Pameijer. Onder meer vanwege de huidige regelgeving op het gebied van mededinging en het veranderende beleid t.a.v. vervoer en dagbesteding, bleek een uitgebreidere samenwerking op dit moment niet haalbaar. Duidelijk is wel dat met een integrale benadering van het vervoersvraagstuk er op verschillende manieren kosten bespaard kunnen worden, onder meer door een bredere inzet van de wijkbussen.

³³ Rapportage Stuurgroep Integratie Doelgroepenvervoer, maart 2014.

11 Conclusies en aanbevelingen

11.1 Inleiding en probleemstelling

Extramurale begeleiding wordt veel gebruikt door zelfstandig wonende ouderen en mensen met een beperking of chronische ziekte. Negen maatschappelijke (zorg)organisaties hebben, met gebruikmaking van financiële middelen uit de 'Stimuleringsregeling Innovatieve Begeleiding Rotterdam 2013', een nieuwe aanpak voor 'extramurale begeleiding' ontwikkeld.

De afdeling Onderzoek en Business Intelligence (OBI) heeft van het cluster Maatschappelijke Ontwikkeling de opdracht het verloop van de pilots te volgen en de resultaten te evalueren.

De onderzoeksvragen luiden als volgt:

1. Hoe worden de proeftuinen in de praktijk uitgevoerd?
2. Wat zijn de (eerste) resultaten van de proeftuinen?
3. Welke kritische factoren zijn bepalend geweest voor het behaalde resultaat volgens de stakeholders?

Het voornemen was dat de pilots zouden worden uitgevoerd en afgerond in 2013. De meeste pilots – op twee na – zijn niet volgens deze planning verlopen. De voorbereiding kostte over het algemeen meer tijd dan verwacht. Hierdoor zijn de pilots, met toestemming van het cluster MO, twee maanden uitgelopen. Door de langere voorbereidingstijd was de periode van uitvoering kort. Dit heeft de resultaten van de pilots negatief beïnvloed: sommige nagestreefde doelen konden in de beperkt resterende tijd voor de uitvoering niet worden bereikt. Een jaar blijkt een te korte periode te zijn om een nieuwe aanpak voor begeleiding te ontwerpen, voor te bereiden en uit te voeren.

Over het ontwerp, de uitvoering en de tussentijdse resultaten van de pilots is al eerder gerapporteerd, in november 2013. Daarbij zijn wij eveneens ingegaan op de aannames over de werkzame mechanismen die een bepaald effect moeten sorteren, in een poging om voor iedere pilot een interventietheorie op te tekenen. In de tussenrapportage beschreven wij al dat, hoewel het besef van verandering in alle pilots aanwezig is, er vaak weinig uitgewerkte ideeën zijn, over wat deze veranderingen met zich meebrengen voor de dagelijkse praktijk van de begeleiding. In de meeste projectplannen waren de uitgangspunten van de methodiek, het handelingsperspectief van professionals en vrijwilligers en de rol van de cliënt, weinig uitgewerkt. Zo kregen professionele begeleiders niet altijd duidelijke richtlijnen voor de uitvoering mee en waren cliënten zich niet altijd bewust van de nieuwe aanpak. Hierdoor was moeilijk om voor iedere pilot een interventietheorie te formuleren en die vervolgens op haar werkzaamheid te toetsen. Wanneer de verondersteld werkzame mechanismen niet zijn geoperationaliseerd of wanneer in de uitvoering ervan niet is geïnvesteerd, is het niet mogelijk de behaalde resultaten daarop te beoordelen.



In voorgaande hoofdstukken zijn de afzonderlijke pilots, inclusief de resultaten uitgebreid besproken. Hiermee werd inzicht verkregen in de uitvoering van de proeftuinen in de praktijk (onderzoeksvraag 1) en in de resultaten van de proeftuinen (onderzoeksvraag 2). Daarnaast zijn we ingegaan op de werkzaamheid van de interventietheorie (onderzoeksvraag 3). In dit afsluitende hoofdstuk schetsen wij nogmaals de resultaten waarbij het accent ligt op de principes van de nieuwe aanpak:

- vergroting van zelfredzaamheid en participatie;
- de 'ondersteuningsmix': de veranderende verhouding tussen professionals, vrijwilligers/mantelzorgers en cliënten;
- de kostenbesparingen.

De projecten hebben een intensieve samenwerking tot stand gebracht tussen allerlei organisaties uit het maatschappelijk middenveld, zoals zorginstellingen, hogescholen, sportverenigingen en het welzijnswerk. Er zijn nieuwe werkwijzen ontwikkeld, die meer of minder succesvol zijn gebleken. Professionals, deelnemers, vrijwilligers en mantelzorgers zijn het experiment aangegaan. Zij hebben een 'lerende houding' aangenomen, gericht op het uitwisselen van ervaring en deskundigheid. Doel van deze rapportage is niet om partijen af te rekenen of een finaal oordeel te vellen op basis van de projectresultaten. Door de pilots zijn problemen van doelgroepen beschreven, nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan en grenzen van het haalbare verkend. Dit is op zich zeer waardevol. Met deze rapportage hopen wij bij te dragen aan het leerproces.

11.2 Zelfredzaamheid en participatie

Voor alle pilots geldt dat zij, conform de opdracht, werken aan het vergroten van de zelfredzaamheid en participatie. Wel zien we dat zelfredzaamheid en participatie in de pilots verschillend worden gedefinieerd en dat de doelen daarom ook divers zijn. Zo definieert 'MEE op weg' zelfredzaamheid als het vermogen van mensen met een LVB om een bepaalde route zelfstandig te reizen. De vergrote mobiliteit wordt gezien als een voorwaarde voor participatie: deelname aan school, stage, sporten, activiteiten in de vrije tijd. Deelnemers aan het project 'Rotterdamers Redzamer' vergroten hun dagelijkse zelfredzaamheid doordat zij, met gebruikmaking van een app, allerlei taken (zoals het bed opmaken, boodschappen doen en aardappels schillen) zelfstandig kunnen uitvoeren. Dit is bevorderlijk voor de participatie, in termen van zelfstandig wonen en leven. 'Uit de zorg(en), in de samenleving' stimuleert cliënten om te participeren door hen te begeleiden naar regulier betaald werk of tenminste vrijwilligerswerk buiten de beschermde omgeving. In weer andere pilots wordt deelname aan het project op zichzelf al gezien als participatie.

In de meeste pilots worden 'zelfredzaamheid' en 'participatie' in samenhang gezien. Deze samenhang werkt twee kanten op. Vaak wordt de ontwikkeling van deelnemers op één of meer aspecten van zelfredzaamheid als voorwaarde gezien om een andere (lees: betere,



volwaardiger) rol in de samenleving te kunnen vervullen. Andersom wordt participatie op zichzelf ook gezien als middel om het dagelijks leven te structureren, om ervaring op te doen, om sociale contacten te leggen, wat de zelfredzaamheid bevordert. In de theorie van de pilots wordt gerefereerd aan dit dubbelkarakter van zelfredzaamheid en participatie: als doel en als middel.

Niet alleen de (geoperationaliseerde) doelen van de projecten verschillen, maar ook de manier waarop hieraan gewerkt wordt. In de geest van de Wmo gaat het bij zelfredzaamheid om de bevordering van de 'eigen kracht'. Dit kan worden bereikt door (A) versterking van de competenties van de cliënt (Cliënten leren bijvoorbeeld zelfstandig te reizen, of met gebruik van een app op hun smartphone allerlei huishoudelijke taken zelfstandig uit te voeren); en/of door (B) versterking van het zelfvertrouwen, een verbetering van het zelfbeeld, en/of door (C) de versterking/het mobiliseren van het 'sociaal kapitaal' van burgers, waarbij de begeleiding focust op het vergroten en/of versterken van het sociale netwerk.

In de praktijk zien we dat over het algemeen een combinatie van bovengenoemde strategieën wordt ingezet, maar dat er wel verschillen zijn in het accent dat deze strategieën krijgen.

Het is opvallend dat bij succesvolle pilots het werken aan zelfvertrouwen/empowerment een belangrijk, systematisch onderdeel van de methodiek vormt. In 'De brug van zorg naar welzijn' werkt de deelnemer aan zelfvertrouwen doordat hij/zij zich ontwikkelt van hulpvrager/hulpontvanger naar hulpgever. Deze wisseling in rolmodel blijkt de zingeving te versterken en voorkomt depressieve klachten en zorgafhankelijkheid.

Uit de ervaringen van 'MEE op weg' bleek dat het deelnemers niet alleen ontbrak aan praktische vaardigheden (kunnen in- en uitchecken, bij de juiste halte uitstappen enz.), vooral het gebrek aan zelfvertrouwen vormde een belemmering om zelfstandig te reizen. Zo waren sommige deelnemers bang om lastig gevallen te worden of voor onverwachte situaties, zoals een omleiding of storing in het OV. Zij hadden niet het vertrouwen dat zij een dergelijke situatie aan zouden kunnen. Door oefensituaties is concreet op deze angsten ingespeeld. Zo oefenden deelnemers met de weg vragen, met uitstappen bij de 'verkeerde' halte en het vinden van een alternatief voor de gebruikelijke route. Met name door het overwinnen van deze angsten is hun zelfvertrouwen toegenomen, evenals het vertrouwen van de ouders in de mogelijkheden van hun kind.

Niet in alle pilots krijgt de vorming en versterking van sociale netwerken aandacht. Soms wordt versterking van netwerken wel benoemd als doel, maar methodisch weinig uitgewerkt. Dit is wel gebeurd in de pilot in Pernis. Daar maakt de buurtmakelaar gebruik van de methode ZOEKEN³⁴, dat staat voor Zicht Op Eigen Kracht En Netwerk. Via een gestructureerde analyse van levensdomeinen van de cliënt wordt de problematiek in kaart gebracht en worden mogelijkheden voor het benutten van eigen kracht en de inzet van het netwerk/vrijwilligers geïnventariseerd.

³⁴ De methodiek ZOEKEN is in opdracht van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Rotterdam met de hulp van VraagWijzer ontwikkeld.



Het is in het kader van de pilot nog niet gelukt de opbrengsten hiervan te benoemen. Het opdoen van uitgebreidere ervaring met de inzet van deze methodiek is gewenst.

In MEE op weg neemt de ouder/verzorger de rol van OV-coach op zich na het beëindigen van het oefentraject door de deelnemer en de vrijwilliger. Om de bereikte zelfredzaamheid te behouden, is het van belang dat de OV-coach het kind stimuleert om de route zelfstandig te blijven reizen en om eventuele knelpunten te bespreken. In de praktijk blijkt de OV-coach vooral een praktische invulling aan zijn/haar rol te geven, bijvoorbeeld door de OV-kaart op te laden. Omdat nog niet is aangetoond dat deelnemers na beëindiging van het traject blijvend zelfstandig reizen – de pilot is te kort geleden afgesloten om hier al zicht op te hebben – is de rol van de OV-coach nog onvoldoende helder. Stimuleert de OV-coach het zelfstandig reizen of steken na verloop van tijd de oude angsten en zorgen weer de kop op? Zijn er nieuwe routes geoefend? Wordt er nog gebruik gemaakt van aangepast vervoer?

In GGZ en schulden komt de aanpak van geldproblemen in groepsverband tegemoet aan de behoefte van deelnemers aan onderlinge emotionele en praktische steun in de vorm van adviezen door 'ervaringsdeskundigen'. Anderzijds lijkt men er niet in geslaagd structurele betrokkenheid (steun) van deelnemers op elkaar te organiseren.

Deze voorbeelden onderbouwen de noodzaak van het verder onderzoeken van de mogelijkheden en rollen van sociale netwerken, het sociaal kapitaal.

Uit het bovenstaande werd duidelijk dat een mix van strategieën om te werken aan zelfredzaamheid de kans op succes vergroot. Werken aan de versterking van het psychologisch kapitaal – het vergroten en versterken van het zelfvertrouwen – mag daarbij niet ontbreken.

De inzet van gemengde strategieën is echter geen garantie voor duurzame zelfredzaamheid: verkregen zelfvertrouwen kan weer verdwijnen, deelname aan een groep zorgt niet automatisch voor een blijvend sociaal netwerk en terugval kan niet altijd voorkomen worden. Dit onderschrijft de noodzaak van flexibel in te zetten begeleiding, door professionals, mantelzorgers en vrijwilligers.

11.3 De ondersteuningsmix

De wijziging in de verhoudingen binnen de driehoek van professional, vrijwilliger/mantelzorger en cliënt/burger is één van de belangrijkste vernieuwende elementen van de pilots.

In alle pilots – op één na – vermindert de professionele inzet, ofwel door een grotere inzet van vrijwilligers en/of mantelzorgers of door versterking van de eigen kracht van burgers/cliënten. Behalve deze veranderende ondersteuningsmix, verandert ook de aard van de sociale relaties in de driehoek. Deze verandering betreft alle drie de partijen.

Cliënten worden aangesproken op eigen kracht. Zij worden geacht bereid te zijn tot ervarend leren. Zij zullen daarvoor de beschermde omgeving op het gebied van dagbesteding, wonen of aangepast vervoer moeten verlaten. Hen wordt ook gevraagd sociale steun in hun omgeving te mobiliseren. Dit alles vereist motivatie en een actieve, assertieve houding. De grenzen van de haalbaarheid van dit ideaal zijn nog niet volledig verkend. Duidelijk is wel dat bij de meest



kwetsbaren, bijvoorbeeld mensen met chronische psychische problemen en mensen met een verstandelijke beperking, de eigen kracht alleen niet toereikend zal zijn.

Vrijwilligers worden geacht de bevordering van zelfredzaamheid van cliënten te ondersteunen. Dit betekent dat zij aanwezig moeten zijn, soms oproepbaar via digitale hulpmiddelen. Daarnaast wordt van hen verwacht dat zij bepaalde competenties hebben, dat zij beschikken over de kennis, vaardigheden en de juiste attitude om doelgroepen te kunnen begeleiden. Alleen de motivatie om iemand te helpen is niet meer genoeg. Vrijwilligers moeten zich bepaalde methodische uitgangspunten eigen maken en leren hanteren, zoals bijvoorbeeld het niet te snel overnemen van problemen en het richten van het handelen op de versterking van zelfredzaamheid. Het dilemma van de balans tussen afstand en betrokkenheid wordt hiermee zeer actueel. Voor vrijwilligers is het belangrijk dat er steeds ondersteuning van professionals beschikbaar is.

En natuurlijk verandert ook de rol van de professional, zowel in relatie tot de burger/cliënt als tot de vrijwilliger/mantelzorger. Een term die in dit verband enkele malen genoemd is, is 'loslaten'. Bedoeld wordt dat de professional meer zal moeten overlaten aan en vertrouwen op de eigen kracht van burgers en de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers. Professionals en vrijwilligers worden geacht te gaan samenwerken en hun ervaring en deskundigheid uit te wisselen.

11.4 Besparingen

In de projecten worden verschillende besparingsmechanismen gehanteerd:

- In alle projecten – op één na - is vermindering van de professionele inzet, in combinatie met verschuiving naar ondersteuning door vrijwilligers, ervaringsdeskundigen en/of mantelzorgers een belangrijk middel om de noodzakelijke kostenbesparing te realiseren;
- Het verminderen van het beroep op specifieke voorzieningen ten gunste van algemene voorzieningen, zoals in MEE op weg, waarbij men het aangepast vervoer wil vervangen door zelfstandige deelname aan het verkeer als voetganger, fietser of gebruikmakend van het OV; bij Sportsupport streeft men naar een verschuiving van het sporten binnen de instelling naar sporten bij een sportvereniging, gebruikmakend van bestaande sportaccommodaties;
- Preventie of vroegsignalering waardoor met ondersteuning door vrijwilligers kan worden volstaan, of in ieder geval een beroep op specialistische zorg kan worden voorkomen (Pernis);
- Groepsbegeleiding in plaats van individuele begeleiding (NAH/De Brug, Corridor/Zowel!);
- (Arbeids)participatie leidt tot minder vraag naar chronische ondersteuning (NAH/De Brug), en tot lagere uitkeringsafhankelijkheid (Uit de zorg, in de samenleving);
- Participatie in de buurt leidt tot besparingen op vervoerskosten (NAH/De Brug).

Vanwege de nog weinig uitgekristalliseerde resultaten van de pilots (sommige doelen zijn niet bereikt, andere doelen zijn deels bereikt, bepaalde doelen zijn voor een deel van de doelgroep



haalbaar) is het voor de organisaties onmogelijk gebleken de gehanteerde strategieën om kosten te besparen te onderbouwen met cijfers. Een uitzondering hierop vormt de pilot NAH/De brug van zorg naar welzijn. De kostenbesparing die in het kader van deze pilot is bereikt, is gekwantificeerd.

11.5 Aanbevelingen

In het afgelopen jaar is er veel ervaring opgedaan met de vernieuwing van de begeleiding. Op basis van deze ervaring is een aantal aanbevelingen geformuleerd.

Het verdient aanbeveling om toekomstige vernieuwende vormen van begeleiding meer methodisch uit te werken, zodat helder wordt welke mechanismen de gewenste effecten teweeg brengen.

Professionele hulp zou structureel ingezet moeten worden op vergroting van zelfredzaamheid, waarbij rekening wordt gehouden met de ontwikkelingsmogelijkheden en de beperkingen van cliënten. Begeleiding zou flexibeler moeten kunnen worden ingezet: waar en wanneer de cliënt het echt nodig heeft. Cliënten kunnen goed aangeven wanneer zij welke ondersteuning nodig hebben om zelfredzaam te kunnen zijn/worden. Om eenmaal bereikte zelfredzaamheid te behouden, zou begeleiding – professioneel of vrijwillig – intermitterend moeten kunnen worden ingezet.

De belemmeringen op het niveau van de organisatie en financiering van de begeleiding vragen om aanpassing.

Wat betreft de inzet van vrijwilligers is er een aantal aandachtspunten.

Een eerste belangrijk aandachtspunt is de werving van vrijwilligers. In enkele pilots loopt dat niet soepel. Zo kan het, ondanks behoorlijke inspanning, toch niet lukken om de juiste vrijwilligers te vinden. In een pilot waar de werving van vrijwilligers niet problematisch was, richtte de professionele inzet zich niet alleen op de cliënt, maar op het hele cliëntsysteem. Men rekruteerde de vrijwilligers zowel uit de groep van ervaringsdeskundigen als die van naasten en mantelzorgers. Ook de koppeling van vrijwilligerstaken aan een stage van een opleiding bleek een goede strategie om vrijwilligers te werven. Ook al is werving op enig moment geen probleem, vanwege de continuïteit van de beschikbaarheid van vrijwilligers is aandacht voor werving en selectie steeds noodzakelijk.

Behalve de continuïteit, vraagt ook de kwaliteit van de inzet van vrijwilligers de aandacht. Onduidelijk is nog of met de inzet van vrijwilligers de kwaliteit van de begeleiding gewaarborgd is. De pilots waren te kort om hiermee voldoende ervaring op te doen. Duidelijk is dat ter ondersteuning van de vrijwilligers er altijd professionele expertise beschikbaar moet zijn.



Het verdient aanbeveling om de komende tijd te investeren in manieren om de beschikbaarheid, de kwaliteit en de continuïteit van de inzet van vrijwilligers te optimaliseren en hiervoor financiële middelen ter beschikking te stellen.

Een nieuw vraagstuk is dat van de eindverantwoordelijkheid. Terwijl voorheen de professional eindverantwoordelijk was en de regie voerde, is dit in de nieuwe context geenszins vanzelfsprekend. De eindverantwoordelijkheid en de manier waarop daar invulling aan gegeven wordt, is een belangrijk aspect van de veranderingen in de driehoek van cliënt, professional en vrijwilliger. De verantwoordelijkheden van professionals en vrijwilligers moeten duidelijk belegd worden. Partijen moeten hiervoor een nieuwe vorm vinden.

Het verdient aanbeveling om in komende proeftuinen te onderzoeken welke factoren kunnen bijdragen aan de duurzame versterking van het sociale kapitaal van kwetsbare groepen.

Alle inspanningen van begeleiding richtten zich op activering en vergroting van zelfredzaamheid aan de kant van de hulpvragers. Ondanks deze inspanning is participatie van kwetsbare burgers vaak een moeizaam proces omdat de 'ontvangende kant' weinig ruimte en mogelijkheden biedt aan mensen die 'anders' zijn. Inspanningen van organisaties zouden behalve op hun cliënten, ook wat meer gericht kunnen zijn op 'kwartier maken', het creëren van ruimte en kansen voor hun cliënten, bijvoorbeeld bij werkgevers en bij welzijns- en vrijwilligersorganisaties, zodat zij ook daadwerkelijk kunnen participeren.