

## **Procesevaluatie pilot-project Perspectief**

**Project voor werktoeleiding en sociale activering van psychisch arbeidsongeschikte Marokkaanse mannen in de bijstand**

Ineke Mouthaan  
Milleke de Neef  
Saskia Grielen  
Marga Weide  
Joost Dekker

Utrecht, 2002

Nivel, Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Het project perspectief</b>	<b>7</b>
1.1 Maatschappelijke achtergrond	7
1.2 Achtergrond en doelstelling van het project	9
1.3 Projectplan	10
<b>2 De procesevaluatie</b>	<b>15</b>
2.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen	15
2.2 Conceptueel kader	16
2.3 Gepland programma	17
2.4 Opzet en methoden	21
2.5 Evaluatie concrete activiteiten	22
<b>3 Doelen en verwachtingen</b>	<b>25</b>
3.1 Doelen en verwachtingen	25
3.2 Wijzigingen tijdens het pilotproject	27
3.3 Het al dan niet uitkomen van doelen en verwachtingen	29
3.4 Samenvatting en conclusie	31
<b>4 Samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling</b>	<b>33</b>
4.1 De oorspronkelijke opzet	33
4.2 De praktijk	33
4.3 Samenvatting en conclusie	36
<b>5 De voorfase</b>	<b>37</b>
5.1 De oorspronkelijke opzet	37
5.2 Bijscholing en deskundigheidsbevordering medisch adviseurs GG&GD en Arbeidsvoorziening	37
5.3 Werving en selectie van cliënten	38
5.4 Doorverwijzing en motivatie van cliënten	40
5.5 Samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling	44
5.6 Samenvatting en conclusie	44
<b>6 De behandelfase</b>	<b>47</b>
6.1 Intake	47
6.2 Behandeling	49
6.3 Effecten	54
6.4 Samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling	55
6.5 Signaleringsonderzoek	56
6.6 Samenvatting en conclusie	57

<b>7</b>	<b>De vervolgfase</b>	<b>59</b>
7.1	De oorspronkelijke opzet	59
7.2	De praktijk van de vervolgfase	59
7.3	Samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling	60
7.4	Opvattingen over vrijwilligerswerk	61
7.5	Samenvatting en conclusie	61
<b>8</b>	<b>De cliënten</b>	<b>63</b>
8.1	Inleiding	63
8.2	Cliëntprofielen	63
8.3	Werven van cliënten voor een interview	66
8.4	Cliënten aan het woord	68
8.5	Samenvatting en conclusie	71
<b>9</b>	<b>Samenvatting, conclusies en aanbevelingen</b>	<b>73</b>
9.1	Inleiding	73
9.2	Samenvatting en conclusies	73
9.3	Aanbevelingen	76
	<b>Literatuur</b>	<b>79</b>
	<b>Bijlagen:</b>	
	Bijlage 1: Cliënt volgschema's	81
	Bijlage 2: Interviewlijst cliënten "Perspectief"	85
	Bijlage 3: Cliëntprofiel	95

## Voorwoord

Voor u ligt het eindrapport van de procesevaluatie van het pilotproject Perspectief uitgevoerd door het Nivel. Het pilotproject Perspectief was gericht op sociale activering en werktoeleiding van Marokkaanse mannen met psychische problematiek, die tijdelijk, maar in de praktijk vaak langdurig, arbeidsongeschikt zijn en een bijstandsuitkering hebben. Het doel van het project was het vergroten van het maatschappelijk perspectief van deze mannen. Het project werd opgezet en uitgevoerd door GG&GD Utrecht, RIAGG Stad Utrecht, de afdeling Sociale Zaken en Werkprojecten van de gemeentelijke dienst Maatschappelijke Ontwikkelingen in Utrecht en het bureau Arbeidsvoorziening Midden Nederland. Doel van de procesevaluatie was om kritisch te kijken naar de voortgang van het project en de factoren die daarin bevorderend dan wel belemmerend werken in kaart te brengen. Dit ter bepaling van het al dan niet voortzetten van het project en - in geval van voortzetting - met de mogelijkheid tot het geven van aanbevelingen óók naar vergelijkbare instellingen elders in het land.

Het Landelijk Instituut voor de Sociale Verzekeringen (LISV) heeft de financiële middelen ter beschikking gesteld die het uitvoeren van de procesevaluatie mogelijk maakten.

De onderzoekers zijn bijgestaan door een begeleidingscommissie, die als klankbord diende en hen met raad en daad terzijde stond. Deze begeleidingscommissie bestond uit:

- Latifa Cherabi, Multicultureel Instituut Utrecht;
- Rob Diesel, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Sociaal Beleid;
- Arjaan Heijmans van der Bergh en Mohamed el Wakidi, FORUM, Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling;
- Nico van Kester, Arbeidsvoorziening Midden Nederland;
- Ronald May, Parnassia Psychomedisch Centrum;
- Annemarie van Santen, RIAGG Stad Utrecht, afdeling Preventie;
- Wil Voogt, Inspecteur Gezondheidszorg Minderheden, Inspectie Gezondheidszorg en voorzitter van de begeleidingscommissie.

Naar hen gaat dank uit, de feedback die zij gaven was zeer waardevol.

Naast de begeleidingscommissie willen wij nog een aantal andere personen bedanken voor hun bijdrage aan de procesevaluatie. Ten eerste de cliënten die bereid waren een interview te hebben in het kader van de evaluatie. Ten tweede de Marokkaanse interviewers die veel tijd en energie hebben gestoken in het benaderen van de zojuist genoemde respondenten. Tenslotte willen wij de samenwerkingspartners in het project Perspectief bedanken voor het feit dat zij de onderzoekers inzage hebben gegeven in het reilen en zeilen van het project.

De onderzoekers



# 1 Het project Perspectief

## 1.1 Maatschappelijke achtergrond

Vanaf het eind van de jaren tachtig staat werk, betaald of onbetaald, als middel om te participeren in de maatschappij en sociale uitsluiting te voorkomen, weer volop in de belangstelling. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat er grote groepen mensen in Nederland zijn die op eigen kracht geen toegang kunnen verkrijgen tot de arbeidsmarkt. Vanaf het begin van de jaren negentig is er dan ook een grote variëteit ontstaan aan zogenaamde arbeidsrehabilitatie projecten om dit probleem te verminderen (Te Velde 1998).

Aanvankelijk was arbeidsrehabilitatie vooral een hulpmiddel voor mensen met psychosociale en psychiatrische problemen en werd zij voornamelijk toegepast in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Nu wordt de term arbeidsrehabilitatie gebruikt voor diverse groepen mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Arbeidsrehabilitatie duidt het proces aan dat is gericht op herstel, behoud en uitbreiding van iemands arbeidsmogelijkheden in een zo maatschappelijk mogelijke omgeving. In arbeidsrehabilitatieprojecten worden op het individu gerichte methoden, zoals arbeidsoriëntatie, werkbegeleiding, arbeidstraining en werkbemiddeling gecombineerd met op de omgeving gerichte strategieën, zoals het inrichten of het beïnvloeden van (toekomstige) werksituaties met een regulier of beschermt karakter. Enerzijds wordt dus gewerkt aan de arbeidsvaardigheden van de deelnemers en anderzijds aan het benutten of creëren van hulpbronnen in de werkomgeving (Van Weeghel en Zeelen 1990). Deelnemers aan arbeidsrehabilitatie projecten hebben met elkaar gemeen dat ze (langdurig) werkloos zijn en niet op eigen kracht in staat zijn (betaald) werk te vinden. Vaak gaat dit samen met andere problemen die hun integratie in de samenleving bemoeilijken, zoals bijvoorbeeld geldt voor ex GGZ cliënten, gehandicapten en ex-gedetineerden (Te Velde 1998).

Bij arbeidsrehabilitatie wordt primair gedacht aan betaald werk. In de huidige maatschappij is het echter niet realistisch ervan uit te gaan dat iedere langdurig werkloze via een arbeidsrehabilitatieproject aan betaald werk kan komen. Dat heeft niet alleen te maken met iemands persoonlijke kwaliteiten, maar ook met de beschikbare (passende) werkplekken. Dit laatste is overigens geen statisch gegeven, want een van de doelen van arbeidsrehabilitatieprojecten is nu juist hieraan te werken. Wanneer aan het onderscheid tussen betaald en onbetaald werk minder principieel wordt vastgehouden, kan het begrip arbeidsrehabilitatie ook staan voor toeleiding naar werk, ongeacht of dit werk betaald wordt of niet (Te Velde 1998). Wanneer (betaald) werk dus niet haalbaar is, wordt gestreefd naar een andere zinvolle dagbesteding. Zinvol zowel voor de betrokken persoon als voor de samenleving. Dit wordt vaak aangeduid met de term sociale activering (Lammerts 1996, Te Velde 1998).

De sterke groei die de arbeidsrehabilitatieprojecten in de jaren negentig hebben doorgemaakt, hangt samen met een aantal maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen. De vier belangrijkste ontwikkelingen, waarop hieronder kort wordt ingegaan, zijn: de herziening van de sociale zekerheid, het werkgelegenheidsbeleid van de overheid, de introductie van sociale vernieuwing in de samenleving en zorgvernieuwing in de GGZ.

De kern van het beleid van de *herziening van de sociale zekerheid* houdt in dat de overheid ernaar streeft het aantal mensen met een uitkering terug te dringen. Daarnaast is de verhouding

tussen de verschillende betrokken instanties, zoals Arbeidsvoorziening, de Sociale Dienst en de bedrijfsverenigingen opnieuw vastgesteld. Dit streven werd vooral in gang gezet door de explosieve groei van het aantal mensen met een WAO-uitkering. Hiertoe zijn halverwege de jaren negentig een aantal wetten ingevoerd die hebben geleid tot een aanscherping van de criteria (minder mensen hebben nu recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering), maar tegelijkertijd heeft de overheid zichzelf verplicht om een actiever reïntegratiebeleid te voeren voor deze mensen (Ernste e.a. 1995, Te Velde 1998). De nieuwe Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten (REA) is hier een goed voorbeeld van. De REA is een verzameling van maatregelen met als doel ervoor te zorgen dat mensen met een arbeidshandicap meer kansen op werk krijgen. Het gaat onder meer om maatregelen als scholing met behoud van uitkering, subsidies voor de werkgever als hij een arbeidsgehandicapte in dienst neemt en aanpassingen op de werkplek (Te Velde 1998).

Het *werkgelegenheidsbeleid van de overheid* hangt nauw samen met de herziening van de sociale zekerheid. Speerpunt is de bestrijding van langdurige werkloosheid en de gemeenten vervullen een centrale rol in de uitvoering van dit beleid. Zij hebben de taak om, samen met Arbeidsvoorziening en de uitvoeringsinstanties sociale verzekering (Uvi's), activiteiten te ontwikkelen voor arbeidstoeleiding van langdurig werklozen. De overheid wil langdurige werkloosheid bestrijden door zowel het bevorderen van reguliere arbeid (bijvoorbeeld door vermindering van arbeidskosten van met name laagbetaalde arbeid, door de werkgeverslasten te verlagen) als het inzetten van gesubsidieerde arbeid. Op het gebied van de gesubsidieerde arbeid is onder meer de Wet Inschakeling Werkzoekenden (WIW) geïntroduceerd. Deze wet stroomlijnt de financiering van de verschillende vormen van gesubsidieerde arbeid, waardoor een flexibelere inzet van middelen mogelijk is. De wet biedt gemeenten ook de mogelijkheid om verschillende arbeidsbevorderende maatregelen, zoals sociale activering, diverse scholingsmaatregelen gericht op herinschakeling van werklozen, werkervaringsplaatsen en loonkostensubsidies, te bekostigen uit een speciaal fonds. Regelingen zoals de voormalige banenpool en de Jeugdwerkgarantiewet zijn nu bij de WIW ondergebracht en hebben de naam 'WIW-dienstbetrekking' gekregen. In de WIW is een gestructureerde samenwerking voorgeschreven tussen de Sociale Dienst en Arbeidsvoorziening.

Een derde factor die mede de sterke groei van het aantal arbeidsrehabilitatieprojecten verklaart, is het *proces van sociale vernieuwing*. Sociale vernieuwing is een proces dat in het begin van de jaren negentig in gang is gezet en zich onder meer richt op arbeid, inkomen en scholing en de kwaliteit van de dagelijkse leefomgeving. Activering en participatie zijn kernbegrippen in dit proces. Het gaat dan om het opnieuw bij de samenleving betrekken van buitengesloten groepen en het activeren van persoonlijke verantwoordelijkheden. In deze context is het beleid van sociale activering ontwikkeld. Het doel van sociale activering is sociale uitsluiting van mensen zonder werk tegen te gaan. De doelgroep voor sociale activering is zeer divers, maar het gaat in ieder geval om mensen die langdurig werkloos zijn en zeer geringe kansen hebben op de arbeidsmarkt. Bij sociale activering kan het gaan om tamelijk diverse activiteiten met in ieder geval als doel: persoonlijke ontwikkeling, bevordering van sociale contacten en van (maatschappelijk) nut zijn voor anderen (Swinnen 1995, Lammerts 1996, Te Velde 1998).

De invoering van de nieuwe Algemene Bijstand Wet (nABW), begin 1996, is een goed voorbeeld van een ontwikkeling waarin zowel de herziening van de sociale zekerheid, het werkgelegenheidsbeleid als de sociale vernieuwing tot uiting komt. De nABW voorziet in een decentralisatie van een aantal bevoegdheden met betrekking tot de uitvoering van die wet aan de gemeenten. Het is de bedoeling dat gemeenten zich niet alleen bezighouden met de rechtmatigheid van de uitkeringsverstrekking (de verstrekking van uitkeringen en de controle daarop) maar ook met de doelmatigheid ervan (het verminderen van het aantal uitkeringsgerechtigden ofwel langdurig baanlozen). Voorop staat het terugdringen van het aantal uitkeringsgerechtigden. Concreet houdt dat in: beperking van de instroom en bevordering van de

uitstroom. Sociale diensten houden zich dan ook nadrukkelijker bezig met het zoeken naar werk. Bij de meeste sociale diensten is inmiddels een gespecialiseerd team werkzaam dat zich bezighoudt met de uitstroom naar regulier en gesubsidieerd werk. De sociale dienst is ook verantwoordelijk voor de uitvoering van de WIW-dienstbetrekkingen, bepaalde soorten Melkertbanen en sociale activering (Lammerts 1996, Te Velde 1998).

De algemene trend naar werk en participatie in de samenleving is ook terug te vinden in de GGZ. Waren werk en dagbesteding in de jaren tachtig nog randverschijnselen in de reguliere zorg, in de jaren negentig behoren ze tot de belangrijkste vernieuwingen in de GGZ. Het besef is doorgedrongen dat, willen mensen met psychiatrische problemen mee kunnen doen in de samenleving, zij ook iets om handen moeten hebben. Als een betaalde baan geen realistisch doel is, dan toch vrijwilligerswerk of andere bezigheden buitenshuis, die een gevoel van eigenwaarde geven en hen met andere mensen in contact brengen. Arbeidsrehabilitatieprojecten spelen hierin een belangrijke rol. Nieuw is dat dagbesteding niet alleen (meer) een interne gelegenheid is, maar in toenemende mate ook op de buitenwereld gericht is. Het werk moet bij voorkeur buiten de instelling plaatsvinden om optimale reïntegratie te bevorderen. Arbeidsrehabilitatieprojecten zijn niet alleen in aantal toegenomen, ook de aard van de projecten is steeds gevarieerder geworden. Vooral in de grote steden is men voortvarend te werk gegaan met het oprichten van beschutte werkprojecten, het vormgeven van arbeidstrainingsprogramma's en het aanstellen van speciale arbeidsbemiddelaars (Michon en Van Weeghel 1993, Van Weeghel 1995).

Bovenstaande vier ontwikkelingen hebben geleid tot een veelheid aan lokale en regionale initiatieven om langdurig, relatief kansarme werklozen, al dan niet met arbeidshandicap, aan een (betaalde of onbetaalde) baan te helpen. Onder de noemer arbeidsrehabilitatieproject vallen, zoals uit deze paragraaf blijkt, een groot aantal verschillende projecten, van reïntegratieprojecten voor arbeidsongeschikten, werkprojecten voor ex-GGZ cliënten tot sociale activeringsprojecten voor langdurig werklozen. De doelgroepen van dergelijke projecten zijn divers, van heel breed tot specifiek, evenals de ingezette middelen (Ernste e.a. 1995, Swinnen 1995, Lammerts 1996, Te Velde 1998). De ontwikkeling en start van het project Perspectief, die in de volgende paragraaf beschreven wordt, is goed plaatsbaar binnen dit maatschappelijk kader.

## **1.2 Achtergrond en doelstelling van het project**

Begin 1999 is in Utrecht het pilotproject Perspectief gestart, gericht op sociale activering en werktoeleiding van Marokkaanse mannen met psychische problematiek, die tijdelijk, maar in de praktijk vaak langdurig, arbeidsongeschikt zijn en een bijstandsuitkering hebben. Het doel van het project is het vergroten van het maatschappelijk perspectief van deze mannen. Men wil dit bereiken door eerst kortdurende RIAGG-hulp en vervolgens daarop aansluitend een traject te bieden, gericht op toeleiding naar betaald of onbetaald werk. Het project wordt uitgevoerd door GG&GD Utrecht, RIAGG Stad Utrecht (RSU), de afdeling Sociale Zaken en Werkprojecten van de gemeentelijke dienst Maatschappelijke Ontwikkelingen in Utrecht (SoZa) en het bureau Arbeidsvoorziening Midden Nederland (Arbvo). Samen vormen zij het samenwerkingsverband Perspectief.

De aanleiding tot het uitvoeren van dit project is gelegen in het volgende probleem. Binnen de populatie bijstandsgerechtigden in de stad Utrecht is een grote groep, bij wie het psychische gezondheidsbeeld en de mogelijkheden en motivatie voor het verrichten van betaalde arbeid onduidelijk is. Deze groep bestaat voor een deel uit mannelijke migranten tussen de 22 en 55 jaar.



Cliënten die een bijstandsuitkering ontvangen en arbeidsongeschikt zijn, werden tot 1 januari 2000, op verzoek van Sociale Zaken, regelmatig beoordeeld door de medisch adviseurs (keuringsartsen) van de GG&GD. Een medisch adviseur brengt een (medisch) advies uit over de mate van arbeids(on)geschiktheid van de betreffende cliënt. Cliënten komen voor een dergelijk medisch advies niet uit vrije wil, maar worden gestuurd door Sociale Zaken en het advies kan consequenties hebben voor de uitkering. Als een cliënt arbeidsongeschikt wordt verklaard, wordt hij voor kortere of langere tijd ontslagen van sollicitatieplicht. Bij de medisch adviseurs van de GG&GD bestond het vermoeden dat bij veel van deze cliënten sprake is van psychische problematiek, maar deze is vaak moeilijk te diagnostiseren. Over de aard van de problemen komt, ook na regelmatig terugzien door de medisch adviseur, weinig duidelijkheid. Deze cliënten krijgen vaak dan ook niet de juiste of onvoldoende behandeling. Er treedt weinig verbetering op in hun gezondheid en leefsituatie, vaak eerder een verslechtering. Zij raken vervolgens - vaak na jarenlang uit het arbeidsproces te zijn geweest - gemarginaliseerd in de samenleving. Binnen deze groep vormen de Marokkaanse mannen de grootste en moeilijkste groep.

In 1995 hebben medewerkers op uitvoerend niveau van RIAGG, GG&GD en Arbeidsvoorziening informeel het initiatief genomen om te kijken of aan deze situatie niet iets gedaan zou kunnen worden. Het idee was om voor de doelgroep werkloze Marokkaanse mannen (met een bijstandsuitkering) met psychische problemen, iets te doen om hun "perspectief" in de samenleving te vergroten. De vooronderstelling was dat bij een betere diagnostiek van psychische problematiek, met vervolgens adequate psychische hulp, de kans toeneemt op het weer kunnen verrichten van een structurele activiteit, hetzij betaald, hetzij onbetaald. Hierdoor zou zowel de gezondheid als de leefsituatie aanmerkelijk kunnen verbeteren. Het aanvankelijk informele overleg leidde tot de vorming van een projectgroep, met vertegenwoordigers van de verschillende betrokken instellingen. Deze projectgroep heeft een projectplan ontwikkeld en draagvlak gecreëerd bij de betrokken organisaties. Daarnaast heeft men voorbereidingen getroffen wat betreft de financiering van de uitvoering, de inhoud en financiering van het begeleidende onderzoek en de formalisering van de samenwerking. De uitvoeringskosten van het project worden gedeeltelijk gedragen door de vier partners. Daarnaast is financiering gekregen van de gemeente Utrecht uit de zogenaamde REA-gelden (gemeentegelden die beschikbaar zijn voor de stimulering van reïntegratie van arbeids-gehandicapten). Het project betreft een nieuw initiatief, dat nog niet eerder op deze wijze is opgezet en uitgevoerd. Met het oog op een vervolg en/of een bredere implementatie is het dan ook belangrijk het project grondig te evalueren. Het Nivel heeft van het samenwerkingsverband Perspectief de opdracht gekregen voor een evaluatie-onderzoek. Het Landelijk Instituut voor de Sociale Verzekeringen (LISV) heeft hiervoor een subsidie gegeven. Voor het evaluatie-onderzoek moet enerzijds het hele proces uitvoerig doorgelicht en in kaart gebracht worden, om te bepalen in hoeverre dit naar verwachting is verlopen en welke problemen daarbij zijn opgetreden (procesevaluatie). Anderzijds moeten ook de effecten van de in het project gehanteerde aanpak gemeten worden (effectevaluatie). Voor een effectevaluatie is het pilotproject echter te kort en is het aantal deelnemers te gering. De effectevaluatie is daarom gepland voor het eventuele vervolgproject, dat later zal plaatsvinden. In dit rapport wordt verslag gedaan van de procesevaluatie.

### 1.3 Projectplan

De bedoeling van het pilotproject is om 12 cliënten een behandeling bij de RIAGG te laten doorlopen en vervolgens toe te leiden naar - betaald of onbetaald - werk. Dit gebeurt in twee rondes: zes cliënten zouden in het voorjaar van 1999 worden behandeld en zes in het najaar. Er is gekozen voor de doelgroep Marokkaanse mannen, omdat deze binnen de groep bijstandsgerechtigden in Utrecht de grootste en moeilijkste groep vormt. Deze doelgroep heeft men aan

de hand van drie criteria verder ingeperkt. Ten eerste door te kiezen voor deelnemers tussen de 24 en 55 jaar. De ondergrens geldt in verband met toegang tot de afdeling Volwassenen bij de RIAGG, de bovengrens in verband met eventuele bemiddelbaarheid naar betaalde arbeid. Wat betreft het tweede criterium, de bemiddelbaarheid naar betaalde arbeid, is bewust gekozen voor de groep "moeilijk bemiddelbaren" (in het jargon van de Arbeidsvoorziening de zogenaamde "fase III/fase IV"-cliënten). Tenslotte de aard van de psychische problematiek: het gaat het om RIAGG-geïndiceerde problematiek, zoals (matige) depressieve stoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsproblematiek, waarvan verwacht kan worden dat kortdurende hulp voldoende is. Dit sluit ernstige stoornissen, zoals psychosen, uit. Aangezien het cliënten betreft met een complexe problematiek, bij wie de kans op tussentijdse uitval relatief groot is, worden voor cliënten die al na één of twee gesprekken uitvallen, nieuwe cliënten geselecteerd. Dit garandeert een voldoende aantal cliënten voor de procesevaluatie.

Het project heeft een looptijd van 16 maanden. Het traject van het project *Perspectief* valt in drie fasen uiteen:

- *voorfase*: vanaf het medisch advies van de GG&GD tot de RIAGG-verwijzing;
- *behandelfase*: kortdurende behandeling in de RIAGG;
- *vervolgfase*: werktoeleiding, bemiddeling en tewerkstelling.

In elk van de drie fasen zijn verschillende samenwerkingspartners actief.

#### *Voorfase*

Verondersteld wordt dat de medisch adviseurs van GG&GD en Arbeidsvoorziening vaak moeite hebben met het vaststellen van psychische problematiek bij Marokkaanse cliënten. Daarom wordt voor hen, in overleg met de RIAGG, een bijscholingsaanbod ontwikkeld. De bijscholing is onder meer gericht op het kunnen omgaan met cultuurverschillen, taalbarrières en niet-westerse gezondheidsbeleving. Verder wordt aandacht besteed aan het motiveren van cliënten voor het project *Perspectief*. Deze bijscholing vindt aan het begin van het project plaats. Daarnaast vindt deskundigheidsbevordering van medisch adviseurs plaats middels periodieke casuïstiekbesprekingen met RIAGG-hulpverleners. Deze is gericht op het beter kunnen onderkennen van psychische problematiek, in het bijzonder die problematiek die voor RIAGG-hulp in aanmerking komt.

De eerste selectie van cliënten voor het project *Perspectief* vindt plaats door de medisch adviseur van de GG&GD. Na de selectie stelt de medisch adviseur vervolgens vast of er bij de Marokkaanse cliënten sprake is van psychische problematiek die RIAGG-geïndiceerd is en motiveert hij/zij de cliënt om deel te nemen aan het project. De medisch adviseur zorgt in dat geval voor verwijzing naar de RIAGG en informeert de casemanager bij Sociale Zaken over de genomen beslissing.

De taak van de casemanager die bij Sociale Zaken voor dit project is aangesteld, is het bewaken van het hele traject dat de deelnemer aan *Perspectief* doorloopt, vanaf de aanmelding voor *Perspectief* tot en met toeleiding naar werk of sociale activering. Alle deelnemers aan het project worden in de caseload van de casemanager opgenomen. De casemanager is het centrale aanspreekpunt voor de cliënt en tevens contactpersoon voor de GG&GD, de RIAGG en Arbeidsvoorziening.

#### *Behandelfase*

De behandelfase bestaat uit 10 tot 15 gesprekken met een RIAGG-hulpverlener, een zogenaamde kortdurende behandeling. Het belangrijkste doel van de behandeling is dat de cliënt zicht krijgt op zijn eigen functioneren en zich realiseert dat hij hier zelf invloed op kan uitoefenen. Men tracht de cliënt hiertoe te activeren. Een tweede doel van de behandeling is vermindering van de klachten van de cliënt. De gehanteerde methodiek hangt af van de geconstateerde klachten. In eerste instantie zijn drie hulpverleners voor het project vrijgemaakt die ervaring hebben met migranten en arbeidsproblematiek. Bij deze hulpverleners vindt

eveneens deskundigheidsbevordering plaats. Daarnaast is het de bedoeling om een signaleringsonderzoek uit te voeren. Dit houdt in dat de RIAGG de eventuele problemen die de deelnemers bij hun instroom in (on)betaalde arbeid ondervinden inventariseert, evenals hun behoefte aan verdere ondersteuning. Het doel van deze ondersteuning is de deelnemers, die lange tijd uit het arbeidsproces zijn, beter toe te rusten om (on)betaalde arbeid te verrichten. Tijdens het project wordt een opzet gemaakt voor een (groeps-)ondersteunings-aanbod, dat in een mogelijk vervolgproject aan de nieuwe deelnemers kan worden aangeboden.

Tijdens de behandelfase houdt de RIAGG de medisch adviseur van de GG&GD op de hoogte over de voortgang en het resultaat van de behandeling. De medisch adviseur informeert de casemanager. De casemanager bepaalt vervolgens welke stappen genomen moeten worden voor werktoeleiding en bemiddeling. Het is de bedoeling dat het traject naar werktoeleiding naadloos aansluit op de behandeling. Ruim voor afronding van de RIAGG-hulp kijkt de arbeidsconsulent van Arbeidsvoorziening, samen met de medisch adviseurs van Arbeidsvoorziening en GG&GD en met de RIAGG, naar de bemiddelbaarheid van de cliënt voor werk en zijn kansen op de arbeidsmarkt. De casemanager wordt hierover geïnformeerd. In de eindfase van de behandeling kunnen, in overleg tussen de RIAGG-hulpverlener, de medisch adviseur en de cliënt, eventueel "stagebezoeken" worden geregeld op de toekomstige werkplek. Dit dient om de continuïteit van het traject te versterken en de cliënt te activeren voor werk.

#### *Vervolgfase*

Na de behandeling wordt de cliënt toegeleid naar werk in de vervolgfase. Afhankelijk van de wensen en mogelijkheden van de cliënt en zijn bemiddelbaarheid, betreft dit betaald of onbetaald werk. De casemanager stelt, samen met Arbeidsvoorziening, RIAGG en GG&GD, het vervolgtraject van de cliënt vast.

Een betaalde baan kan reguliere of gesubsidieerde arbeid zijn. De bemiddeling naar regulier werk vindt plaats via Arbeidsvoorziening. Die regelt in dat geval ook de stagebezoeken. Voorbeelden van gesubsidieerde arbeid zijn de zogenaamde Melkertbanen en werkervaringsplaatsen. Melkertbanen zijn reguliere banen in de non-profit sector, die een additioneel en ondersteunend karakter hebben en op deze manier extra werkgelegenheid creëren. Werkervaringsplaatsen bieden de mogelijkheid om, gedurende maximaal 12 maanden, bij een bedrijf of instelling werkervaring op te doen. Bij zowel de Melkertbaan als de werkervaringsplaats wordt de werkgever door subsidies gestimuleerd en wordt de cliënt door de werkgever en Sociale Zaken begeleid. De bemiddeling naar een Melkertbaan kan via Arbeidsvoorziening of via Sociale Zaken gaan, de werkervaringsplaatsen worden via Sociale Zaken geregeld.

Als tijdens het behandelingstraject blijkt dat een baan op de reguliere arbeidsmarkt (nog) niet haalbaar of wenselijk is, is toeleiding naar onbetaald werk het streven. Cliënten worden gestimuleerd om sociaal actief te worden, bijvoorbeeld door vrijwilligerswerk te gaan doen. De toeleiding naar onbetaald werk wordt gecoördineerd door Sociale Zaken. Cliënten worden begeleid in de oriëntatie op hun mogelijkheden op dit gebied en kunnen eventueel worden vrijgesteld van sollicitatieplicht.

Tijdens de vervolgfase worden de cliënten gevolgd door Sociale Zaken en eventueel door Arbeidsvoorziening, onder meer om vroegtijdige uitval uit het werk te voorkomen. Dit geldt niet alleen voor de deelnemers die betaald werk verrichten, maar ook voor degenen die vrijwilligerswerk doen. Cliënten die reguliere arbeid verrichten, worden gevolgd door Arbeidsvoorziening. Cliënten die gesubsidieerd werk doen, worden gevolgd door Sociale Zaken, samen met de medisch adviseur van de GG&GD. De casemanager heeft in alle gevallen een centrale rol bij het volgen van de cliënt. Gedurende het hele traject kan de casemanager worden ingeschakeld als zich problemen voordoen die het traject belemmeren, bijvoorbeeld problemen met de uitkeringsinstantie. Als het traject van een cliënt tijdelijk onderbroken wordt, blijft de casemanager, samen met de medisch adviseur van de GG&GD, contact onderhouden met de cliënt.

Samengevat komt het pilotproject dus neer op een goede diagnostiek en verwijzing door de medisch adviseurs van de GG&GD naar de RIAGG; kortdurende RIAGG-hulp; afstemming van RIAGG-hulp op toeleiding en bemiddeling naar betaalde of onbetaalde arbeid door Arbeidsvoorziening en Sociale Zaken en het volgen van de cliënt om uitval in de eerste periode te voorkomen.

### **Projectorganisatie**

In de aanloopfase van het project (1995-1998) is er, in wisselende samenstelling, een projectgroep actief geweest. De leden van deze projectgroep hadden deels een inhoudelijke en deels een beleidsmatige betrokkenheid bij het project Perspectief. Bij de start van het pilotproject is gekozen voor een iets gewijzigde structuur. De projectgroep is opgeheven en er is een kern- en een werkgroep ingesteld. De kerngroep bestaat uit vertegenwoordigers van de vier samenwerkingspartners met een aansturende functie in hun organisatie. De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de vier samenwerkingspartners met een uitvoerende functie in hun organisatie. Het project wordt, evenals in de aanloopfase, aangestuurd door een projectleider, afkomstig van de RIAGG, afdeling Preventie.



## 2 De procesevaluatie

In het project *Perspectief* wordt een interventie uitgevoerd voor een tamelijk moeilijke doelgroep, door een aantal instellingen die daarvoor niet of nauwelijks met elkaar samengewerkt hebben. Daarom is het goed kritisch te kijken naar de voortgang van het project en de factoren die de voortgang bevorderen of belemmeren. Het doel van de evaluatie is dit proces in kaart brengen. Op grond van deze informatie kan besloten worden of en zo ja, onder welke voorwaarden, het zinnig is het pilotproject voort te zetten en welke bijstellingen eventueel nodig zijn. Daarnaast kunnen aanbevelingen worden gedaan voor de toekomst van een dergelijke aanpak. Dit is niet alleen van belang voor de projectpartners in Utrecht, maar ook voor vergelijkbare instellingen elders in het land.

### 2.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen

In het project *Perspectief* werken verschillende partners samen om een gemeenschappelijk doel te bereiken: het vergroten van het maatschappelijk perspectief voor een moeilijk bemiddelbare groep werklozen, voor wie over het algemeen weinig gedaan wordt en die gemarginaliseerd dreigen te raken. Gezien de verschillende achtergronden van de samenwerkingspartners, ligt het voor de hand dat elke partner dit doel op een verschillende manier inhoud geeft. Voor de RIAGG zal bijvoorbeeld met name het succes van de behandeling voorop staan en de verandering die dit bij de cliënt teweeg brengt, zodat hij weer actief kan deelnemen aan het maatschappelijk leven, terwijl het Arbeidsvoorziening vooral om (het succes van) de toeleiding naar werk zal gaan. Het is daarom in eerste instantie van belang eventuele verschillen in doelen en verwachtingen goed in kaart te brengen, zodat vastgesteld kan worden in hoeverre het project aan de verwachtingen van alle deelnemende partijen voldoet. Daarnaast dienen ook de verwachtingen ten aanzien van het proces (de eigen inzet en de inzet van de andere partners, samenwerking etc.) geïnventariseerd te worden.

De samenwerking van de diverse partners, de onderlinge afstemming van activiteiten en de informatie-uitwisseling zijn cruciale elementen in dit project, maar de partners hebben daar weinig tot geen ervaring mee. Zo is het belangrijk dat de medisch adviseur van de GG&GD de 'juiste' cliënten selecteert voor het project en dat hij/zij hen weet te motiveren voor deelname aan het project *Perspectief*. In de tweede fase van het traject (de behandeling) dient er een goede informatie-uitwisseling plaats te vinden tussen de verschillende partners, zodat het vervolgetraject naadloos aan kan sluiten op het behandeltraject. Samenwerking en onderlinge afstemming is het tweede onderdeel dat in de procesevaluatie aan bod dient te komen.

Daarnaast wordt in het project een aantal concrete activiteiten ontwikkeld, die geëvalueerd dienen te worden: de bijscholingsactiviteiten voor medisch adviseurs, de selectie van de cliënt, de doorverwijzing en motivatie door de GG&GD, de intake en behandeling door de RIAGG, de deskundigheidsbevordering van de RIAGG-hulpverleners alsmede individuele bemiddeling en trajectbegeleiding naar (on)betaald werk en het volgen van de cliënt tijdens het vervolgetraject door Sociale Zaken en Arbeidsvoorziening.

Voor het slagen van het project is het tenslotte ook belangrijk inzicht te krijgen in de belemmerende en bevorderende factoren voor de cliënt, de verwachtingen die hij ervan heeft en wat hij er uiteindelijk aan heeft gehad. Ook de behoefte aan ondersteunende hulpverlening tijdens of na de behandeling dient geïnventariseerd te worden.

De bovenstaande aspecten zijn uitgewerkt in de volgende onderzoeksvragen:

- 1 *'Wat zijn de doelen en verwachtingen van de partners in het project Perspectief? Wat verwacht men bereikt te hebben aan het eind van het pilotproject en wat verwacht men op de lange termijn? Welke verwachtingen heeft men van elkaar en van de onderlinge samenwerking en hoe ziet men de eigen inbreng in het project? Zijn deze verwachtingen aan het eind van het pilotproject uitgekomen?'*
- 2 *'Hoe zijn de samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling tussen de diverse partners gestructureerd en hoe verlopen deze?'*
- 3 *'Wat is de opzet en inhoud van de activiteiten binnen dit project en hoe worden deze uitgevoerd? Wat zijn hierbij knelpunten en wat zijn de resultaten? Concreet gaat het hierbij om de volgende activiteiten:*
  - a *Bijscholing voor medisch adviseurs van GG&GD en Arbeidsvoorziening*
  - b *Selectie van cliënten (bepalen RIAGG-geïndiceerde psychische problematiek door de medisch adviseur)*
  - c *Doorverwijzing en motivatie van cliënten door de GG&GD*
  - d *Intake en behandeling door de RIAGG*
  - e *Deskundigheidsbevordering RIAGG-hulpverleners*
  - f *Individuele bemiddeling en trajectbegeleiding naar (on)betaald werk en het volgen van de cliënt tijdens het vervolgtraject'.*
- 4 *'Wat zijn de ervaringen van cliënten die in het project Perspectief participeren? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren, welke knelpunten ervaren zij? Wat is de behoefte aan ondersteunende hulp tijdens en na de behandelfase?'*

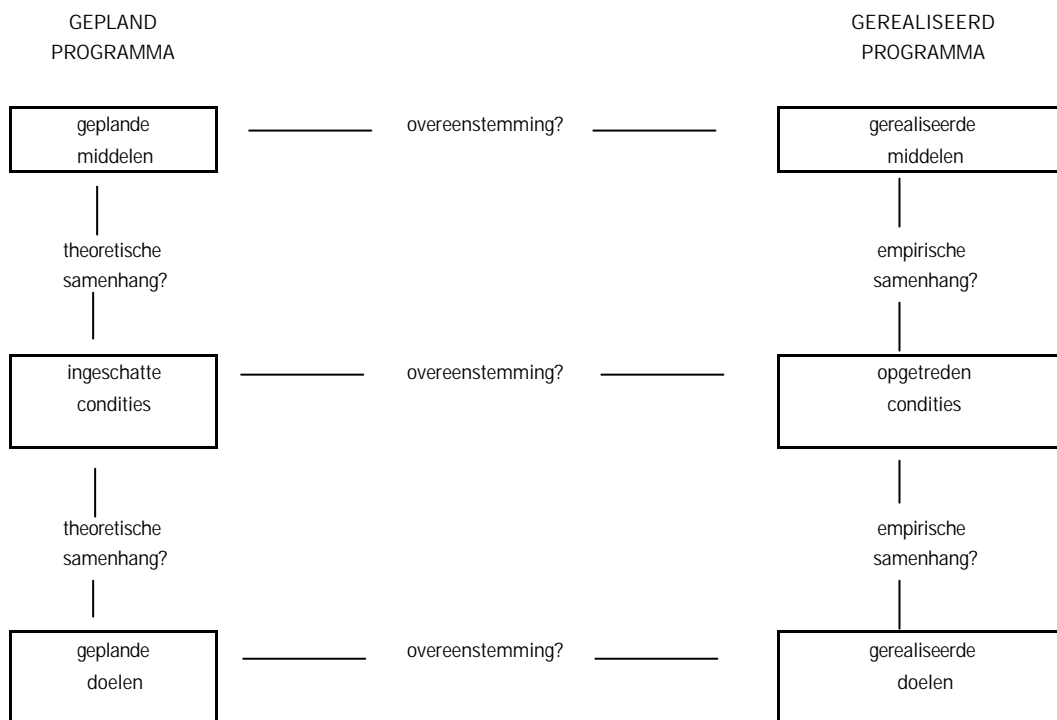
## 2.2 Conceptueel kader

De procesevaluatie is uitgevoerd volgens de principes van programma-evaluatie. Programma-evaluatie is gericht op het begrijpen en beoordelen van relaties tussen doelen en activiteiten. Een programma kan gedefinieerd worden als een goed omschreven en in de tijd gefaseerd complex van activiteiten ter realisering van bepaalde, goed omschreven doelstellingen (Schnabel 1984). Het begrip programma in deze context wordt zeer ruim gebruikt. Het kan bijvoorbeeld gaan om beleidsmaatregelen van de overheid of specifieke projecten in diverse velden als de (geestelijke) gezondheidszorg, onderwijs of welzijn (Dekker en Leeuw 1989, Donker 1990). Ook het project Perspectief kan opgevat worden als een programma. In de literatuur over programma-evaluatie worden vele verschillende modellen en benaderingen onderscheiden. In een van de meest traditionele evaluatiebenaderingen, de doelgerichte benadering, wordt uitgegaan van de doelen zoals deze door het programma gesteld worden. Onderzocht wordt in hoeverre de doelen bereikt worden. Het verschil tussen de gestelde doelen en de mate waarin deze zijn bereikt, bepaalt het succes van het programma (Dekker en Leeuw 1989).

Een voorbeeld van een doelgericht evaluatiemodel is het model van Stake (1967), waarvan voor deze procesevaluatie gebruik wordt gemaakt. Oorspronkelijk ontwikkeld voor de evaluatie

van onderwijskundige programma's, is het later ook toegepast op projecten binnen de gezondheidszorg (Sixma e.a.1993, Bekkers e.a. 1997). In het model van Stake bestaat een programma uit een samenhangend geheel van doelstellingen, middelen en condities. Middelen worden omschreven als de instrumenten die gebruikt worden om een bepaalde doelstelling te bereiken. De samenhang tussen de doelen en de middelen wordt gespecificeerd door een of meerdere condities. De condities geven de voorwaarden aan waaronder de inzet van een bepaald middel leidt tot het bereiken van het doel. Het conceptuele kader staat afgebeeld in figuur 2.1. In het model wordt ervan uitgegaan dat er een theoretische en empirische samenhang tussen deze elementen bestaat. Een evaluatie-onderzoek houdt volgens dit model in dat het geplande programma vergeleken wordt met het werkelijk gerealiseerde programma.

Figuur 2.1: Conceptueel kader voor een programma-evaluatie naar het model van Stake (1967)



### 2.3 Gepland programma

In deze paragraaf wordt het geplande programma van het project *Perspectief* uitgewerkt volgens het model van Stake. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de algemene doelstelling, de operationele doelen, de geplande middelen en de ingeschatte condities. Als bron hebben we gebruik gemaakt van het projectplan, zoals dat door de projectgroep *Perspectief* gemaakt is (Samenwerkingsverband "Perspectief" 1998).

De algemene doelstelling van het project is het toeleiden naar (on)betaalde arbeid van 12 Marokkaanse mannelijke Abw-cliënten met psychische problematiek. De volgende 6 operationele doelen kunnen worden onderscheiden:



Op cliëntniveau:

- 1 12 cliënten werven, selecteren en motiveren voor deelname
- 2 verminderen van de psychische problematiek van deze 12 cliënten
- 3 deze 12 cliënten bemiddelen naar (on)betaalde arbeid
- 4 (vroegtijdige) uitval van deze cliënten uit (on)betaald werk voorkomen

Op instellingsniveau:

- 5 vergroten van de deskundigheid in signalering van psychische problematiek en adequate verwijzing bij de medisch adviseurs
- 6 verbeteren van de afstemming tussen de deelnemende instellingen voor een doorlopend en doelmatig traject voor de cliënt

Om deze operationele doelen te bereiken worden de volgende activiteiten uitgevoerd:

- 1 reguliere spreekuurgesprekken van de medisch adviseurs GG&GD met potentiële cliënten
- 2 kortdurende RIAGG-behandeling
- 3 individuele bemiddeling naar (on)betaald werk door casemanager Sociale Zaken of consulent Arbeidsintegratie<sup>1</sup>
- 4 individuele trajectbegeleiding door casemanager Sociale Zaken of consulent Arbeidsintegratie
- 5 uitvoeren signaleringsonderzoek voor verdere ondersteuning van cliënten door RIAGG
- 6 (op basis van het signaleringsonderzoek) ontwikkelen van (groeps-)ondersteuningsaanbod door RIAGG
- 7 volgen van de cliënt tijdens het vervolgtraject door casemanager Sociale Zaken
- 8 cursus deskundigheidsbevordering voor medisch adviseurs
- 9 periodieke casuïstiekbesprekingen tussen medisch adviseurs en RIAGG-hulpverleners
- 10 vergaderingen kern- en werkgroep
- 11 (informeel) bilateraal overleg

De algemene doelstelling, de operationele doelen en de corresponderende geplande activiteiten zijn samengevat in schema 2.1.

---

<sup>1</sup> In januari 1999 werd Arbeidsintegratie partner in het project in plaats van Arbeidsvoorziening. Een en ander had te maken met de doelgroep van het project (zie ook hoofdstuk 3).

Schema 2.1: Geplande operationele doelen en middelen van het project Perspectief

<b>Algemene doelstelling: het toeleiden naar (on)betaalde arbeid van 12 Marokkaanse mannelijke Abw-clënten met psychische problematiek</b>		
	Operationele doelen	Geplande middelen / activiteiten
op cliëntniveau:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 cliënten werven, selecteren en motiveren voor deelname</li> <li>- verminderen van de psychische problematiek van deze 12 cliënten</li> <li>- deze 12 cliënten bemiddelen naar (on)betaalde arbeid</li> <li>- (vroegtijdige) uitval van deze cliënten uit (on)betaald werk voorkomen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reguliere spreekuurgesprekken van de medisch adviseurs GG&amp;GD met potentiële cliënten</li> <li>- kortdurende RIAGG-behandeling</li> <li>- individuele bemiddeling naar (on)betaald werk door casemanager Sociale Zaken of consulent Arbeidsintegratie</li> <li>- individuele trajectbegeleiding door casemanager Sociale Zaken of consulent Arbeidsintegratie</li> <li>- uitvoeren signaleringsonderzoek voor verdere ondersteuning van cliënten door RIAGG</li> <li>- (op basis van het signaleringsonderzoek) ontwikkelen van (groeps-)ondersteunings-aanbod door RIAGG</li> <li>- volgen van de cliënt tijdens het vervolgtraject door casemanager Sociale Zaken</li> </ul>
op instellingsniveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vergroten van de deskundigheid in signalering van psychische problematiek en adequate verwijzing bij de medisch adviseurs</li> <li>- verbeteren van de afstemming tussen de deelnemende instellingen voor een doorlopend en doelmatig traject voor de cliënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cursus deskundigheidsbevordering voor medisch adviseurs</li> <li>- periodieke casuïstiekbesprekingen tussen medisch adviseurs en RIAGG-hulpverleners</li> <li>- vergaderingen kern- en werkgroep</li> <li>- (informeel) bilateraal overleg</li> </ul>

De condities in het model van Stake tenslotte, geven aan onder welke voorwaarden de inzet van bepaalde activiteiten leidt tot het bereiken van het doel. In het project Perspectief kunnen de volgende 7 condities onderscheiden worden:

- 1 Voldoen aan personele en financiële randvoorwaarden binnen de instellingen
- 2 Inzet (beleidsmatige betrokkenheid) van de verschillende samenwerkingspartners
- 3 Inzet (motivatie) van de deelnemers
- 4 Continuïteit van het traject
- 5 Kwaliteit van samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling
- 6 Kwaliteit van de uitgevoerde onderdelen (zie schema 2.2)
- 7 Kwaliteit van de opgedane kennis (bijscholing medisch adviseurs, deskundigheidsbevordering hulpverleners)

Op elk van de condities wordt hieronder kort ingegaan. De eerste conditie betreft het voldoen aan de personele en financiële randvoorwaarden binnen de betrokken instellingen.

Dit betekent in de praktijk onder meer of, binnen de verschillende instellingen, de betrokken medewerkers op uitvoerend niveau voldoende tijd vrijmaken voor de taken die zij voor het

project Perspectief moeten uitvoeren. De tweede conditie, de beleidsmatige betrokkenheid van de instellingen, hangt hier nauw mee samen. De betrokken instellingen hebben in de voorbereidingsfase bepaalde toezeggingen gedaan om het project goed te laten verlopen. De RIAGG bijvoorbeeld, die kampt met lange wachtlijsten, heeft toegezegd dat de Perspectiefcliënten met voorrang behandeld zullen worden om de continuïteit en tijdsplanning van het traject te waarborgen. Het is van belang na te gaan of aan beide condities, die spelen op instellingsniveau en waarbij de rol van het management of de leidinggevenden zeer belangrijk is, voldaan wordt.

Een derde, zeer essentiële, conditie betreft de motivatie van de deelnemers. Aan de deelnemers van het project Perspectief kan nog zoveel kwalitatief hoogwaardige hulp en begeleiding worden geboden, uiteindelijk valt of staat het resultaat van het project toch met de inzet en motivatie van de deelnemers zelf. De continuïteit van het traject is de vierde conditie. Op het moment dat er grote gaten in het traject zullen vallen, met name bij de overgang van de ene fase naar de andere, is de kans dat cliënten afhaken tamelijk groot.

De laatste drie condities tenslotte, hebben betrekking op de kwaliteit van de onderdelen van het programma. Allereerst gaat het om de kwaliteit van de samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling. Aangezien in het project Perspectief een viertal instellingen met elkaar voor 12 cliënten een doorlopend traject moeten verzorgen, waarin de verschillende onderdelen naadloos op elkaar dienen aan te sluiten, is het essentieel dat er een goede samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling plaatsvindt. Ook de kwaliteit van de uitgevoerde onderdelen van het project speelt een belangrijke rol (zie schema 2.2 voor een overzicht van de uitgevoerde onderdelen met de betrokken uitvoerders). Zo is het bijvoorbeeld in de voorfase van belang dat de medisch adviseurs van de GG&GD de juiste cliënten weten te selecteren en dat het hen ook lukt deze potentiële cliënten te motiveren voor deelname. In verband met de vervolgfase is het bijvoorbeeld van belang dat voldoende bemiddeling en trajectbegeleiding plaatsvindt vanuit Sociale Zaken en Arbeidsintegratie, zodat de cliënten op de juiste arbeidsplek terechtkomen. De laatste conditie tenslotte, betreft de kwaliteit van de opgedane kennis. Om de juiste cliënten te selecteren en te verwijzen naar de RIAGG, moeten de medisch adviseurs (RIAGG-geïndiceerde) psychische problematiek beter kunnen onderkennen. Dit impliceert dat zij tijdens de voor hen georganiseerde bijscholing adequate, en voldoende, kennis en vaardigheden hieromtrent hebben opgedaan. Als de kwaliteit van een of meerdere van deze onderdelen onvoldoende is, zal dit uiteraard het succes van het project zal beïnvloeden.

Schema 2.2: Overzicht van de uitgevoerde onderdelen in het project Perspectief

Fase	Uitvoerders	Onderdeel
fase 1	RIAGG	- bijscholing voor medisch adviseur
	GG&GD, Sociale Zaken	- werving - selectie - motivatie - doorverwijzing
fase 2	RIAGG	- intake - behandeling
fase 3	Sociale Zaken, Arbeidsvoorziening	- bemiddeling naar werk - trajectbegeleiding - volgen van de cliënt

## 2.4 Opzet en methoden

De onderzoeksvragen worden beantwoord door middel van interviews met relevante betrokkenen en documentanalyse.

Gedurende de looptijd van het project zijn drie interviewrondes gehouden met de betrokken medewerkers op uitvoerend (werkgroep) en aansturend (kerngroep) niveau van de vier deelnemende instellingen. De eerste ronde heeft plaatsgevonden vlak na de start van het project. De tweede ronde heeft halverwege het project plaatsgevonden, toen het proces in volle gang was en de derde ronde vlak voor het eind van het project. Niet alleen de leden van kern- en werkgroep zijn geïnterviewd, maar ook de uitvoerders/hulpverleners binnen de instellingen, die niet in een extern overleg vertegenwoordigd waren. Schema 2.3 geeft een overzicht van de drie interviewrondes en de respondenten. De interviews zijn gehouden aan de hand van semi-structureerde vragenlijsten. Deze zijn ter inzage aanwezig op het Nivel. Alle interviews zijn op band opgenomen, vervolgens (enigszins samengevat) uitgewerkt en ter autorisatie voorgelegd aan de geïnterviewde.

Schema 2.3: Overzicht interviewrondes met medewerkers van de vier instellingen

Ronde	Tijdstip	Respondenten	Aantal
I	april-mei 1999	alle betrokkenen op uitvoerend en aansturend niveau* (Sociale Zaken, GG&GD, RIAGG, Arbeidsintegratie)	N = 13
*-projectleider Perspectief -projectleider en casemanager Sociale Zaken en Werkprojecten -stafmedewerker en 3 medisch adviseurs GG&GD -teamcoördinator en 3 hulpverleners (behandelaars) RIAGG -afdelingshoofd en arbeidsdeskundige Arbeidsintegratie			
II	januari-februari 2000	relevante betrokkenen op uitvoerend niveau* (Sociale Zaken, GG&GD, RIAGG)	N = 7
*-projectleider Perspectief -hoofd toeleidingsbureau Sociale Zaken en Werkprojecten -stafmedewerker en 1 medisch adviseur GG&GD -teamcoördinator en 2 hulpverleners (behandelaars) RIAGG			
III	augustus-december 2000	betrokkenen op uitvoerend en aansturend niveau* (Sociale Zaken, GG&GD, RIAGG, Arbeidsintegratie)	N = 11
*-projectleider Perspectief (2 maal) -hoofd toeleidingsbureau Sociale Zaken en Werkprojecten -stafmedewerker en 1 medisch adviseur GG&GD -teamcoördinator en 5 hulpverleners (behandelaars) RIAGG -arbeidsdeskundige Arbeidsintegratie			

In de vragenlijsten is een viertal thema's aan de orde gekomen:

- 1 Doelen en verwachtingen
- 2 Samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling
- 3 Ervaringen en knelpunten

## 2.5 Evaluatie concrete activiteiten

De aandachtspunten van de interviews verschilden al naar gelang de ronde. In de eerste ronde lag de focus op de inventarisatie van doelen en verwachtingen over het project in het algemeen en de samenwerking in het bijzonder, en zijn de afspraken omtrent samenwerking en afstemming in kaart gebracht. In de tweede ronde is nagegaan hoe de samenwerking, afstemming en informatie-uitwisseling in de praktijk gestalte kregen en zijn de ervaringen en knelpunten tot dan toe geïnventariseerd. De vragen in de derde ronde hadden een meer evaluatief karakter: tijdens deze interviews zijn niet alleen de uiteindelijke knelpunten en ervaringen geïnventariseerd, maar is ook nagegaan in hoeverre de doelen en verwachtingen van de betrokkenen uitgekomen zijn, wat in hun ogen de bevorderende en belemmerende factoren zijn geweest en in hoeverre hij of zij het project als een succes heeft beschouwd. Daarnaast zijn in alle drie de interviewrondes de voor de betreffende fase relevante activiteiten zoals selectie, doorverwijzing en motivatie van cliënten, de intake en behandeling door de RIAGG en de bemiddeling en trajectbegeleiding naar het vervolgtraject, besproken en geëvalueerd.

Aan het eind van het project is ook de doelgroep van het project Perspectief - i.c. vier Marokkaanse cliënten - geïnterviewd. Aan hen is gevraagd wat hun ervaringen zijn geweest en in hoeverre zij iets aan het project gehad hebben.

Om de cliënten te kunnen volgen in het traject zijn twee cliëntvolgschema's gemaakt (bijlage 1). Het eerste schema beslaat de periode vanaf het moment van doorverwijzing voor het project Perspectief door de medisch adviseur van de GG&GD tot en met de start van de RIAGG-behandeling (eerste fase). In het tweede schema wordt het verloop van de RIAGG-behandeling en de aansluiting op het vervolgtraject (tweede fase) gevolgd. Daarnaast is een cliëntprofiel ontwikkeld met als doel een indruk te verkrijgen van de problematiek, de zelfredzaamheid, het activiteitsniveau en de motivatie van de cliënt voor de start van het project (zie verder hoofdstuk 8). Naast de interviews zijn relevante documenten van het project bestudeerd en geanalyseerd. Het gaat in de eerste plaats om de notulen van de vergaderingen van de kern- en werkgroep, onder meer om te bepalen in hoeverre samenwerkingsafspraken op papier zijn gezet en afstemming en informatie-uitwisseling in formele afspraken zijn geregeld en welke bijstellingen in de projectuitvoering hebben plaatsgevonden. Ten tweede zijn de evaluatieformulieren van de medisch adviseurs van GG&GD en Arbeidsvoorziening over de nascholing bestudeerd. Om de voortgang van het project goed te kunnen volgen, is een procedure ingesteld, bestaande uit een regelmatige belronde met sleutelfiguren aan de hand van een checklist en het bestuderen van de notulen. Deze procedure is samengevat in het bovenste deel van schema 2.4, dat een overzicht geeft van de gebruikte informatiebronnen voor de procesevaluatie.

Schema 2.4: Overzicht van informatiebronnen t.b.v. de procesevaluatie

Soort informatie	Frequentie	Doel
belronde sleutelfiguren (casemanager Sociale Zaken, teamcoördinator RIAGG) aan de hand van een checklist	1 x per 6-8 weken	projectvoortgang, knelpunten, bijstellingen
notulen vergaderingen kern- en werkgroep	ongeveer 1 x per 6-8 weken	projectvoortgang, knelpunten, bijstellingen, evaluatie
cliëntvolgschema's ingevuld door sleutelfiguren (medisch adviseur GG&GD, teamcoördinator RIAGG)	1 x per 6-8 weken	projectvoortgang, evaluatie
cliëntprofielen ingevuld door de medisch adviseur GG&GD	eenmalig	Evaluatie
evaluatieformulieren van de nascholing (medisch adviseurs GG&GD en Arbeidsvoorziening)	eenmalig	Evaluatie
interviews met medewerkers instellingen	3 x gedurende de looptijd van het project	Evaluatie
interviews met cliënten en uitvallers	eenmalig	Evaluatie

In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 3) wordt ingegaan op de doelen en verwachtingen die de vier samenwerkingspartners aan het begin van het pilotproject hadden, alsmede op de mate waarin deze doelen en verwachtingen aan het eind van het project zijn verwezenlijkt. Hoofdstuk 4 concentreert zich op de samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling tussen de diverse partners, terwijl in de hoofdstukken 5, 6 en 7 de concrete activiteiten in de verschillende fasen (voorfase, behandelfase, vervolgfase) centraal staan. In hoofdstuk 8 komen de ervaringen van cliënten aan de orde, alsmede hun profiel in de ogen van de medisch adviseur van de GG&GD. Hoofdstuk 9 bevat een samenvatting, conclusies en aanbevelingen.



## 3 Doelen en verwachtingen

Midden 1999 is aan alle partners in het project gevraagd wat voor hen (ook persoonlijk) het doel van het project was, wanneer het project volgens hen geslaagd zou zijn en hoe groot de kans werd geacht dat het doel van het project bereikt werd, zowel op cliëntniveau als op instellingsniveau. Aan het eind van het pilotproject is aan de partners gevraagd wat hun ideeën waren over het behalen van deze doelen en het uitkomen van de verwachtingen.

In dit hoofdstuk worden de bevindingen hieromtrent weergegeven.

### 3.1 Doelen en verwachtingen

#### *Sociale Zaken*

Als het primaire doel wordt aangegeven *"het werven en uit plaatsen van kandidaten naar, liefst betaald, werk"*. Tweede doel is *"dat er een goede samenwerking ontstaat tussen de verschillen-de organisaties. Dat betekent dat de organisaties op een lijn zitten"*.

Men zou graag zichtbaar willen maken dat er in de onderhavige doelgroep (moeilijk bemiddelbare allochtonen op de arbeidsmarkt) meer potentie zit dan over het algemeen wordt aangenomen. Ook hoopt men dat de kortdurende hulpverlening mensen kan laten inzien dat er wel mogelijkheden zijn om iets te bereiken. De pilot wordt gezien als een manier om aan te tonen dat deze aanpak werkt. Mogelijk biedt het een meer structurele vorm van samenwerking met de RIAGG.

Het project is geslaagd te noemen als halverwege en aan het einde van het traject duidelijker is geworden wat de wensen van de cliënten zijn en welke vervolgstappen mogelijk zijn en/of zijn genomen. Er wordt aangegeven dat men zou willen weten of de cliënten actiever zijn geworden en wat de rol van de kortdurende hulpverlening daarin is geweest. Verder wordt aangegeven dat het project geslaagd is als de kandidaten daadwerkelijk op een werkplek komen.

Over de kans van slagen van het project is men niet helemaal zeker. Hoewel enerzijds wordt aangegeven dat het moet lukken om een groep cliënten voor het traject te vinden wordt anderzijds aangegeven dat de slagingskans nog valt te bezien in het licht van de moeizaam op gang komende aanmeldingen bij de RIAGG.

#### *Arbeidsintegratie*

Als doel van het project wordt gezien om een deel van deze specifieke groep Marokkanen aan het werk te krijgen. Er wordt aangegeven dat het een uitdaging is om met deze moeilijke doelgroep aan de slag te gaan. In het kader van het project Perspectief is het de grootste uitdaging om te bekijken wat er met de combinatie van de behandeling van psychische klachten en reïntegratie naar werk te bereiken valt. Wel wordt aangegeven dat het traject dat men nodig heeft om iemand naar betaalde arbeid toe te leiden mogelijk meer dan twee jaar zou kunnen gaan duren en dat de tijd die er binnen het project Perspectief voor is uitgetrokken wellicht wat kort zal blijken te zijn. Ook wordt vermeld dat men graag in het *"begin van het traject dat de cliënten doorlopen reeds zicht zou willen hebben op het te bereiken doel. Ik zou graag in het begin willen kijken hoe kansrijk de mensen zijn voor ons. Dus de kansen op de arbeidsmarkt inschatten. En ook bij sociale activering moet je kijken wat er daarna kan gebeuren"*.

Men ziet het project als geslaagd als er meer inzicht is verkregen in wat mogelijk is met deze specifieke doelgroep (langdurig werkloze Marokkaanse mannen met psychische problematiek)



en als het lukt om een deel van de groep naar werk toe te leiden. Men vindt het moeilijk om op voorhand aan te geven of de arbeidsdoelstelling bereikt zal worden.

#### GG&GD

Het behoort ook tot de *"taakstelling van de GG&GD extra aandacht te geven aan zwakke groepen in de samenleving"*. Men geeft aan dat er extra aandacht moet zijn voor een groep die anders *"(maatschappelijk) buiten de boot dreigt te vallen en waar de complete hulpverlening op stuk loopt"*. Ook moet bij het omgaan met deze groep cliënten de specifieke gezondheids- en migrantensituatie worden betrokken. Het doel van het project is mensen meer perspectief in hun bestaan te bieden en uit de negatieve spiraal te helpen komen, zodat men weer wat zelfstandiger kan functioneren. Maar daarvoor *"moet er bij mensen zelf ook een omslag plaatsvinden"*. De omslag die plaats zou moeten vinden heeft betrekking op de relatie tussen ziek zijn en arbeidsongeschikt zijn: *"Als iemand reeds lange tijd in de WAO zit en er wordt gezegd dat hij weer aan het werk kan dan snapt hij dat niet. Want hij gebruikt nog medicijnen en heeft nog pijn en dan beschouwt hij zichzelf als arbeidsongeschikt"*. Hiermee samenhangend wordt aangegeven dat er ook anders wordt omgegaan met ziek zijn: *"Bij Nederlanders is de rol van de zieke veel actiever. Als er gezegd wordt dat men een behandeling moet doen en daarnaast thuis moet blijven oefenen en bepaalde medicijnen moet gebruiken dan wordt dat meestal ook gedaan. Bij Marokkanen lukt dat minder, zij stellen zich vaak heel passief op en zijn vaak niet therapietrouw"*.

Het doel is voor de GG&GD behaald wanneer mensen zich maatschappelijk actief gaan inzetten door middel van betaald of onbetaald werk. De stafmedewerker hoopt dat er gestandaardiseerde richtlijnen komen (protocollen). Als dat lukt is het wellicht mogelijk om die gestandaardiseerde richtlijnen uit te breiden naar en in te zetten bij andere cliëntgroepen.

De kans van slagen heeft onder meer te maken met de manier waarop de samenwerking met de andere partners verloopt en of het lukt om gezamenlijk cliënten te motiveren.

#### RIAGG

Het doel van het project, zo geeft men aan, is het activeren van langdurig werkloze Marokkaanse mannen, vanuit de gedachte dat zij zich daardoor beter en gezonder gaan voelen en beter gaan functioneren. Bij de RIAGG-behandelaars is de gedachte dat betaalde arbeid het doel van het project is, losgelaten. Het doel is meer het *"in beweging brengen"* van mensen, zodat zij zich gezonder gaan voelen: *"Ooit was het doel van het project werk, maar van mensen die al zolang uit de arbeidssituatie zijn kan je haast niet verwachten dat ze binnen de loop van het project weer aan betaalde arbeid toekomen"* en *"mensen zouden het liefst moeten werken, maar als dat niet kan, dat zouden zij ter vervanging iets actiefs moeten doen"*.

Het project is geslaagd te noemen als de helft van de cliënten door het traject heen komt en aantoonbaar anders is gaan functioneren: *"Niet meer de hele tijd thuis passief zitten wachten"*. Ook wordt aangegeven dat het een *"belangrijk winstpunt zal zijn als de samenwerking met de andere partners goed gaat lopen"*. Men heeft overigens met betrekking tot de samenwerking en onderlinge afstemming *"geen aanleiding om aan te nemen dat een van de partners het erbij zal laten zitten"*.

Over de kans van slagen van het project zijn de behandelaars niet zo zeker. Er wordt aangegeven dat men het niet (meer) weet of dat men daar niet onverdeeld positief over is. Voor een deel heeft deze houding te maken met het feit dat indertijd de aanmeldingen van cliënten bij de RIAGG moeizaam verliepen.

#### Projectleider

De projectleider signaleert dat cliënten een lang traject door moeten voordat er een interventie plaatsvindt. Er heeft bij haar enigszins een verlegging van de criteria ten aanzien van 'het succesvol zijn van het project' plaatsgevonden. Een belangrijk doel is nu geworden te proberen de interne procedures en processen bij de verschillende organisaties zodanig te verbeteren en

op elkaar af te stemmen dat potentiële cliënten voor behandelingsinterventie eerder opgemerkt worden.

### **3.2 Wijzigingen tijdens het pilotproject**

Bij het van start gaan van het project in januari 1999 werd reeds geconstateerd dat het toeleidingstraject naar betaalde en onbetaalde arbeid meer tijd zou vergen dan in het kader van de pilot haalbaar zou zijn. Dit kwam met name naar voren toen Arbeidsintegratie partner in het project werd in plaats van Arbeidsvoorziening. De reden van de wisseling van partners was dat de doelgroep van het project Perspectief (arbeidsongeschikten) behoorde tot de doelgroep van Arbeidsintegratie. In principe komen bij Arbeidsintegratie fase II en fase III-clieënten en geen fase IV-clieënten. In het project Perspectief ging het om fase III/fase IV cliënten, waarbij - volgens de arbeidsconsulent van Arbeidsintegratie - werd gedacht dat zij door de RIAGG-behandeling fase III cliënten zouden kunnen worden.

Binnen Arbeidsintegratie gaat men gemiddeld uit van twee jaar voordat mensen daadwerkelijk aan het werk zijn, een tijdsbestek dat de pilot zou overstijgen.

In de zomer van 1999 werden de werkzaamheden van de casemanager van Sociale Zaken voortijdig beëindigd. Daarna was het de bedoeling dat de toeleiders van Sociale Zaken de taak van casemanagers zouden gaan vervullen, hetgeen betekende dat er voor verschillende cliënten verschillende casemanagers zouden zijn. Een punt van aandacht daarbij was het goed regelen van de communicatie tussen hen en de overige professionals die bij de cliënt betrokken zijn.

Eind 1999 heeft Sociale Zaken de opdracht aan de GG&GD voor het uitbrengen van medisch advies over de arbeids(on)geschiktheid van cliënten beëindigd. Redenen hiervoor waren dat bij de GG&GD een lange wachttijd en wachtlijst voor de keuringen bestond en dat de kosten te hoog waren opgelopen. Sedertdien worden de REA-toetsen ingekocht bij een extern bureau voor sociaal medisch en arbeidsdeskundig advies.

Tot voor kort had Sociale Zaken 'verplichte winkelnering' bij Arbeidsintegratie. Dat is nu niet meer zo, waardoor Arbeidsintegratie één van de aanbieders is geworden waaruit Sociale Zaken kan kiezen (zie figuur 3.1).

### 3.3 Het al dan niet uitkomen van doelen en verwachtingen

#### *Sociale Zaken*

De in 1999 geïnterviewde personen waren inmiddels niet meer werkzaam bij Sociale Zaken. Wel is het nieuwe hoofd van het toelidingsbureau geïnterviewd; ook zij is inmiddels niet meer werkzaam bij Sociale Zaken.

Een belangrijk punt is dat de bemiddeling, de trajectbegeleiding en het volgen van de cliënt in het vervolgtraject nog niet aan de orde zijn geweest. Aangegeven wordt dat men het bij Sociale Zaken belangrijk vindt dat een aantal klanten - succesvol - in behandeling is of is geweest: *"Dat mensen in beweging zijn gekomen is een resultaat"*. Duidelijk wordt gemaakt dat men vertrouwen heeft in de RIAGG-behandeling en dat men op grond daarvan over wil gaan tot de inkoop van meer behandelplaatsen. Inmiddels is ook duidelijk geworden dat men samen met de RIAGG een vervolgproject zal opzetten. Op instellingsniveau wordt aangegeven dat de samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling tussen de instellingen niet helemaal vlekkeloos is verlopen. Een en ander zou te maken hebben gehad met de *"verschillende bedrijfsculturen van de instellingen en daardoor met de verschillende percepties van bij de instellingen werkzame personen"*. Op instellingsniveau zou het *"anders moeten"* dan voorheen het geval is geweest, in ieder geval eenvoudiger: *"Bij projecten voor allochtonen hebben mensen de neiging om heel veel organisaties erbij te halen omdat iedereen bang is fouten te maken. Ik denk dat je het juist eenvoudiger en diepgaander moet houden, waardoor je op tijd kan ingrijpen als het nodig is of op tijd kan bijstellen". En ook op communicatieniveau moeten wij proberen meer overeenstemming met elkaar te krijgen, dus ook met betrekking tot de verschillende percepties"*.

In het najaar van 2000 is bekend geworden dat in het vervolgproject gewerkt zal worden met minder partners. Volgens het hoofd van het toelidingsbureau zal dat de communicatie makkelijker maken. Het hoofd van het toelidingsbureau is tevreden over het draagvlak binnen de eigen afdeling.

#### *Arbeidsintegratie*

Bij Arbeidsintegratie is aan het eind van de pilot dezelfde arbeidsdeskundige geïnterviewd als in het begin van de pilot. Voor zover deze medewerker bekend, was er geen cliënt bij Arbeidsintegratie terechtgekomen. Daarbij komt dat de rol van Arbeidsintegratie binnen het project Perspectief tijdens de projectperiode veranderd is, in de zin dat Arbeidsintegratie geen partner meer is binnen het project. Vanwege het feit dat gedurende het project geen Perspectiefklanten bij Arbeidsintegratie zijn terechtgekomen in combinatie met een personele onderbezetting en de verzelfstandiging van Arbeidsintegratie bleek de samenwerking in verband met Perspectief eigenlijk een te grote tijdsinvestering. In dit licht gezien is het niet verwonderlijk dat het voor de arbeidsdeskundige van Arbeidsintegratie moeilijk te zeggen is of het doel van het project behaald is: *"Ik heb nooit iemand gezien, ik heb dus niet meer zicht gekregen op wat je met deze groep mannen kunt doen en ik heb ook geen inzicht gekregen in hoeverre deze groep zich onderscheidt van de 'normale' populatie. Het project zou naar mijn idee geslaagd zijn als er een aanpak, een procedure ontwikkeld zou zijn. Als je je doelen duidelijk gesteld zou hebben, dan ben je een heel eind. Voor Arbeidsintegratie is het belangrijk hoe je dat vorm kunt geven. Dat heeft er in het project niet ingezet"*.

Ondanks het feit dat er geen rol meer was toebedeeld aan Arbeidsintegratie is men positief over de aanpak van het project. Wel wordt aangegeven dat er bij dergelijke projecten van begin af aan zou moeten worden aangegeven wat het einddoel is, waarbij bijvoorbeeld sociale activering evenzeer als doel wordt gezien als arbeid. Daarbij zou per individuele persoon bekeken dienen te worden welke middelen kunnen worden ingezet, waarbij een van die middelen het inschakelen van Arbeidsintegratie zou kunnen zijn. Samenwerking met de gemeente in de toekomst is mogelijk wanneer de voorwaarden duidelijk bepaald zijn en van tevoren - via de REA toets - duidelijk is geworden wat haalbaar is voor de klant en dat het potentiële klanten

van de afdeling betreft. Overigens wordt hierbij de kanttekening geplaatst dat een zekere substantiële omvang van de doelgroep belangrijk wordt gevonden omdat het noodzakelijk zal zijn voor een dergelijke specifieke doelgroep zoals die van het project Perspectief een specialisme te ontwikkelen. Voor een te kleine doelgroep wordt dat niet als zinvol gezien. Aangegeven wordt dat Perspectiefcliënten die tijdens de pilot periode zijn ingestroomd nog wel bij Arbeidsintegratie kunnen worden aangemeld.

#### GG&GD

Lopende het pilotproject is de rol van de GG&GD veranderd in de zin dat men geen samenwerkingspartner meer is binnen het project. Wel zijn in de laatste fase van het pilotproject een medisch adviseur, tevens mede-initiator van het project, en een stafmedewerker geïnterviewd in het kader van het al dan niet uitkomen van doelen en verwachtingen. Het is in het licht van het feit dat de GG&GD niet meer bij het project is betrokken, niet verwonderlijk dat men geen zicht heeft op het al dan niet uitkomen van hetgeen men zich in het begin als doel had gesteld. Vooral ook omdat het project mede door een medisch adviseur van de GG&GD is geïnitieerd, heerst daar teleurstelling over. Ook is men teleurgesteld omdat men zich - zo wordt aangegeven - bij de start van het project heel goed kon vinden in de bijdragen die men aan het project zou leveren in de verschillende fasen. In de eerste fase heeft men een bijdrage kunnen leveren in verband met het aanleveren van cliënten en in de samenwerking met de casemanager. Een bijdrage in de andere fasen heeft men - vanwege het feit dat de GG&GD geen partner meer is binnen het project - niet gehad: *"Wij hebben onvoldoende zicht op de resultaten op cliëntniveau. Maar qua opzet is preventief werken een wezenlijke taak van de GG&GD. Het was een mooi samenwerkingstraject voortkomend uit sociaal medische advisering. Voor deze doelgroep was dat heel nieuw en de verwachting is dat daar nog veel kansen liggen. Het is heel teleurstellend dat het voor ons is afgesloten, afgebroken"*.

Bij een en ander speelt mee dat de GG&GD geconfronteerd werd met een vroegtijdige stopzetting van de samenwerking met de andere partners, waardoor naar het idee van de GG&GD de eigen taak is *"weggesneden"*. Men kent, doordat men geen partner meer is binnen het project, de uitkomsten van het project niet maar hoopt dat deze positief zullen zijn. Er wordt aangegeven dat men hoopt dat cliënten in het vervolgtraject zorgvuldig zullen worden begeleid, met het oog op een positief vervolg voor de cliënt.

Op instellingsniveau wordt aangegeven te waken voor bureaucratie en ethnocentrisme: *"Het is een heel moeilijke doelgroep waar je veel energie in zult moeten steken. Een nadeel bij zo'n doelgroep is als er bureaucratisch gedacht wordt. Bureaucratie is een belangrijke belemmerende factor in deze. En ook ethnocentrisch denken kan een probleem zijn, hetgeen doorwerkt naar de cliënten toe"*.

#### RIAGG

Over het algemeen vindt men dat het doel op cliëntniveau is behaald. Het succes dient gezien te worden in het licht van de specifieke doelgroep van het project: *"Het is een succes te noemen dat een aantal mensen die volledig inactief waren, weer geactiveerd is. Een bijkomend doel is dat mensen echt weer aan de slag, aan het werk gaan"*. Wel wordt aangegeven dat het wenselijk is dat (sommige) cliënten ook in de vervolgfase ondersteund zullen worden bijvoorbeeld door middel van coaching.

Op instellingsniveau ontstond een groot draagvlak met de inzet van veel bij de instelling werkzame personen. Ook vindt men dat er een toename is van inzicht en vaardigheden wat betreft deze cliëntengroep. De knelpunten die gaandeweg het project ontstonden in de samenwerking met de andere partners (de moeizaam opgaankomende toeleiding van cliënten naar de RIAGG en het wegvallen van de casemanager waardoor er geen structureel contact meer plaatsvond met Sociale Zaken) hebben de verwachtingen van sommigen gedurende het project doen afnemen. Aangegeven wordt dat het project zowel op cliëntniveau als op organisatorisch niveau gecompliceerd te noemen is. Toch kan het project op instellingsniveau een succes genoemd worden omdat het *"ons klaarblijkelijk heeft geleerd dat wij naar een"*

*(organisatorische) versimpeling toe moeten*". Men heeft over het algemeen vertrouwen in een vervolgproject samen met Sociale Zaken.

Er wordt gesignaleerd dat er eigenlijk nog geen structurele samenwerking is tussen de RIAGG en Sociale Zaken. Dit is volgens sommigen heel belangrijk voor een blijvend succes op cliëntniveau.

Ook wordt gepleit voor goede richtlijnen ten aanzien van de informatie-uitwisseling in het kader van de privacy van cliënten.

#### *Projectleider*

De projectleider geeft aan dat het heel positief te noemen is dat een aantal mensen echt geactiveerd is. Graag zou zij zien dat mensen gevolgd blijven worden ook nadat zij aan het werk zijn gegaan. Op instellingsniveau is een winstpunt dat alle instellingen zich daadwerkelijk hebben ingezet voor deze doelgroep. Van belang is dat de complexiteit van het hele project duidelijk is geworden: *Dat speelt zowel op cliëntniveau, de aard van de problematiek, als op het niveau van de organisaties en de samenwerking tussen organisaties*". Een aantal zaken moet goed worden geregeld zoals de toestemming van de cliënt (het gaat hier om zowel de route van bijvoorbeeld huisarts of keuringsarts naar de RIAGG, als van de RIAGG richting Sociale Zaken of keuringsarts), de informatieverstrekking naar Sociale Zaken toe, de inhoudelijke terugkoppeling (al dan niet geanonimiseerd), het al dan niet verplicht stellen van delen van het traject, een en ander het liefst in een door alle partijen geaccordeerd werkplan.

### **3.4 Samenvatting en conclusie**

Er heeft bij een aantal partners een zekere mate van doelverschuiving en criteriaverlegging plaatsgevonden sinds het begin van het project. Zo wordt gesignaleerd dat het traject dat cliënten moeten doorlopen wel eens langer zou kunnen gaan duren dan aanvankelijk was aangenomen. Ook is bij een aantal partners het criterium van het bereiken van 'betaalde arbeid' losgelaten. Het doel van het project is ook bereikt als een groep cliënten zich beter is gaan voelen, beter is gaan functioneren en sociaal actiever is geworden. Het project is volgens sommigen ook geslaagd als de samenwerking, afstemming en informatie-uitwisseling tussen de verschillende instellingen verbeterd is.

Inmiddels is gebleken dat met twee van de vier partners geen samenwerking in het kader van het project Perspectief meer bestaat. De ex-partners laten zich positief uit over de oorspronkelijke projectaanpak. Centraal hierbij staan de positie van deze specifieke cliëntengroep en de kans op mogelijke activering van deze groep. Bij de GG&GD is men teleurgesteld over het feit dat men na de beginfase geen rol meer heeft gehad in de andere fasen van het project. Door Arbeidsintegratie wordt als aandachtspunt aangegeven dat het meer zinvol is om van tevoren een inschatting te maken of een traject via Arbeidsintegratie voor een specifieke cliënt reëel zou zijn. Beide ex-partners spreken de hoop uit dat het project uiteindelijk positief genoemd kan worden.

Bij de RIAGG vindt men het project een succes omdat - bij deze specifieke doelgroep - het feit dat de helft van de cliënten op enigerlei wijze geactiveerd is, positief te noemen is. Ook bij Sociale Zaken is men overwegend positief. Wel worden er door sommige partijen een aantal kanttekeningen gemaakt ten aanzien van de communicatie en informatieverstrekking naar elkaar toe in de toekomst. Zowel de RIAGG als Sociale Zaken heeft vertrouwen in de toekomstige samenwerking.



## 4 Samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling

### 4.1 De oorspronkelijke opzet

#### *Instellingsniveau*

Bij de start van het project was - op *instellingsniveau* - de volgende overlegstructuur gecreëerd:

- Een kerngroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de vier participerende organisaties die binnen hun eigen instelling een aansturende functie hebben ten aanzien van het project Perspectief en de schakel vormen tussen management en uitvoerend niveau.
- Een werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de vier organisaties die direct betrokken zijn bij de uitvoering van het project Perspectief en die tevens een schakel vormen naar andere collega's die op uitvoerend niveau bij Perspectief zijn betrokken en naar hun direct leidinggevende.
- De projectleider van Perspectief, komende van de RIAGG-afdeling Preventie, organiseert bijeenkomsten met de kern- en of werkgroep, die kunnen plaatsvinden op initiatief van de projectleider of op initiatief van de individuele leden. De projectleider heeft een "spin in het web" functie, dat wil zeggen: neemt initiatieven, coördineert initiatieven van anderen, bewaakt projectdoelen, het proces en het tijdpad. Daartoe is ook de volgende structuur van informatievoorziening ontwikkeld: over wat intern binnen iedere organisatie met betrekking tot de uitvoering van het project Perspectief wordt besloten of speelt, moet de projectleider op de hoogte worden gesteld. Dit geldt eveneens voor wat er tussen de organisaties wordt besproken en besloten. Besluiten moeten schriftelijk meegedeeld worden, zaken betreffende de voortgang kunnen mondeling doorgegeven worden.

#### *Cliëntniveau*

Op cliëntniveau was een centrale rol toebedeeld aan de casemanager van Sociale Zaken, hetgeen onder meer inhield: bewaken van het traject dat de deelnemer aan het project Perspectief doorloopt (vanaf aanmelding tot en met toeleiding naar werk), centraal aanspreekpunt voor de cliënt, contactpersoon voor GG&GD, RIAGG en Arbeidsvoorziening/Arbeidsintegratie. Overige contacten en overlegmomenten waren afhankelijk van de fase waarin de cliënten zich bevonden, te weten voorfase, behandelfase en vervolgfase (zie de hoofdstukken 5, 6 en 7).

### 4.2 De praktijk

#### *Instellingsniveau*

In totaal zijn er acht bijeenkomsten geweest van de kern- en werkgroep. Tijdens de eerste bijeenkomst werd er voor gekozen om de kern- en werkgroep gezamenlijk te laten vergaderen. In eerste instantie om elkaar te leren kennen en later omdat dat nodig werd geacht. Per fase werd bekeken wie de meest geschikte personen waren om de vergadering bij te wonen.

Er bestond geen vast vergaderschema gedurende de pilot-periode, maar de bijeenkomsten vonden aldus de projectleider en de casemanager van Sociale Zaken plaats *als dat nodig werd bevonden, als er dingen te bespreken waren*.

Resultaat hiervan was dat met name zaken aan de orde kwamen die op dat moment in de uitvoering speelden, met name de knelpunten in de 'voorfase' (zie hoofdstuk 5). Volgens een

medewerker van Sociale Zaken had een en ander ook te maken met het feit dat de kern- en werkgroep gezamenlijk vergaderden: *"Het waren vaak zoekende bijeenkomsten, meer gericht op verkenning van elkaar dan dat het strategiebepalende, beleidsuitzettende bijeenkomsten waren. In een kerngroep zouden eigenlijk minder zaken aan de orde moeten komen die meer in de uitvoeringssfeer liggen"*.

In de periode juni tot en met oktober 1999 zijn er geen bijeenkomsten van de kern- en werkgroep geweest. Dit had te maken met de (tijdelijke) uitval van de projectleider. In eerste instantie werd afgesproken dat de projectleider tijdens haar afwezigheid vervangen zou worden door de casemanager van Sociale Zaken, omdat deze eveneens een centrale rol in het project had. Het ging hierbij met name om taken als het beleggen van kern- en werkgroepbijeenkomsten en het zicht houden op de cliënten. Toen ook de casemanager wegviel, werd besloten om de meer toezichhoudende rol te laten vervullen door het hoofd van de afdeling Preventie van de RIAGG en de meer uitvoerende rol door een Marokkaanse medewerker van dezelfde afdeling. Dit alles speelde in een periode van veranderingen (personele wisselingen en koerswijzigingen binnen Sociale Zaken met name ten opzichte van de GG&GD en een fusie van de RIAGG met de Rümke-groep). Naar de mening van de projectleider hebben haar vervangers *"hun aandeel voor de dagelijkse zaken wel geregeld en het probleem van het bereiken van de doelgroep opgepakt. De taak die ik als projectleider heb, samenwerking, afstemming om de voortgang goed te bewaken, misschien dat die wat is blijven liggen"*.

De continuïteit van de kern- en werkgroepbijeenkomsten werd verder bemoeilijkt door het feit dat er naast de tijdelijke uitval van de projectleider, tevens sprake was van het wegvallen van de casemanager en een aantal personele wisselingen (met name binnen Sociale Zaken).

Door deze personele wisselingen kwam - naar zeggen van de projectleider - ook naar voren dat *"personen allemaal een eigen visie, een eigen werkwijze en een eigen communicatiewijze hadden"*.

Dit wordt beaamd door een medewerker van Sociale Zaken, die in een latere fase bij het project betrokken raakte: *"Er zijn te veel wisselingen geweest. Volgens mij was er geen convenant<sup>2</sup> afgesloten. Het waren allerlei persoonlijke invullingen van degenen die in de kerngroep zaten. Degenen die voor de organisaties in het project zaten, deden dat allemaal op persoonlijke titel. Met hele goede bedoelingen en een groot stuk betrokkenheid. Maar bij zo'n groot project moet je die samenwerking ook vanuit het doel waarvoor je daar zit, vanuit het belang en doel van de organisatie, invullen en aangeven wat je kunt en wat je niet kunt"*.

Uit het bovenstaande citaat komt naar voren dat de inzet van de verschillende organisaties groot is geweest. Mede door de vele personele wisselingen echter was het moeilijk om zicht te krijgen op de verschillende bedrijfsculturen en -doelen en om deze op elkaar af te stemmen. Volgens dezelfde medewerker van Sociale Zaken gaat het hierbij niet alleen om afstemming tussen de organisaties, maar ook om de afstemming binnen een organisatie.

Tijdens de pilot kwam onder meer naar voren dat het moeilijk was om afspraken te maken over het al dan niet verplicht stellen van (delen van) het traject en de informatie-uitwisseling over cliënten tussen de participerende organisaties. In verband met het laatste zegt een medisch adviseur van de GG&GD: *"De medisch-inhoudelijke aspecten horen bij de GG&GD en informatie over de voortgang van het proces hoort bij Sociale Zaken. Die dingen liepen door elkaar en daar is nooit een duidelijke uitspraak over geweest"*. Volgens een medewerker van Sociale Zaken *"hebben de onduidelijkheden met betrekking tot de informatie-uitwisseling ook te maken met het feit dat bijvoorbeeld de RIAGG niet gewend was om te werken met een organisatie als Sociale Zaken, die middelen beschikbaar stelt. Die middelen brengen ook bepaalde verantwoordingskaders met zich mee. Alles wat aan activering en scholing wordt*

---

<sup>2</sup> Er bestond wel een 'Samenwerkingsovereenkomst uitvoering pilot "Perspectief".'



*gedaan, kan uit die middelen betaald worden. Dat moet dan wel verantwoord worden, in dit geval door het benoemen van de naam en het soft-nummer van de klant. Als dat niet kan, dan moet je dat met elkaar bespreken. En er naar de klant of naar elkaar toe een oplossing of compromis voor afspreken. Maar dat is nooit goed over gekomen".*

Door verschillende participanten wordt aangegeven dat tijdens de kern- en werkgroep-bijeenkomsten gesproken werd over de procesgang en de afstemming tussen de deelnemende organisaties. Naar voren komt echter dat er een discrepantie bestaat tussen de 'theorie' en de 'praktijk'. De projectleider zegt hierover: *"Je kunt een 9-stappenplan<sup>1</sup> nog zo goed in de kern- en werkgroepbijeenkomsten bespreken, zodat iedereen weet wie wat wanneer moet doen, maar je merkt dan toch dat het niet werkt. Het blijft iets op papier dat niet geïnternaliseerd wordt".* Volgens haar heeft dit ook te maken met het feit dat *"het binnen de organisaties gaat om processen met een eigen dynamiek; processen die door een projectleider niet echt te beïnvloeden zijn".*

#### *Cliëntniveau*

In de zomer van 1999 deed zich op cliëntniveau een knelpunt voor toen de werkzaamheden van de casemanager van Sociale Zaken werden beëindigd. Juist de casemanager was een centrale rol toebedeeld op cliëntniveau. Na het wegvallen van de casemanager was het de bedoeling dat de toeleiders van Sociale Zaken de taak van individuele casemanager zouden gaan vervullen, hetgeen betekende dat er voor verschillende cliënten verschillende casemanagers zouden zijn. Medio 2000 werd besloten dat de RIAGG-behandelaars zouden gaan rapporteren aan de bij de cliënt behorende toeleider (zie ook hoofdstuk 7).

Zoals eerder is aangegeven was het op 'instellingsniveau' moeilijk om duidelijkheid te krijgen over het al dan niet verplicht stellen van (delen van) het traject en de informatie-uitwisseling over cliënten. Een RIAGG-behandelaar merkt in verband met het laatste het volgende op: *"De informatie-uitwisseling, het punt van de privacy. Wat vertel je wel en wat vertel je niet, dat is moeilijk. Daar moeten goede afspraken over gemaakt worden".* Een medewerker van Sociale Zaken die in het begin van de pilot bij het project betrokken was maar later niet meer, zag de informatie-uitwisseling als volgt: *"Medische informatie gaat alleen naar de GG&GD arts, maar informatie over afspraken en dergelijke kunnen wij (= Sociale Zaken) natuurlijk wel krijgen".* Ook de projectleider en de medisch adviseur van de GG&GD waren deze mening toegedaan, waarbij de projectleider net zoals de eerder genoemde RIAGG-behandelaar een knelpunt signaleerde in verband met de aard en de uitgebreidheid van de informatie: *"De afdeling van Sociale Zaken die de REA-gelden beheert wil dat van de pilot-cliënten met naam en toenaam wordt gerapporteerd of zij weer aan het werk zijn of sociaal actief zijn geworden. Wij (= RIAGG) hebben geen toestemming gevraagd om de namen door te geven, dus wij willen alleen anoniem wat resultaten doorgeven".*

Ook een knelpunt was dat de cliënt tijdens de verschillende fasen in het project met veel personen te maken krijgt. Dit brengt niet alleen met zich mee dat er een goede afstemming moet zijn tussen de verschillende medewerkers, maar ook dat men goed moet bekijken over welke deskundigheid de professionals moeten beschikken: *"Eigenlijk zou je van tevoren moeten bekijken welke deskundigheid in de verschillende organisaties in huis is en waar de hiaten zitten".*

Voor de verdere samenwerking en informatie-uitwisseling op cliëntniveau verwijzen wij naar de hoofdstukken over de verschillende fasen in het project (hoofdstukken 5, 6 en 7).

---

<sup>1</sup>

In april 2000 heeft de projectleider een werkdocument opgesteld, genaamd "Project Perceptief: wie doet wat wanneer? Het tracé van pilot- en vervolgproject in 9 stappen".

### 4.3 Samenvatting en conclusie

Op 'instellingsniveau' zijn er acht (gezamenlijke) bijeenkomsten geweest van de kern- en werkgroep. Tijdens deze bijeenkomsten werden de procesgang en de afstemming tussen de deelnemende organisaties besproken. Daarnaast kwamen vooral ook zaken aan de orde die op het betreffende moment speelden in de uitvoering.

De continuïteit van de bijeenkomsten werd gedurende een bepaalde periode bemoeilijkt door de tijdelijke uitval van de projectleider, het wegvallen van de casemanager bij Sociale Zaken en een aantal personele wisselingen (met name bij Sociale Zaken). De inzet van de verschillende organisaties tijdens de bijeenkomsten en het project was groot, maar mede door de vele personele wisselingen was het soms moeilijk om zicht te krijgen op de verschillende bedrijfsculturen en -doelen en om deze en eerder gemaakte afspraken op elkaar af te stemmen.

Op 'cliëntniveau' was een centrale rol toebedeeld aan de casemanager. Een knelpunt deed zich voor toen medio 1999 de werkzaamheden van de casemanager werden beëindigd. Een en ander werd opgelost door de toeleiders van Sociale Zaken de taak van individuele casemanager te geven, hetgeen betekende dat er voor verschillende cliënten verschillende casemanagers werden ingezet.

Andere aandachtspunten die naar voren kwamen, betreffen het al dan niet verplicht stellen van (delen van) het traject en de informatie-uitwisseling over cliënten, het punt van de privacy.

## 5 De voorfase

In dit hoofdstuk staat de fase van werving en selectie van cliënten voor het project Perspectief centraal, alsmede de verwijzing naar de RIAGG.

### 5.1 De oorspronkelijke opzet

In deze fase zouden de volgende activiteiten plaatsvinden:

- Deskundigheidsbevordering van de medisch adviseurs van de GG&GD en Arbeidsvoorziening, dit omdat verondersteld werd dat deze medisch geschoolde hulpverleners moeite kunnen hebben met het vaststellen van psychische problematiek bij Marokkaanse cliënten. Het ging hierbij om een bijscholingsaanbod en periodieke casuïstiekbesprekingen met RIAGG-behandelaars.
- Een eerste selectie van cliënten voor het project door de medisch adviseur van de GG&GD. Als potentiële cliënten kwamen in aanmerking (werkplan pilot 1999-2000): "Mannelijke Abw<sup>2</sup> -cliënten van Marokkaanse afkomst, met RIAGG-indicatie op grond van psychosociale en/of sociaal-psychiatrische problematiek, in de leeftijdsgroep van 24-55 jaar, die hun uitkering ontvangen van SoZaWe en die in het kader van hun uitkering en (on)mogelijkheden regulier betaald werk te verrichten regelmatig beoordeeld worden door de medisch adviseurs van de GG&GD Utrecht. Ten tijde van de laatste beoordeling bevindt de doelgroep zich in fase 3 / 4 (de moeilijk bemiddelbaren)". In dezelfde notitie stonden aanvullende voorwaarden voor deelname aan het pilotproject: "Voor het daadwerkelijk aan de slag kunnen gaan met deze doelgroep is noodzakelijk dat er geen sprake is van zwakbegaafdheid, de psychische problematiek geïndiceerd is voor kortdurende RIAGG-hulp, ten tijde van het hele traject geen sprake is van verslaving en van strafmaatregelen en dat er bereidheid is bij de cliënt tot het structureel verrichten van maatschappelijke activiteit, al dan niet betaald, en tot de in het project gekozen weg waarlangs dat doel te bereiken".
- Vaststellen - door de medisch adviseur van de GG&GD - of er bij de Marokkaanse cliënten sprake is van psychische problematiek die RIAGG-geïndiceerd is. Als dat het geval is, motiveert de medisch adviseur de cliënt om deel te nemen aan het project en draagt hij/zij zorg voor de verwijzing naar de RIAGG. Zonodig wordt de cliënt samen met een RIAGG-behandelaar thuis bezocht. Tenslotte informeert de medisch adviseur de casemanager van Sociale Zaken over de genomen beslissing.

### 5.2 Bijscholing en deskundigheidsbevordering medisch adviseurs GG&GD en arbeidsvoorziening

De bijscholing werd verzorgd door medewerkers van de RIAGG in januari/februari 1999 en bestond uit drie bijeenkomsten van 2½ uur. De deelnemers waren vijf medisch adviseurs en een stafmedewerker van de GG&GD, alsmede een medisch adviseur van Arbeidsvoorziening.

De bijscholing betrof achtergrondinformatie over de positie van Marokkaanse cliënten, het omgaan met allochtone cliënten, het onderkennen van psychische en psychosomatische

---

<sup>2</sup> Abw = Algemene bijstandswet.

problematiek en het motiveren van cliënten voor RIAGG-hulpverlening en het project Perspectief.

De RIAGG-medewerkers hadden aan het begin van de bijscholing de indruk dat er bij de medisch adviseurs enige schroom bestond ten opzichte van allochtone cliënten die somatiseren, omdat men het een moeilijke groep vond waarvan men dacht dat er geen beweging in te krijgen zou zijn. Naarmate de bijscholing vorderde, namen de weerstanden - volgens de RIAGG-medewerkers - af.

De bijscholing is geëvalueerd door middel van een schriftelijke vragenlijst. Deze is ingevuld door drie deelnemers. Positief aan de bijscholing vond men de gegeven culturele achtergrondinformatie, de informatie over het traceren van psychische problematiek en het leren omgaan met genogrammen, het directe contact met de RIAGG-medewerkers (de 'docenten') en het feit dat het 'groepsgevoel' tussen de medisch adviseurs was versterkt. Het feit dat er weinig praktisch toepasbare kennis aan de orde kwam - zoals het trainen van gesprekstechnieken en het motiveren van cliënten voor RIAGG-behandeling (bijvoorbeeld door middel van rollenspellen) - werd als gemis ervaren. Ook was - volgens de stafmedewerker van de GG&GD - de specifieke positie van de medisch adviseur onvoldoende naar voren gekomen en in de cursus meegenomen. De medisch adviseur heeft een controlerende functie. De vraag is dan wat deze positie betekent voor de vertrouwensrelatie en het motiveringstraject. Deze vraag was niet echt duidelijk aan de orde gekomen.

Voor de RIAGG-medewerkers was het een verrassing te horen dat de medisch adviseurs zo weinig tijd hadden voor een revisieaanvraag en dat zij de cliënten - relatief gezien - weinig zagen (zo'n 2-4 keer per jaar gemiddeld), *"misschien kan dat wel bij een aantal lichamelijke ziektes waarbij heel duidelijk is wat er wel of niet aan de hand is, maar als het ook op het psychische vlak zit kun je daar helemaal niks mee; als organisatie-opzet vind ik dat tien minuten echt geen basis is"*. De suggesties die in de bijscholing gegeven werden in verband met bijvoorbeeld het leggen van contact en het winnen van vertrouwen, gingen uit van een grotere beschikbare tijdsinvestering. Verder waren zowel de RIAGG-medewerkers als de medisch adviseurs van mening dat een cursus van drie dagdelen te kort is om niet-psychiatrisch geschoolde mensen bij te scholen in het onderkennen van psychische problematiek, met name RIAGG-geïndiceerde problematiek.

Met betrekking tot de verdere deskundigheidsbevordering van medisch adviseurs kan gezegd worden dat in januari/februari 1999 tussen de GG&GD en de RIAGG een casuïstiekbespreking heeft plaatsgevonden aan de hand van de GG&GD-lijst met mogelijke Perspectief-clieënten. Voor zover bekend is, heeft er daarna geen - structurele - deskundigheidsbevordering meer plaatsgevonden. Besprekingen over cliënten vonden wel plaats in bilateraal overleg tussen de medisch adviseur van de GG&GD en de teamcoördinator van de RIAGG.

### 5.3 Werving en selectie van cliënten

Toen het project in januari 1999 van start ging, was één medisch adviseur van de GG&GD bij het project betrokken. Deze arts was één van de initiatiefnemers van het project. Het oorspronkelijke plan was om eerst 6 cliënten in het voorjaar te werven en vervolgens 6 cliënten in het najaar. De eerste 6 cliënten zouden dan geworven worden door de zojuist genoemde medisch adviseur; daarna zou de werving uitgebreid worden tot alle GG&GD-artsen (die sociaal-medische advisering doen). Het plan was dat men half februari met de RIAGG-behandeling zou kunnen beginnen. Er was een beginlijst met 12 cliënten waarvan de medisch adviseur van de GG&GD de indruk had dat zij mogelijk geschikt zouden zijn of te maken zouden zijn voor Perspectief. Het betrof mensen die hij al jaren op de revisieafspraken kreeg.

In het voorjaar van 1999 werden de cliënten van de beginlijst geworven en geselecteerd voor Perspectief en - bij geschiktheid voor deelname aan het project - doorverwezen naar de RIAGG. Bij de selectie ging de medisch adviseur uit van de in het werkplan omschreven criteria: *"In eerste instantie ging ik er van uit dat er iets psychisch moest zijn. Of een combinatie van lichamelijke en psychische problematiek, waarbij het psychische deel overheerst en behandelbaar is binnen de RIAGG. Verder waren er nog een aantal randvoorwaarden gesteld, mede op verzoek van de RIAGG, namelijk dat de cliënt redelijk gemotiveerd diende te zijn en enigszins Nederlands moest spreken. Er mocht verder geen sprake zijn van verslaving en druggebruik"*.

Uiteindelijk bleek er nogal een verschil te bestaan tussen de datum van de doorverwijzing door de medisch adviseur en de datum waarop de (naam van de) cliënt binnenkwam bij de RIAGG; met andere woorden de cliënten die doorverwezen werden, kwamen om de een of andere reden niet aan bij de RIAGG (zie verder ook paragraaf 5.4). Dientengevolge bleek het niet mogelijk om half februari met de RIAGG-behandeling te beginnen. Een ander punt was dat de aanvoer van nieuwe cliënten stagneerde, omdat Sociale Zaken in de loop van 1999 het aantal aanvragen voor sociaal-medische adviezen door de GG&GD beperkte. Om toch zoveel mogelijk vast te houden aan de oorspronkelijke planning, werden voor de werving de volgende oplossingen bedacht en uitgevoerd.

Ten eerste werd de werving van cliënten in een eerdere fase dan men aanvankelijk voor ogen had, uitgebreid tot alle medisch adviseurs van de GG&GD. Deze uitbreiding kwam echter niet goed van de grond. Zo was een deel van de artsen die hadden deelgenomen aan de bijscholing om diverse redenen (o.a. zwangerschap, adoptieverlof, langdurige ziekte) uitgevallen. Voor een deel werden deze artsen wel vervangen, maar hun vervangers werden niet meer ingewerkt in Perspectief omdat toen al officieus bekend was dat Sociale Zaken besloten had om de GG&GD geen arbeidsgeschiktheidskeuringen meer te laten doen. Dit leidde tot een tekort aan artsen in de cruciale periode van werving en selectie. In mei 1999 waren er naast de initiatiefnemer twee andere medisch adviseurs binnen de GG&GD bij het project betrokken. Maar ook bij hen liep de werving en selectie niet soepel. Daar ligt een aantal aspecten aan ten grondslag. Allereerst heeft een en ander te maken met (onduidelijkheden rondom) de selectiecriteria. De medisch adviseurs hadden bij voorkeur cliënten jonger dan 25 jaar willen selecteren, omdat dit - naar hun idee - de meest kansrijke groep was. Selectie van deze cliënten was echter niet mogelijk, omdat bij de afdeling Volwassenen van de RIAGG de leeftijdsgrens van 25 jaar geldt. Vervolgens was er sprake van een hoge werkdruk en grote achterstanden. De medisch adviseurs waren het wel eens met de ideologie van het project, maar men kon de tijd er niet voor vinden. Een bijkomende omstandigheid was dat deze medisch adviseurs relatief minder ervaren waren in het kader van migrantenproblematiek. Eén en ander bracht met zich mee dat de werving en selectie van cliënten vooral een zaak is geweest van één medisch adviseur, tevens één van de initiatiefnemers van het project.

Ten tweede heeft de RIAGG haar eigen wachtlijst gescreend op cliënten uit de Perspectief-doelgroep. Het betrof cliënten die zichzelf bij de RIAGG hadden aangemeld, maar wel bekend waren bij de medisch adviseurs van de GG&GD. Aldus zijn enkele cliënten alsnog via de GG&GD in de pilot ingestroomd.

Toeleiders en bijstandsconsulenten van Sociale Zaken zouden ook in hun bestanden hebben gezocht naar mogelijke cliënten voor Perspectief. Vaak bleek het te gaan om dezelfde mensen als in het bestand van de medisch adviseur van de GG&GD.

Ten derde werd tijdens een kern- en werkgroepbijeenkomst - voor de toekomst - als aandachtspunt genoteerd: "Het in het SoZaWe-traject dat de bijstandsccliënt doorloopt eerder signaleren van psychische problematiek, waarna een eerder verzoek om medische advisering".

Uiteindelijk zijn er in 1999 (en in het begin van 2000) 29 cliënten geworven voor Perspectief. Eén daarvan werd niet voor het project geselecteerd vanwege dubieuze motivatie. De andere 28 cliënten zijn verwezen naar de RIAGG. Een en ander betekent dat het aantal geworven en geselecteerde cliënten voor het project hoger was dan het beoogde aantal van 12 cliënten.

#### 5.4 Doorverwijzing en motivatie van cliënten

Tijdens de revisieafspraken werden de potentiële cliënten voorgelicht en gemotiveerd voor deelname aan Perspectief. Tijdens de startbijeenkomst van de kern- en werkgroep was afgesproken dat de medisch adviseur de cliënt gefaseerd zou informeren over het project, dat wil zeggen alleen zou motiveren voor RIAGG-hulp en niet voor wat erna komt, sociale activering of arbeid. Nog niet duidelijk vastgesteld was hoe die informatie er uit zou zien. Na de voorlichting en de motivering gaf de medisch adviseur van de GG&GD de namen van deze cliënten door aan de RIAGG. Daarna werden de cliënten door de RIAGG per brief uitgenodigd voor een spreekuurgesprek (= het eerste gesprek bij de RIAGG met iemand die de intake doet en bepaalt of de cliënt een RIAGG-indicatie heeft). Maar zoals reeds vermeld in paragraaf 5.3, kwamen mensen niet of veel later dan de datum van verwijzing aan bij de RIAGG. Een aantal redenen speelde hierbij een rol.

Allereerst lijkt het er op dat het motiveringsgedeelte om mensen naar de RIAGG te krijgen (een taak van de medisch adviseur van de GG&GD) van tevoren door de participerende organisaties was onderschat. Op deze plaats moet opnieuw opgemerkt worden dat de positie van de medisch adviseur een bijzondere was, namelijk een controlerende en niet zozeer een hulpverlenende. Deze positie kan het opbouwen van een vertrouwensrelatie bemoeilijken. Een gevolg daarvan kan zijn geweest dat een aantal cliënten 'ja' tegen de medisch adviseur zei en vervolgens toch geen gehoor gaf aan de oproep van de RIAGG om voor een spreekuurgesprek te komen. Dit kan onder meer te maken met het feit dat een aantal cliënten zich wellicht gestuurd voelde en/of vreesde dat niet meewerken consequenties zou hebben voor de uitkering. De projectleider verwoordt het als volgt: *"Perspectief-clieñten hebben geen hulpvraag in tegenstelling tot de meeste reguliere RIAGG-clieñten. Vaak zijn ze jarenlang aan hun lot overgelaten, met de redelijke veiligheid van een vaste maandelijkse uitkering. En dan kun je niet zo maar van mensen verwachten dat ze direct in beweging komen voor iets dat ze niet kennen en dat heel bedreigend kan zijn voor hun veiligheid".* De teamcoördinator van de RIAGG merkt in dit verband op dat *"motivatie bij Marokkanen een stuk moeilijker vast te stellen valt dan bij de gemiddelde Nederlander. Ze zijn veel angstiger om te veel van zichzelf te laten zien, omdat ze daarop aangesproken kunnen worden".*

Een tweede punt betreft de informatie die aan de cliënt gegeven werd over het project. Tijdens de RIAGG-behandeling (zie hoofdstuk 6) leek het soms net alsof cliënten weinig of geen informatie hadden gekregen.

Voor een deel kan dit te maken hebben met het feit dat van tevoren niet precies was vastgesteld welke informatie aan de cliënt gegeven zou worden, bijvoorbeeld 'wat heeft deze aanpak extra te bieden?', 'welke gevolgen heeft deelname voor de uitkering?' en 'welk doel beoogt het project?' (vermindering van de klachten en/of sociale activering). Daar komt nog bij dat het de medisch adviseur, ten tijde van de werving en selectie van Perspectief-clieñten, nog niet volledig duidelijk was wat het vervolgtraject exact zou inhouden en dat hij geacht werd de cliënt alleen te motiveren voor de RIAGG-hulpverlening. Een en ander bracht met zich mee dat de voorlichting niet de vorm had van een gestandaardiseerd verhaal. De medisch adviseur van de GG&GD geeft in dit verband aan dat hij de hoeveelheid informatie die hij gaf, *een beetje liet afhangen van het bevattingsvermogen van de cliënt".*

Voor een ander deel kan het ook met de cliënten te maken hebben. Volgens RIAGG-medewerkers verkeerden de cliënten in een situatie, waarin het voor hen moeilijk te

overzien was wat er van hen verwacht zou worden, waarbij zij ergens toch vreesden dat hun uitkering in gevaar zou kunnen komen.

Andere problemen waren onder meer de *korte spreekuurtijd* die de medisch adviseurs van de GG&GD ter beschikking hadden om cliënten te motiveren voor deelname aan Perspectief en het negatieve beeld dat de RIAGG heeft bij de doelgroep van het project. Veelal rust er bij hen een taboe op een behandeling bij de RIAGG, omdat de RIAGG gezien wordt als een instelling voor psychisch gestoorde en niet voor klachten en problemen zoals zij die hebben (zie ook Heezen 1998).

Tenslotte waren bij de RIAGG aan het begin van 1999 de *wachttijden* sterk opgelopen. Dit gold niet alleen voor Perspectief-clieënten, maar voor alle RIAGG-clieënten. Dit was niet voorzien toen het projectplan geschreven werd. De wachttijd voor het aanmeldingsgesprek was begin 1999 opgelopen van 2 weken naar 2 maanden. In principe was het zo dat de Perspectief-clieënten wachttijdloos in behandeling zouden worden genomen, maar dit gold echter alleen voor de behandeling en niet voor het aanmeldingsgesprek. De langere wachttijden brachten met zich mee dat de eerste aanmeldingsgesprekken pas in april 1999 plaatsvonden.

Voor het beter motiveren van cliënten voor het project werden - in samenspraak met elkaar - de volgende oplossingen bedacht en (deels) uitgevoerd.

#### 1 *Huisbezoeken*

Allereerst is men begonnen met het afleggen van huisbezoeken. Men was van mening dat huisbezoeken drempelverlagend zouden kunnen werken. Tevens gaf het een mogelijkheid om de familie en directe omgeving van de cliënt bij een en ander te betrekken, waardoor de cliënt wat meer gesteund zou kunnen worden.

In het projectplan was opgenomen dat de *"cliënt zonodig door de medisch adviseur van de GG&GD en een RIAGG-behandelaar thuis zou worden bezocht"* (zie paragraaf 5.1). De medisch adviseur van de GG&GD zag dit als een goede suggestie, omdat op die manier de RIAGG-medewerker bij de cliënt geïntroduceerd zou kunnen worden. Volgens de stafmedewerker van de GG&GD is ook de mogelijkheid geopperd om de intake-gesprekken bij de GG&GD te laten plaatsvinden; dit omdat de GG&GD een bekende plaats was voor de cliënten. Deze suggestie is niet uitgevoerd. Ook Sociale Zaken had graag gezien dat de RIAGG wat meer "outreaching" zou zijn gaan werken. Volgens een RIAGG-behandelaar is er binnen de kerngroep discussie geweest over de vraag wat de RIAGG precies moest doen. Uiteindelijk is men er op uitgekomen dat het motiveringsgedeelte voor hulp bij psychische problematiek niet de taak van de RIAGG was, maar dat de taak van de RIAGG zich beperkte tot de behandeling. Daarbinnen bestaat wel de mogelijkheid tot huisbezoeken door een RIAGG-behandelaar, maar *"huisbezoek voor aanmelding hoort sowieso niet bij het plaatje van wat de taak is van de RIAGG"*, aldus de projectleider. Volgens haar was dit in het projectplan niet duidelijk weergegeven, maar bedoeld waren huisbezoeken tijdens de behandeling.

Uiteindelijk zijn de huisbezoeken afgelegd door de medisch adviseur van de GG&GD en de casemanager van Sociale Zaken. Op die manier konden de potentiële cliënten kennis maken met de vaste contactpersoon bij wie ze met hun vragen en problemen terecht zouden kunnen. Daarnaast is ook een preventiemedewerker van de RIAGG van Marokkaanse afkomst betrokken geweest om de medisch adviseur en de casemanager bij de cliënt te introduceren en hen vertrouwd te maken met enkele Marokkaanse gebruiken.

In totaal 13 cliënten zijn thuis bezocht. Op een gegeven moment verviel de rol van de casemanager en was er sprake van personele wisselingen bij Sociale Zaken. Besloten werd om met de huisbezoeken te stoppen, omdat deze een te grote personele inzet en tijd van Sociale Zaken vereisten.

De huisbezoeken kunnen gezien worden als een vorm van een driegesprek tussen de verwijzer, een dienstverlener en de cliënt. Ook in andere samenwerkingsprojecten (bijvoorbeeld tussen huisarts en maatschappelijk werk of RIAGG) leidden ervaringen met het niet tot stand komen van verwijzingen tot driegesprekken. Door middel van de driegesprekken bleek het vaak beter mogelijk om (a) de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt te bewerkstelligen, (b) verwachtingen bij verwijzing af te stemmen en (c) klachten of problemen vanuit de belevingswereld van de cliënt te verhelderen (Kleinlugtenbelt en Sabanoglu 2000, Avezaat en Tenwolde 1997).

## *2 Uitbreiden tijd gesprek medisch adviseurs*

De tijd die de medisch adviseurs van de GG&GD hadden om de cliënt te motiveren voor het project was 15 minuten. Besloten werd om de adviseurs de mogelijkheid te geven om een mogelijke Perspectief-client terug te laten komen. Daar kon een extra uur voor uitgetrokken worden. De uitbreiding werd nodig geacht om zicht te krijgen op de aard en ernst van de meestal complexe en meervoudige problematiek en om te bereiken dat de cliënt vertrouwen kreeg in het voorstel van de medisch adviseur, te weten verwijzing naar Perspectief en daarmee naar de RIAGG. Deze uitbreiding van de tijd werd officieel geregeld in maart 1999 en werd betaald door de GG&GD uit de begroting van de pilot.

## *3 Groepsvoorlichtingsbijeenkomsten*

In het najaar van 1999 is overeengekomen dat de medisch adviseur van de GG&GD samen met de Marokkaanse preventiemedewerker van de RIAGG groepsvoorlichtingsbijeenkomsten zou gaan organiseren voor cliënten die al in RIAGG-behandeling waren en voor cliënten die aangemeld waren bij de RIAGG maar nog niet in behandeling waren.

Een groepsbijeenkomst werd gezien als een manier om in te spelen op het feit dat Perspectief-clienten afkomstig zijn uit een 'wij'-cultuur. De bijeenkomsten boden de cliënt de mogelijkheid om in contact te komen met andere landgenoten met (dezelfde) psychische klachten. Er werd vanuit gegaan dat deze bijeenkomsten motiverend voor de cliënt zouden zijn, omdat deze hem konden laten zien dat hij niet in een uitzonderingspositie verkeerde.

Tijdens kern- en werkgroepbijeenkomsten is stilgestaan bij het punt van 'verplichte of vrijwillige deelname' aan de bijeenkomsten. Geconstateerd werd dat deelname (achteraf) niet verplicht gesteld kan worden, als potentiële deelnemers niet van tevoren duidelijk is gemaakt wat Perspectief inhoudt en met welke voorwaarden en gevolgen. In de projectgroep was destijds besloten dat deelname aan Perspectief vrijwillig was. Besloten werd derhalve (a) om de deelnemers aan de bijeenkomsten duidelijk te maken dat het ging om een kans die ze krijgen om hun situatie te verbeteren en (b) om de aan- en afwezigheid van deelnemers - zo mogelijk - terug te koppelen naar Sociale Zaken.

Besloten werd om het voorlichtingstraject te laten bestaan uit vier bijeenkomsten. De bedoeling was om in het eerste gedeelte van elke bijeenkomst de cliënten kennis te laten maken met een van de betrokken partijen (Sociale Zaken, RIAGG-hulpverlening, Arbeidsintegratie, Nivel). In het tweede gedeelte van de bijeenkomst zou steeds een thema worden behandeld (psychische klachten, psychosomatiek, sociale activering). De cliënten (24) werden uitgenodigd door de GG&GD. De bijeenkomsten vonden plaats bij de GG&GD, en de voorlichting werd gegeven in de eigen taal.

Aanvankelijk was de eerste serie bijeenkomsten gepland voor februari 2000. Als gevolg van organisatorische omstandigheden ontstond enige vertraging. Uiteindelijk vond de eerste serie bijeenkomsten plaats in maart-april 2000. Vlak voor de eerste bijeenkomst bleek dat er vanuit het Nivel behoefte bestond om in de tweede bijeenkomst aanwezig te zijn in plaats van in de vierde bijeenkomst. Een en ander had te maken met het werven van cliënten voor een interview. Men ging er van uit dat een aantal cliënten zou afhaken tijdens de bijeenkomsten en het Nivel wilde ook graag uitvallers interviewen. Dit werd een voldoende reden bevonden om de planning van de bijeenkomsten te wijzigen. De tweede bijeenkomst werd verlengd met een uur en de



vierde bijeenkomst werd gebruikt als inhaalgelegenheid voor mensen die afwezig waren tijdens de derde bijeenkomst.

Uiteindelijk zag het programma er als volgt uit:

Bijeenkomst 1: Sociale Zaken en het thema 'psychische klachten'; aantal deelnemers was 8.

Bijeenkomst 2: RIAGG-hulpverlening, Nivel en thema 'psychosomatiek'; aantal deelnemers was 13.

Bijeenkomst 3: Arbeidsintegratie; aantal deelnemers was 6.

Bijeenkomst 4: Inhaalgelegenheid voor mensen die afwezig waren tijdens de derde bijeenkomst; aantal deelnemers was 4.

In het verslag over het voortraject (Verslag voortraject project 'Perspectief'; eerste uitvoering maart - april 2000) komt naar voren dat er - met name in het begin - bij de deelnemers veel onduidelijkheid bestond o.a. over het doel van het project en over de samenwerkende organisaties.

Tijdens de tweede bijeenkomst gaf een RIAGG-behandelaar uitleg over de behandeling van mensen met psychische problemen, de procedures en de wachttijd. Resultaat hiervan was dat het merendeel van de deelnemers een ander beeld kreeg van de RIAGG en de behandeling aldaar. In diezelfde bijeenkomst werd - door de onderzoekster van het Nivel - aan de cliënten gevraagd of zij een verklaring wilden tekenen in verband met deelname aan een interview. Een aantal deelnemers stond daar in eerste instantie wat huiverig tegenover. Volgens de Marokkaanse preventiemedewerker is dit te begrijpen vanuit het gegeven dat "*een heleboel Marokkanen moeite hebben met de manier van onderzoeken in Nederland*". Uiteindelijk heeft een meerderheid van de groep (10 mensen) de verklaring getekend.

Tijdens de derde bijeenkomst werd het verhaal van een medewerker van Arbeidsintegratie goed ontvangen door de deelnemers. Door hen werd voorgesteld om de trajectbegeleiding door Arbeidsintegratie parallel te laten lopen aan de behandeling door de RIAGG en niet pas aan het eind van de behandeling te laten beginnen.

Volgens de organisatoren heeft de serie bijeenkomsten haar doel bereikt, in de zin dat zowel het 'wij'-gevoel als de motivatie van cliënten vergroot is. Ook RIAGG-behandelaars laten zich positief uit over de groepsbijeenkomsten: "*Ik vond het zinnig. Ik denk dat mensen zich serieus genomen voelden, de positieve ervaring met instanties, en verder de ervaring dat zij niet de enigen waren. Bovendien was er ook een collega van ons die Marokkaans sprak*" en "*De cliënt die ik als laatste heb gekregen, was voor de behandeling bij alle voorlichtingsbijeenkomsten geweest. Hij wist precies wat het project Perspectief inhield*".

In een verslag van een kern- en werkgroepsbijeenkomst wordt vermeld dat het de bedoeling was om in september 2000 een tweede serie voorlichtingsbijeenkomsten voor cliënten te organiseren. Deze bijeenkomsten hebben tot op heden niet plaatsgevonden. Deels heeft dit organisatorische achtergronden (het feit dat in het vervolgproject de doelgroep is uitgebreid naar vrouwen en Turken), deels heeft het ook te maken met het gegeven dat inmiddels besloten is om een individueel motivatie-traject te laten plaatsvinden binnen de RIAGG-behandeling.

#### 4 Voorlichting in de moskee

Aanvankelijk had men ook het plan om voorlichtingsrondes in de moskee te organiseren. De casemanager van Sociale Zaken heeft wel contacten gehad met tussenpersonen van moskeeën, maar - mede door het wegvallen van de rol van de casemanager - is deze suggestie niet verder uitgewerkt.

#### 5 Ontwikkelen van schriftelijke informatie

Zoals reeds eerder vermeld bestond er geen standaardmateriaal in verband met het informeren en motiveren van cliënten. In dit kader is gedacht aan het ontwikkelen van richtlijnen op schrift

voor het verstrekken van mondelinge informatie aan de cliënt over het project Perspectief. Hiertoe zijn pogingen ondernomen, maar uiteindelijk bleek een en ander niet te verwezenlijken, onder andere vanwege verdeeldheid van meningen omtrent de haalbaarheid en vanwege onduidelijkheid over de inhoud van het materiaal. Met name bestond onduidelijkheid over wat vermeld moest worden bij het doel van het project (verminderen van de klachten en/of sociale activering). Daarnaast bleek het - aldus de projectleider - *"lastig om goed op papier te zetten wat het RIAGG-deel inhoudt, terwijl die informatie vervolgens door niet-RIAGG mensen gebracht moest worden aan een doelgroep die niet vertrouwd is met deze soort hulpverlening"*.

#### *6 Verkorten van de wachttijden bij de RIAGG*

Met betrekking tot de wachttijden bij de RIAGG werd besloten dat in principe voor Perspectief-clieñten geen wachttijd zou bestaan voor het eerste spreekuurcontact en - vanwege extra projectfinanciering - ook niet voor plaatsing bij een behandelaar. Met nadruk werd 'in principe' gezegd, omdat door de logistiek van de organisatie helemaal geen wachttijd vrijwel onmogelijk was. Hier komt bij dat een deel van de lange wachttijd te verklaren was uit het opnieuw maken van afspraken, wanneer cliëñten - met of zonder bericht - niet verschenen.

### **5.5 Samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling**

In het traject van selectie tot behandeling is er contact geweest tussen de medisch adviseur van de GG&GD, de casemanager van Sociale Zaken en de RIAGG (in casu de teamcoördinator). Conform het projectplan gaf de medisch adviseur van de GG&GD bij verwijzing de naam van de cliëñt door aan de RIAGG en eventueel iets van de medische kant van de zaak. Daarnaast vulde de medisch adviseur de eerste vier rubrieken in van het cliëñtvolgschema, (1) initialen en geboortedatum, cliëñt, (2) datum huisbezoek door medisch adviseur en casemanager, (3) al dan niet deelname aan project en (4) datum doorverwijzing naar RIAGG. Zowel de medisch adviseur van de GG&GD als de teamcoördinator van de RIAGG hadden liever een wat uitgebreidere informatie-uitwisseling over de cliëñt gehad. De teamcoördinator had met name behoefte aan korte informatie over de klacht en de reden voor de verwijzing. Volgens de medisch adviseur van de GG&GD was dat niet goed mogelijk: *"Ik kan me voorstellen dat ik iemand overdraag aan de intake daar (= RIAGG) en dat ze dan zouden weten om welke persoon het zou gaan en met welke problemen. Dat gebeurt nu niet. Om privacy-redenen mogen we geen gegevens doorgeven aan de RIAGG"*.

Het contact tussen de medisch adviseur en de casemanager van Sociale Zaken verliep naar zeggen van de laatste goed: *"Ik word heel direct op de hoogte gesteld van wat er is gebeurd en wat er gaat gebeuren"*.

### **5.6 Samenvatting en conclusie**

In het begin van het project heeft een bijscholing plaatsgevonden van de medisch adviseurs van de GG&GD en Arbeidsvoorziening, dit omdat werd verondersteld dat medisch geschoolde hulpverleners moeite zouden kunnen hebben met het vaststellen van psychische problematiek bij Marokkaanse cliëñten. De bijscholing werd verzorgd door medewerkers van de RIAGG en betrof achtergrondinformatie over de positie van Marokkaanse cliëñten, het omgaan met allochtone cliëñten, het onderkennen van psychische en psychosomatische problematiek en het motiveren van cliëñten voor RIAGG-hulpverlening en het project Perspectief. De evaluatie van de bijscholing laat zien dat met name de gegeven culturele achtergrondinformatie, de informatie over het traceren van psychische problematiek en het leren omgaan met genogrammen als positief werden ervaren. Zowel de medisch adviseurs als de RIAGG-medewerkers zijn van mening dat een cursus van drie dagdelen - gezien het doel van de

bijscholing - eigenlijk te kort is.

De bedoeling was dat in eerste instantie 12 cliënten van een beginlijst van een medisch adviseur van de GG&GD geworven en geselecteerd zouden worden voor het project en - bij geschiktheid voor deelname aan het project - doorverwezen zouden worden naar de RIAGG. In de praktijk werden bij de werving en selectie en bij de doorverwijzing en motivatie van cliënten enkele knelpunten gesignaleerd. De knelpunten hadden globaal gezien betrekking op het feit dat cliënten na verwijzing niet - direct - aankwamen bij de RIAGG, het motiveren en informeren van cliënten, de korte spreekuurtijd van de medisch adviseurs van de GG&GD en de wachttijden bij de RIAGG. Deze knelpunten zijn - in samenspraak met elkaar - ondervangen door een aantal bijstellingen en oplossingen, waaronder het afleggen van huisbezoeken, het uitbreiden van de spreekuurtijd van de medisch adviseurs, het organiseren van groepsvoorlichtingsbijeenkomsten en het verkorten van de wachttijden bij de RIAGG.

Uiteindelijk zijn 28 cliënten geselecteerd voor het project en verwezen naar de RIAGG. Dit aantal is meer dan 2 maal hoger dan het beoogde aantal van 12 cliënten.

Met betrekking tot de samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling tijdens de voorfase kan gesteld worden dat deze heeft plaatsgevonden conform het projectplan. Vanuit zowel de GG&GD als de RIAGG wordt echter een - iets - uitgebreidere informatie-uitwisseling aanbevolen.



## 6 De behandelfase

In dit hoofdstuk passeert het traject dat de cliënten doorlopen vanaf het moment dat men bij de RIAGG is aangemeld tot aan het moment dat de behandeling wordt afgesloten. Naast procedures en werkwijzen in de praktijk komen ook de ondervonden knelpunten en eventueel aangedragen oplossingen aan de orde.

### 6.1 Intake

#### *Procedure*

Bij de RIAGG vond bij de - via de GG&GD, Sociale Zaken (op advies van de GG&GD) of de eigen lijsten van de RIAGG - aangemelde cliënten een intake plaats. Dit hield in dat er een gesprek plaatsvond met speciaal voor het project Perspectief aangestelde spreekuurhouders. Tijdens dit spreekuur- of aanmeldingsgesprek werd (opnieuw) bekeken op de desbetreffende persoon binnen het project zou passen.

#### *Perspectief-indicatie*

Om in aanmerking te komen voor deelname aan het project Perspectief diende de cliënt aan een aantal voorwaarden te voldoen. In ieder geval diende er sprake te zijn van een zogenoemde RIAGG-indicatie. De spreekuurhouders bepaalden aan de hand van de DSM-IV classificatie (American Psychiatric Association 1994) en de beschrijvende diagnose of dit al dan niet het geval was. De DSM-IV is een meer-assig classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen. De vijf assen hebben ieder betrekking op een ander facet van de classificatie. Op as I worden de klinische syndromen genoteerd (bijvoorbeeld depressieve stoornis of algemene angststoornis). Op as II worden de persoonlijkheidsstoornissen (en zwakzinnigheid) genoteerd. As III biedt plaats aan lichamelijke ziekten en aandoeningen, voor zover deze potentieel van belang zijn voor het begrijpen of behandelen van een psychiatrische stoornis. Psychosociale moeilijkheden en problemen met de omgeving kunnen op as IV worden omschreven. As V bestaat uit de GAF-schaal (Global Assessment of Functioning). De score op deze schaal staat voor het algemene niveau van de ernst van de symptomatologie en het feitelijk functioneren van de cliënt (De Jong 1996). Volgens de behandelaars is sprake van een RIAGG-indicatie in geval van een diagnose op as I (Klinische syndromen) of as II (Persoonlijkheidsstoornissen). Het gaat volgens hen om cliënten met (matige) depressieve stoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsproblematiek, waarvan te verwachten valt dat kortdurende hulp voldoende zal zijn. Dit sluit ernstige stoornissen zoals psychosen uit. Verder vallen ook cliënten uit waarbij verslavingsproblematiek is gediagnostiseerd. Ook wanneer de problematiek niet ernstig genoeg is zoals in het geval van sociale problematiek, voldoen cliënten niet aan een RIAGG-indicatie. Om in aanmerking te komen voor een Perspectief-indicatie diende de cliënt bovendien aan de volgende criteria te voldoen:

- Marokkaanse afkomst
- Mannelijk geslacht
- Leeftijd tussen de 24 en de 55 jaar
- Langdurig werkloos en moeilijk bemiddelbaar (fase drie en vier)
- Mogelijkheid tot reactivering

De resultaten van het aanmeldingsgesprek werden tezamen met een voorzet voor de behandeling besproken in het aanmeldingsteam, ook wel spreekuurberaad of aanmeldingsberaad genoemd.

#### *Knelpunten*

##### Motivatieproblematiek

Volgens RIAGG hulpverleners ontbrak het bij de cliënten aan motivatie voor het doorlopen van het traject. Men had in het begin de indruk dat cliënten niet (goed) geïnformeerd waren inzake het project Perspectief. Sommige cliënten gaven aan dat zij niets over het project zelf en over de procedures, samenwerkende partners etc. hadden gehoord. Door de hulpverleners wordt wel aangegeven dat een ontkenkende houding in het kader van het geïnformeerd zijn over het project ook te maken kan hebben met onder meer wantrouwen ten gevolge van angst voor het verliezen van inkomsten of een stabiel leven, het ontbreken aan voldoende (psychologisch) inzicht en het idee te zijn 'gestuurd'.

Bij de doorverwijzende instantie werd de discrepantie tussen wat cliënten daar uitten en wat ze bij de RIAGG aangaven, ook wel gesignaleerd: "*Hier kan een cliënt zeggen: 'ja, ik ga naar de RIAGG' en daar zegt dezelfde cliënt: 'eigenlijk voel ik mij gestuurd'.*"

Ook is het volgens de verwijzer wel voorgekomen dat het niet naar de RIAGG gaan na een oproep meer te maken had met een angstfobie dan met een gebrek aan motivatie. In dat geval is de behandeling, nadat de cliënt met hulp van de casemanager bij de RIAGG was aangemeld, voorspoedig verlopen. Door de GG&GD wordt bovendien aangegeven dat de positie van de medisch adviseurs ook een heel andere is dan de positie van hulpverleners bij de RIAGG (controleerende instantie versus hulpverlener-cliëntrelatie). Dit tezamen met de aanvankelijk lange wachttijden bij de RIAGG kunnen de aansluiting van GG&GD naar de RIAGG sterk hebben bemoeilijkt.

##### *Indicatie problematiek*

Bij veel migranten is het al moeilijk om vast stellen of er een RIAGG-indicatie is, maar voor Perspectiefcliënten is dat nog veel moeilijker, aldus de behandelaars.

Dit kan te maken hebben met het feit dat cliënten hun klachten niet altijd presenteren in termen die aansluiten bij die van de behandelaar: "*Zij blijven bij de klachten en het feitelijke en men komt weinig toe aan het psychologische. Een veel voorkomende weerstand is: 'over die dingen wil ik niet praten want dan word ik veel zieker'. Wij moeten dan uit het feit dat er veel lichamelijke klachten zijn die niet medisch te herleiden zijn en uit de context afleiden dat er misschien wel een fors psychisch probleem is'.*"

Ook wordt aangegeven dat het voor cliënten vanwege de vaak moeilijke situatie waarin zij verkeren moeilijk te overzien is wat van hen verwacht wordt: "*Ze zijn ziek en willen gewoon behandeld worden. Zij komen hier met klachten en problemen en dan is vrij logisch dat zij niet meteen het nut van werk zullen zien. De link naar de toekomst is voor hen nog onduidelijk'.*"

Bij het moeilijk diagnosticeren van cliënten speelt ook de wijze van presentatie mee, zo kan het voorkomen dat er sprake is van een 'passieve presentatie' (zie bijvoorbeeld ook Wienesen 1991), zodat spreekuurhouders zich wel eens afvragen of de cliënt wel gemotiveerd is. In sommige gevallen heeft men meerdere gesprekken nodig gehad voor de intake.

##### *Vertraging*

Reeds voor de behandeling trad vertraging op vanwege een aantal redenen (zie ook hoofdstuk 5):

- Lange wachttijden voor het aanmeldingsgesprek.
- Veel afzeggingen en het niet nakomen van afspraken.

### *Aanpassingen naar aanleiding van de knelpunten*

Naar aanleiding van het feit dat cliënten weinig gemotiveerd leken te zijn bij binnenkomst bij de RIAGG, zijn in samenspraak met de andere partners een aantal extra activiteiten ondernomen en zijn criteria ten behoeve van deelname aan het project Perspectief bijgesteld:

- Organisatie van voorlichtingsbijeenkomsten (zie hoofdstuk 5). Hulpverleners laten zich positief uit over de voorlichtingsbijeenkomsten: *"Het bleek voor cliënten verhelderend te zijn"*. Een andere hulpverlener: *"Dat de voorlichtingsbijeenkomsten hebben plaatsgevonden was volgens mij wel goed. Ik denk dat het een heleboel helderheid geeft voor mensen, dat zij weten waar ze instappen. Bij de bijeenkomsten was ook een Marokkaanse preventiewerker betrokken. Hij is geloof ik ook op huisbezoek geweest bij mensen. Ik vind het goed dat er Marokkaanse professionals meedoen in het project. Zij weten Marokkaanse cliënten via andere kanalen te bereiken en voorlichting te geven"*. Een andere behandelaar meent dat de voorlichtingsbijeenkomsten *"zinnig waren ook omdat mensen serieus worden genomen en omdat cliënten nu eindelijk eens positieve in plaats van negatieve ervaringen met instanties kregen, verder ook vanwege het feit dat cliënten zagen dat zij niet de enigen waren en omdat er ook een Marokkaanse collega aanwezig was die Marokkaans sprak"*. Uit het citaat blijkt dat niet alleen de inhoudelijke informatie maar ook de mogelijkheid van herkenning een belangrijke aspect van de bijeenkomsten was.

- Extra inspanning van RIAGG-hulpverleners om - meer dan dat bij reguliere cliënten het geval is - cliënten te motiveren om afspraken na te komen (telefonisch contact wanneer een cliënt een afspraak niet is na gekomen, nieuwe afspraken maken, achterhalen wat de reden is geweest waarom de cliënt zijn afspraak niet nakwam en vervolgens motiveren wel op afspraken te komen).
- Aanpassing van de interne procedure bij de RIAGG ten aanzien van de wachttijden. Aanvankelijk was er sprake van lange wachttijden voor het aanmeldingsgesprek en de start van de behandeling. Na signalering van dit probleem kregen Perspectiefcliënten voorrang.
- Versoepeling ten aanzien van de RIAGG- en/of Perspectief-indicatie. Perspectief-clieënten kregen *"het voordeel van de twijfel"* wanneer het de intakers niet helemaal duidelijk was of men gemotiveerd was voor het project en of er sprake was van een RIAGG-indicatie.

## **6.2 Behandeling**

### *Inleiding*

De behandeling van Perspectiefcliënten is vertraagd op gang gekomen. Voor een deel heeft dit te maken met de lange wachttijden die aanvankelijk bestonden. Daarbij bleek het voor de drie hulpverleners die in eerste instantie bij het project betrokken waren, vanwege hun reguliere werk, soms lastig om, wanneer een cliënt de afspraak niet nakwam, op korte termijn nieuwe afspraken te plannen. Hierbij speelt ook mee dat het vaak lastig blijkt te zijn om afspraken te maken rondom de zomervakantie omdat veel Marokkanen de zomer doorbrengen in Marokko. Zoals reeds eerder vermeld zijn interne procedures bijgesteld om de wachttijden te verkorten. Verder zijn er tijdens het project twee extra behandelaars ingezet ten behoeve van de behandeling van Perspectiefcliënten. In totaal zijn er 17 cliënten in behandeling gekomen verspreid over vijf behandelaars. Twee van de vijf behandelaars zijn van Noord-Afrikaanse komaf. Acht cliënten hebben, hoewel opgeroepen in het kader van het project Perspectief, nooit gehoor gegeven aan een oproep of zijn na het spreekuur niet meer op afspraken verschenen. Nog eens drie verwezen cliënten zijn niet bekend bij de RIAGG. De cliënten doorliepen in principe een gespreksbehandeling met een maximum van vijftien gesprekken.

### *Aard problematiek*

In de praktijk concentreerden de klachten van de Perspectiefcliënten zich naast (psycho)somatische klachten en psychosociale problemen goeddeels rondom depressieve en angststoornissen en persoonlijkheidsproblematiek, soms in combinatie met elkaar. Bij de (psycho)somatische klachten gaat het met name om pijnklachten, terwijl de psychosociale problematiek heel divers kan zijn, variërend van opvoedingsproblemen tot sociaal isolement en traumatische ervaringen.

### *Ervaringen en knelpunten*

Het doel van de behandeling was gericht op activering. Voor de Perspectief- cliënten zelf lag activering echter aanvankelijk niet zo voor de hand: *"Over het algemeen is het zo dat een Perspectiefcliënt binnenkomt met het idee 'ik heb een stel klachten en daarom kan ik niets"*. Bij de start van de behandeling bestond veel weerstand bij cliënten ten aanzien van de behandeling en ten aanzien van (sociale) activering. Sommige cliënten voelden zich volgens hulpverleners 'gestuurd' of 'gedwongen' en waren wantrouwig terwijl er bij hen angst was om weer aan het werk te gaan. De angst kwam onder meer voort vanuit de gedachte dat (lichamelijke) klachten zouden verergeren en dat negatieve ervaringen met werk in het verleden zich opnieuw zouden voordoen. Ook bestond er angst voor het verliezen van een uitkering. Verder bleken veel cliënten bij de start van de behandeling een passieve opstelling te hebben: *"Dat zou kunnen samenhangen met het gedwongen karakter maar ook met het feit dat men zo lang niet heeft deelgenomen aan het arbeidsproces"*.

Ook geven hulpverleners wel aan dat er soms sprake is van 'krenking'. Het betreft hier het 'niet bespreekbaar gekrenkt zijn' ook wel sinistrose genoemd. In de literatuur met betrekking tot psychosomatiek bij migranten wordt in dit verband ook de term renteneurose gebruikt. Essentieel bij deze neurose is de behoefte aan erkenning. Door sommigen wordt daarom de voorkeur gegeven aan de term erkenningsneurose (Sterman 1996). Een hulpverlener: *"Ze zijn woedend en in veel gevallen lijkt het erop dat het voor het grootste deel te maken heeft met een basaal gevoel van gekrenkt te zijn, niet gezien te zijn, tekort gedaan, beledigd te zijn. Hoewel er wel een paar aanleidingen kunnen zijn valt het in een bodem die veel ouder is en waarschijnlijk veel dieper zit. Met dit soort mensen is het buitengewoon moeilijk om contact te krijgen"*.

Een knelpunt voor de behandelaars was het wegvallen van de casemanager van Sociale Zaken. Oorspronkelijk lag het in de bedoeling dat de behandelaar na vijf contacten contact zou opnemen met de casemanager. Toen deze wegviel was het onduidelijk met wie contact opgenomen diende te worden. De behandelaars geven ook aan geen zicht te hebben op de mogelijkheden in het vervolgproject: *"Er zijn (gelukkig) veel mogelijkheden. Maar er zijn zoveel verschillende routes die kunnen worden gevolgd, voor verschillende doelgroepen en op verschillende niveaus dat het niet altijd duidelijk is. En ook qua scholing is veel mogelijk"*. Een aantal behandelaars geeft aan dat het goed zou zijn als cliënten in de vervolgfase ook door hen gevolgd kunnen worden, zodat 'de vinger aan de pols' gehouden kan worden. Een behandelaar onderstreept het belang van een persoonlijke route voor de cliënt: *"In die persoonlijke route zou dan bijvoorbeeld een RIAGG-behandeling passen maar ook een stuk coaching tijdens het project. Je zou je kunnen voorstellen dat consulenten van Sociale Zaken getraind worden in hoe zij cliënten kunnen activeren en hoe ze hen kunnen coachen als zij weer aan het werk zijn"*. Dit laatste omdat er bij cliënten angst voor terugval bestaat: *"Mensen zijn over het algemeen best bereid om werk aan te pakken, maar ze zijn bang dat het weer mis zal gaan. Hen steunen in de eerste periode dat zij weer aan het werk zijn, is heel belangrijk"*.

Vanwege de angst die veel cliënten hebben om hun uitkering te verliezen is het niet verwonderlijk dat er bij hen soms sprake is van wantrouwen naar Sociale Zaken toe. Daarom is het van belang dat er *"eerst goed contact wordt gelegd met de cliënt, dus moet er eerst ingegaan zijn op de klachten. Pas dan kun je concreet contact leggen met bijvoorbeeld de Sociale Dienst. Dat moet je niet te snel doen, omdat de Sociale Dienst onbewust door de*



*cliënt gezien wordt als een bedreigende instantie".*

Als knelpunt wordt ook aangegeven dat voor cliënten - naast de behandeling bij de RIAGG - geen mogelijkheden voor structureel aanvullende activiteiten worden gecreëerd: *"Als je van meet af aan een aanbod ter ondersteuning van de structuur in iemands leven kunt doen dan zou dat een verbetering zijn"*. Incidenteel vindt dit overigens wel plaats. Zo heeft een behandelaar voor een cliënt wekelijks terugkerende fysiotherapie in groepsverband geregeld.

#### *Twee sporen: werken aan klachten en werken aan activering*

De behandeling van de klachten concentreert zich rondom de versterking van de psychische weerbaarheid van cliënten waarbij erkenning van de klachten en inzicht in de eigen problematiek belangrijke elementen vormen: *"Aandacht wordt besteed aan het inventariseren van de problemen en het analyseren van de voorgeschiedenis, bijvoorbeeld in verband met het werkverleden. Mensen bouwen bepaalde denkpatronen in de loop van de jaren op. Hier proberen wij ze andere - positievere - manieren van denken bij te brengen"*.

Een van de hoofddoelen van de behandeling van Perspectiefcliënten is duidelijk te maken dat niets doen geen soelaas biedt: *"Voor ons als behandelaar is het belangrijk om uit te leggen dat klachten erger worden als iemand niets doet. Vervolgens proberen wij een relatie te leggen naar gezondheid"*. Er wordt in de hulpverlening daarom met klem de nadruk gelegd op activering: *"Uw verhaal is 'ik ben ziek dus ik kan niks', mijn verhaal is 'je kunt alleen maar beter worden als je wat gaat doen'"*.

Bij de start van de behandeling wilden cliënten het volgens de behandelaars *"over hun klachten hebben"* en niet over werk of activering. Zoals eerder reeds vermeld nemen cliënten volgens de behandelaars een passieve houding aan: *"Jullie zijn de deskundigen dus jullie moeten mij daarmee helpen"*. Het gedesillusioneerd en passief zijn, waarbij ook de dagelijkse bezigheden zijn verminderd, de sociale contacten zijn afgenomen en waar soms sprake is van een sociaal isolement wordt vaker genoemd in verband met migrantencliënten met psychosociale problematiek. Een belangrijk element van de behandeling daarbij is het doorbreken van de passiviteit (Wienesen 1991). Gezien het bovenstaande is het niet verwonderlijk dat er in de behandeling vaak sprake is geweest van een tweesporenbeleid: werken aan (re)activering en werken aan de psychische klachten. Dat betekent in de praktijk bijvoorbeeld dat er naast *"de facilitering van de verwerking ook aandacht wordt besteed aan mogelijkheden die daarna in het verschiep liggen"*. Ook kan het betekenen dat waar psychisch weinig beweging te bespeuren valt, geprobeerd wordt om in ieder geval lichamelijk te activeren (vgl. ook Wienesen 1991), bijvoorbeeld door naast de hulpverlening bij de RIAGG te wijzen op de mogelijkheid om fysiotherapie in groepsverband te gaan doen.

#### *Psycho-educatie*

Centraal in het kader van de behandeling van Perspectiefcliënten is dat er veel aandacht wordt besteed aan psycho-educatie: *"Er wordt meer uitgelegd hoe het werkt met pijnklachten en passief zijn en problemen hebben"*. Een andere behandelaar geeft aan: *"Ik leg aan het begin van de behandeling ook vaak het proces van somatiseren uit. Ik maak een tekening en probeer de cliënt inzicht te geven in hoe hij functioneert"*.

Naast uitleg over psychologische processen in relatie tot gedrag en lichamelijke klachten wordt ook uitleg gegeven over de invloed van migratie op het leven van mensen en de positie van mannen en vrouwen hier in Nederland en in het herkomstland, met als doel cliënten meer inzicht te geven in hun situatie: *"Wat je doet is het schetsen van een kader zodat men meer inzicht heeft in de eigen positie"*.

#### *Gebruik van specifieke methodieken*

Bij de behandeling wordt gebruik gemaakt van inzichten in het kader van methodieken en technieken die vooral worden toegepast in het hulpverleningscontact met migranten cliënten. Het gaat daarbij om inzichten en bevindingen rondom diagnostiek, behandeling en bejegening van allochtone cliënten (bijvoorbeeld Kortmann 1996, Pannekeet 1991, Sterman 1996),

communicatiecodes (zie bijvoorbeeld Watzlawick e.a. 1970, Eppink 1986) en gespreks- en communicatietechnieken tijdens de verschillende behandelfases (vgl. bijvoorbeeld Eppink 1986, Eppink 1990, Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders 1991, Eppink en Mouthaan 1990, Can 1998).

#### *Opbouwen van een vertrouwensrelatie*

Door hulpverleners wordt een aantal aspecten genoemd waar tijdens het hulpverleningscontact veel nadruk op ligt. Meer nog dan bij autochtone cliënten wellicht het geval is, staat bij migrantencliënten de behoefte om serieus te worden genomen door de hulpverlener centraal. Ook in ander onderzoek met allochtonen komt dit aspect als een belangrijk element in het contact tussen hulpverlener en migrantencliënt/patiënt naar voren (bijvoorbeeld Mouthaan en De Neef 1992, Mouthaan en De Neef e.a. 1997). Hoogsteder (1996) noemt in dit verband de 'professionele grondhouding': een houding waarin inhoudelijke deskundigheid wordt uitgestraald en waarin ethocentrisch gedrag (d.w.z. gedrag uitgaande van de eigen cultuurgebonden normen en waarden) wordt vermeden. Een hulpverlener verwoordt dit als volgt: *'Mensen letten op de geloofwaardigheid van de hulpverlener en of je iemand serieus neemt'*. Dit 'serieus nemen' wordt door hulpverleners onder andere uitgestraald door begrip te tonen voor de specifieke positie van de cliënt en zich zichtbaar in te leven in de problematiek of situatie waarin de cliënten zich bevinden; bijvoorbeeld door in te gaan op de problemen en ervaringen inzake de migratiesituatie, het benoemen van de lastige situatie waarin migranten verkeren ook in verband met waarden en normen in Nederland die conflicteren met die uit het herkomstland.

Men kiest er soms voor om in de behandeling niet te starten met het activeren van de cliënt en niet op oorzaken van klachten in te gaan maar allereerst de cliënt te ondersteunen ten aanzien van de zware en moeilijke positie waarin hij zich bevindt en waarin soms ook sprake is van krenking (zie eerder). Dit in samenhang met het feit dat *"alle in onze ogen gewone dingen die wij willen voor hen op dat moment niet relevant zijn. De vraag: zou je niet een beetje actiever worden, is alleen een vergroting van de krenking. Praten over dingen die mis zijn gegaan rakelt alleen de pijn weer op. Wij bekijken of zo iemand te behandelen valt zonder over de problemen zelf te praten. Je geeft aan 'wij hoeven niet over de gebeurtenissen praten, niet over aanleidingen, niet over klachten nu'. Je ondersteunt het gevoel van iemand dat hij zich zo gekrenkt voelt. Een werkzaam bestanddeel in de behandeling is het ingaan op niet-specifieke factoren: bijvoorbeeld contact leggen en onderhouden. Mensen krijgen dan voor het eerst het gevoel dat men serieus naar ze luistert. Een fundamenteel respect in het hele contact wat in de buitenwereld niet steeds overal gegarandeerd is"*.

Door hulpverleners wordt ook aangegeven dat zij hulp bieden bij (actuele) concrete problemen van de cliënt: *"Bij Marokkanen speelt vaak dat je, als je iets voor hen regelt waardoor men het gevoel krijgt te worden geholpen, hen daarmee een duwtje in de goede richting geeft"*. Het kan dan gaan om het daadwerkelijk uitvoeren van voor de hulpverlener relatief kleine diensten (zoals het plegen van telefoontjes, het maken van afspraken voor de cliënt of het invullen van formulieren) of het geven van adviezen die de cliënt weer verder helpen: *'Het is belangrijk om als behandelaar problemen persoonlijk te regelen. Het gaat daarbij vooral om psychosociale en materiële problemen. Soms gaat het over zaken zoals huisvesting of schulden. Het gaat er dan niet zo zeer om of je het probleem oplost, maar dat je iets doet voor de cliënt. Dingen regelen versterkt de vertrouwensrelatie en de cliënt voelt dat hij echt geholpen is'*.

Zijn de diensten in de ogen van de hulpverleners relatief klein, de te ondernemen activiteiten kunnen Perspectiefcliënten echter zwaar vallen: *'Cliënten komen er soms niet toe om iemand te bellen of een afspraak te maken of een brief te schrijven. Dat duurt soms weken, dat ze denken ik doe het wel of ik doe het niet. Je ziet dit met name bij mensen met depressieve klachten of met angstklachten. En dan zien ze dat jij zoiets meteen doet. Dan valt er een zware last van ze af. Wanneer je iets voor de cliënten doet geeft dat vertrouwen en tegelijkertijd laat je zien hoe je zoiets kunt aanpakken'*.

### *(Interculturele) communicatie*

Voor deze groep cliënten is het soms noodzakelijk bij de uitleg andere methodieken dan gebruikelijk in te zetten: *"Wij zijn erg geneigd om te praten, maar bij deze groep moet je andere methodieken uitzoeken. Schriftelijk materiaal bijvoorbeeld is niet altijd geschikt omdat sommige cliënten analfabeet zijn"*. Ook methodieken waarbij een zekere schrijfvaardigheid van cliënten wordt verwacht zijn om die reden soms minder bruikbaar. Verder is het wel voorgekomen dat een hulpverlener de binnen de gedragstherapie gebruikelijke termen aan moest passen aan de belevingswereld van de cliënt: *"In de behandeling ga je verder met woorden die de cliënt zelf aandraagt"*.

Ook wordt bij het geven van uitleg en het inzichtelijk maken geregeld gebruik gemaakt van een meer beeldende (non-verbale) manier van uitdrukken: zo verduidelijkt een behandelaar bijvoorbeeld somatisering door middel van tekeningen.

Tenslotte wordt ook gebruik gemaakt van meer impliciete taalcodes zoals metaforen: *"Mensen hebben vaak veel meegemaakt en veel gewerkt, zijn - psychisch - vaak zwaar belast. Ik zeg wel eens: het is alsof je met vakantie naar Marokko gaat, er worden vaak veel spullen meegenomen, vaak te veel en de auto raakt overbelast. Door dit soort voorbeelden is er bij mensen meer herkenning"*.

### *Gebruik van gedragstherapeutische technieken*

Ten aanzien van de door cliënten ondervonden klachten wordt door hulpverleners aangegeven dat in eerste instantie klachten worden erkend. Vervolgens wordt soms heel gedragsmatig op de klachten ingegaan: *"Ik werk met deze cliënten vaak wat directiever, op gedragstherapeutische basis met wat huiswerk en gerichte opdrachten en adviezen"*. Naast gedragstherapie worden ook cognitieve therapie en het laten voorschrijven van medicatie genoemd.

### *Ruim toepassen van het begrip activering*

Zoals reeds vermeld, geven de behandelaars aan dat aan het begin van de behandeling vermeden wordt om het begrip arbeid ter sprake te brengen. In een latere fase van de behandeling, als het vertrouwen gewonnen is, kan activering een doel worden. Naar voren komt wel dat het (bepreekbaar maken van) activering parallel kan lopen aan het behandelen van klachten en actuele problemen. Zo werden de pedagogische adviezen die een hulpverlener gaf aan een cliënt die problemen met de kinderen had, door deze hulpverlener eigenlijk als een stuk activering gezien: *"Omdat de cliënt ondersteund werd bij zijn actuele problemen kon hij in beweging komen en heeft hij uiteindelijk gebruik kunnen maken van het aanbod voor scholing van het arbeidsbureau"*.

De activerende (arbeids)hulpverlening wordt door een behandelaar als volgt verwoord: *"Eigenlijk is het doel in eerste instantie om mensen beter te laten functioneren en in een latere fase om hen iets concreets aan te bieden. Je zou kunnen zeggen dat je met de cliënt als het ware een loopbaanonderzoek doet. Je gaat als behandelaar na wat iemands talenten en beperkingen zijn, er wordt als het ware een sterkte-zwakte analyse gemaakt en je laat de cliënt zien dat hij kan kiezen"*.

Zoals hierboven reeds naar voren kwam is ook lichamelijke activering onderdeel geweest van de behandeling. Hierbij staat niet zozeer betaalde arbeid centraal maar wordt er aandacht besteed aan een verantwoorde dagbesteding (zie ook Wienesen 1991): lichamelijke en/of sociale activering wordt hier ingezet als onderdeel van een psychisch meer gezonde leefstijl.

Het toepassen van de eerder genoemde specifieke behandelingsmethodieken kan resulteren in een anders omgaan met klachten. Er vindt bij cliënten als het ware een soort omslag plaats: *"Wat je dan ziet is dat een cliënt na een aantal sessies niet meer zegt: 'ik ben ziek en ik kan niet werken, maar ik wil wel werken maar ik heb nog pijn'. Dan is er een omslag gemaakt. Je ziet dat gebeuren als er vertrouwen is gewekt. Je ziet dat ook bij groepstherapieën. In het begin gaat het om pijn hier en pijn daar. Daarna wordt er gepraat over andere dingen. Dat betekent niet dat de pijn is verdwenen maar er wordt minder over geklaagd"*.

#### *Kenmerken van de behandelaar*

Volgens behandelaars hoeft de sekse van de hulpverlener geen probleem te vormen in de behandeling van deze mannelijke cliënten: "Het kan allebei en het maakt geen verschil. Het gaat om de waardigheid, de ervaring en de professionaliteit van de behandelaar". Sommige behandelaars geven aan dat bij sommige Noord-Afrikaanse cliënten een voorkeur zou bestaan voor een vrouwelijke behandelaar.

Naar het idee van de behandelaars wordt de deskundigheid van de hulpverlener voorop gesteld: "*Ze zien je toch meer als deskundige, ze spreken je daarop ook aan*".

Zoals eerder reeds vermeld, waren twee van de vijf behandelaars van Noord-Afrikaanse oorsprong. Deze behandelaars geven aan dat de voordelen die aan een behandelaar uit de doelgroep worden toegeschreven, soms meer te maken hebben met de perceptie van Marokkaanse cliënten dan dat zij anders handelen in vergelijking met autochtone collega's. Zoals eerder naar voren kwam, blijkt het in het algemeen belangrijk te zijn dat de hulpverlener een empathische, invoelende houding uitstraalt en geloofwaardig overkomt. Bij een behandelaar uit de doelgroep is daar mogelijk (sneller) sprake van in de beleving van de cliënt omdat er bij hem/haar geappelleerd kan worden aan een gemeenschappelijke culturele achtergrond. Een van de behandelaars verwoordt dit als volgt: "*Het voornaamste is dat het klikt. Dat de cliënt zich gehoord, begrepen voelt, weet dat er naar hem geluisterd wordt. Niet zozeer dat allochtone hulpverleners daar anders in zijn, maar meer hoe een cliënt naar zijn behandelaar kijkt. Het is niet zozeer dat je iets anders doet in vergelijking met een autochtone collega, maar meer dat de cliënt anders tegen jou aankijkt. Het heeft te maken met een stuk herkenning. Er leeft bij deze cliënten een idee dat iemand van de eigen cultuur hen beter kan begeleiden*". In dit verband kan ook de uitstraling van de 'de succesvolle cultuur- of landgenoot' worden genoemd. 'Inside perspective' (o.a. Mouthaan en De Neef 1992) wordt ook door behandelaars zelf in sommige gevallen als voordeel gezien: "*De cultuur van binnen uit kennen betekent dat elementen daaruit kunnen worden gebruikt die bij de behandeling relevant zijn*". Ook wordt aangegeven dat het feit dat de taaldrempel ontbreekt een voordeel zou kunnen zijn voor deze Perspectiefcliënten: "*De taal die ik spreek is afhankelijk van de cliënt die tegenover mij zit. Met sommige hoog opgeleide Marokkanen spreek ik ook wel Frans of Nederlands. Sommige uitdrukkingen of begrippen zijn echter soms haast niet in een andere taal uit te drukken*". Eventuele nadelen die worden genoemd zijn "*de angst die kan bestaan bij de cliënten voor roddel*" en "*het te betrokken zijn van de behandelaar bij de doelgroep*". Toch, zo wordt aangegeven, zijn "*de voordelen groter dan de nadelen*".

### **6.3 Effecten**

#### *Cliëntniveau*

Er zijn volgens de behandelaars "*geen (standaard)procedures die het effect van de behandeling meten*", bijvoorbeeld of iemands psychische problematiek is verminderd. Wel wordt aan het eind van de behandeling het resultaat neergelegd in een eindverslag, waarbij duidelijk moet worden of de behandeldoelen zijn behaald. In het geval van Perspectiefcliënten was de behandeling gericht op vermindering van psychische klachten opdat activering mogelijk zou worden. Het uiteindelijke doel van het project Perspectief was om 'totaal gestagneerde personen' in beweging te krijgen. Eén en ander impliceert dat een verergering van de problematiek geen perspectief biedt tot activering: "*Als iemand bijvoorbeeld depressief zou worden, dan zouden wij natuurlijk wel zeggen: dit is geen geschikt moment om met arbeidsmarkttoeleiding te beginnen*".

Het resultaat van de structurele extra investering is dat volgens de behandelaars circa de helft van de cliënten in beweging is gekomen. Over een aantal cliënten is nog geen uitspraak te doen omdat deze ten tijde van het schrijven van het rapport nog maar net met de behandeling bij de

RIAGG waren gestart.

De cliënten zijn op verschillende wijze in beweging gekomen. Naast cliënten die betaalde arbeid hebben aanvaard, zijn er cliënten die een toeleidingstraject doorlopen en/of een opleiding zijn gaan volgen en/of lichamelijk geactiveerd zijn. Sommige behandelaars geven aan dat het feit dat voor de helft van de cliënten de behandeling op de een of andere manier succesvol is geweest voor hen betekent dat het doel van het project is behaald. Dit vooral in het licht van deze specifieke doelgroep: *"Je hebt het hier niet over een doelgroep die een half jaar geleden nog functioneerde en nu niet meer. Zij zijn er vaak al zo lang uit. Het is een moeilijke doelgroep. En wat ik er zo leuk aan vind is de impact, niet alleen voor hen zelf maar ook voor hun vrouw en gezin"*.

Een ander mogelijk effect van de behandeling is volgens één van de behandelaars geweest dat cliënten geleerd hebben om (meer) adequate copingstrategieën in te zetten om met de klachten om te gaan.

Bij de start van de behandeling hadden de behandelaars niet altijd hoge verwachtingen. Gaande het project kwam daar bij de behandelaar zelf soms verandering in: *"Ik merk dat mijn doel veranderd is, in de zin dat ik optimistischer ben dan in het begin. Ik heb verder gemerkt dat een lange adem wel effect heeft"*. De constatering dat veel geduld en een lange adem kennelijk effect hebben wordt bij meer hulpverleners teruggevonden. Verder wordt wel aangegeven dat de manier van werken in dit project de behandelmogelijkheden vergroot: *"In het verleden werd nog al eens gezegd: 'hier is niets meer mee te beginnen'. Nu kun je aangegeven dat er nog wel wat te proberen is, er zijn meer mogelijkheden voor de cliënt en ook onze mogelijkheden zijn vergroot"*.

#### *Instellingsniveau*

Op instellingsniveau is het feit dat duidelijk is geworden dat hulpverlening serieus gezien wordt als een manier om mensen te activeren, volgens de projectleider, een winstpunt. Ook de behandelaars laten zich positief uit over het project. Het project wordt door de hele instelling gedragen. Binnen de RIAGG is een groot draagvlak ontstaan met de inzet van veel menskracht, waaronder spreekuurhouders, behandelaars die zich al bezighielden met arbeidshulpverlening en hulpverleners die bijvoorbeeld een allochtone groep hadden. Het project Perspectief paste op instellingsniveau binnen de reeds ingezette lijn van de arbeidshulpverlening. Aangegeven wordt dat het de kennis - zowel met betrekking tot inzichten als vaardigheden - vergroot heeft op het gebied van de activerende hulpverlening en de migrantenhulpverlening.

Binnen de RIAGG staat arbeidshulpverlening om mensen die uit het arbeidsproces zijn geraakt daar toch weer in te laten terugkeren, hoog aangeschreven: *"Wij vinden ook dat arbeidshulpverlening de algemene geestelijke gezondheid bevordert. Het is eigenlijk zo simpel, dat het bijna voor iedereen goed is om aan het arbeidsproces mee te doen. Het geeft structurering van tijd, zelfrespect en zelfwaardering"*.

## **6.4 Samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling**

Intern zijn de behandelaars goed te spreken over de opzet van het Perspectiefteam en over de onderlinge informatie-uitwisseling. Er bestaat veel waardering ten aanzien van de interne deskundigheidsbevordering, de casuïstiekbesprekingen: *"Er vindt informatie-uitwisseling plaats waarmee je je voordeel kunt doen"*. Wel wordt aangegeven dat er in het begin veel tijd ging zitten in organisatorische zaken. Dat verbeterde toen er eenmaal cliënten in behandeling werden genomen. Ook wordt aangegeven dat de teamcoördinator eigenlijk te weinig uren had voor het project, dit ondanks het feit dat er wel uren begroot waren in de projectfinanciering. Maar klaarblijkelijk kostten de project-activiteiten (o.a. opzetten van een heldere lijn, bewaken van de grenzen en mogelijkheden, overzicht m.b.t. het verloop van cliënten, begeleiding etc.) meer tijd dan was voorzien.

Hoewel het project door de hele instelling werd gedragen werd de afstemming tussen de afdelingen Curatie en Preventie wel eens bemoeilijkt door de verschillende taakstellingen, doelen en daarmee samenhangend de verschillende werkwijzen van deze afdelingen.

Als centraal knelpunt in de samenwerking tussen de verschillende partners wordt het uitvallen van de casemanager genoemd: *"Het was de bedoeling dat na vijf contacten met de cliënt contact zou worden opgenomen met de casemanager. Maar toen die wegviel wisten wij niet meer met wie er contact moest worden opgenomen"*.

In eerste instantie ervoer men als knelpunt dat men weinig informatie verkreeg via de GG&GD. Dit is in een later stadium ondervangen door speciaal voor het project vaste spreekuurhouders aan te stellen.

Een knelpunt in de samenwerking in verband met het vervolgtraject is het feit dat men elkaar - soms mede door de vele wisselingen - niet persoonlijk kent en dat men niet op de hoogte is van elkaars werkinhoud: *"Het is naar mijn idee heel zinvol om met een cliënt mee te gaan naar de Sociale Dienst, ook om te zien hoe ze daar werken en hoe ze dat aanpakken. De toeleidster heeft me dat toen uitgelegd. Er bleek overlap te zijn tussen het werk dat zij daar deden en datgene dat wij hier doen. Je merkt dat je geen zicht hebt op elkaars werkinhoud. Het contact gaat makkelijker als er eenmaal contact geweest is"*.

Zoals reeds vermeld in hoofdstuk 4, is een knelpunt bij de informatie-uitwisseling het punt van de privacy: *"Daar zijn formele regels voor, maar het belangrijkste is meer hoe je er mee omgaat. Je bouwt hier een specifiek soort contact op met cliënten, namelijk een hulpverleningscontact. Daarbij garandeer je dat er niets buiten de instelling komt. Het is soms ingewikkeld als er druk ontstaat om wel van alles uit te wisselen"*. Er wordt in dit verband aangegeven dat de aard van het contact dat behandelaars hebben met de cliënt anders is dan dat van een consultant van Sociale Zaken: *"Ik geef wel informatie maar ga er niet dieper op in. In grove lijnen geldt dat wij geen controleur zijn. Het is belangrijk dat je als hulpverlener achter je mensen kunt blijven staan. De Sociale Dienst geeft aan dat zij ook het een en ander moeten verantwoorden. Dan is het zaak om een manier te vinden om je in abstractere termen uit te drukken zonder al te concreet te worden. Het is belangrijk om daar goede afspraken over te maken, zowel vooraf als tijdens het project"*. Overigens lossen hulpverleners op individueel niveau dit 'privacyprobleem' wel op. Bijvoorbeeld door cliënten een verklaring te laten tekenen dat er informatie mag worden uitgewisseld, of door alleen in zeer abstracte termen over cliënten te rapporteren. Gepleit wordt voor vaste regels die regelmatig aan de praktijk worden getoetst en op bruikbaarheid en actualiteit worden geëvalueerd. Daarnaast is erkenning van de verschillende doelen van de onderscheiden organisaties in het project waarbij de organisaties elkaars doelen respecteren gewenst.

## 6.5 Signaleringsonderzoek

In hoofdstuk 1 wordt vermeld dat tijdens de behandel fase een signaleringsonderzoek uitgevoerd zou worden. De bedoeling was dat de RIAGG de eventuele problemen die de cliënten bij hun instroom in (on)betaalde arbeid ondervinden zou inventariseren, evenals hun behoefte aan verdere ondersteuning. Reeds in het begin van het project (zie ook hoofdstuk 3) werd geconstateerd dat het toeleidingstraject naar betaalde en onbetaalde arbeid meer tijd zou vergen dan in het kader van de pilot haalbaar zou zijn. Dientengevolge heeft het signaleringsonderzoek (nog) niet plaatsgevonden.

## 6.6 Samenvatting en conclusie

Aanvankelijk ondervond men knelpunten met betrekking tot de intake. De knelpunten hadden globaal gezien betrekking op de motivatie van cliënten, het vaststellen van een RIAGG- en/of Perspectief-indicatie en het optreden van vertraging nog voor de behandelfase. Deze knelpunten zijn in de beginfase, soms in samenspraak met de andere partners, door het bijstellen van criteria en het ondernemen van extra activiteiten, ondervangen.

In totaal zijn zeventien cliënten verspreid over vijf behandelaars in behandeling genomen. De klachten van de cliënten concentreerden zich in de praktijk naast (psycho)somatische klachten en psychosociale problemen goeddeels rondom depressieve en angststoornissen en persoonlijkheidsproblematiek, soms in combinatie met elkaar.

In de behandeling is sprake geweest van een tweesporenbeleid namelijk enerzijds gericht op (re)activering en anderzijds gericht op de vermindering van (psychische) klachten. Psycho-educatie en uitleg over de (sociale) positie van cliënten vormden belangrijk bestanddelen van de behandeling. Verder is in de behandeling gebruik gemaakt van inzichten en bevindingen met betrekking tot diagnostiek, behandeling en bejegening van allochtone cliënten. Een cruciaal element in de behandeling van Perspectiefcliënten is de fase van contactlegging en het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Rekening houdend met de (situatie en de migratieachtergrond van de) cliëntengroep zijn er binnen de behandeling specifieke, voor migranten toepasbare methodieken, communicatiecodes en gesprekstechnieken ingezet. Hoewel bij de start van de behandeling behandelaars soms weinig verwachtingen hadden is het resultaat volgens hen succesvol: bij ongeveer de helft van de cliënten is volgens de behandelaars de behandeling (tot nu toe) succesvol geweest. Deze constatering moet bezien worden in het licht van de specifieke Perspectief doelgroep. Verder wordt onder andere aangegeven dat het voor deze specifieke groep cliënten (in het licht van het structureel maken van een zinvolle dagbesteding) positief kan werken om hen, naast de hulpverlening bij de RIAGG, te stimuleren om deel te nemen aan structureel aanvullende activiteiten, zoals bijvoorbeeld fysiotherapie in groepsverband.

Ook op instellingsniveau laten de behandelaars zich positief uit: er is een groot draagvlak met de inzet van veel bij de instelling werkzame mensen ontstaan. Ook vindt men dat er vergroting van inzicht en vaardigheden is opgetreden in het kader van activerende hulpverlening en de migrantenhulpverlening.

Over de interne samenwerking, de onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling zijn de behandelaars over het algemeen tevreden. De soms moeizaam tot standkomende afstemming tussen afdelingen binnen de RIAGG wordt toegeschreven aan de verschillende doel- en taakstellingen van deze afdelingen.

Ten aanzien van de samenwerking, afstemming en informatie-uitwisseling met andere partners worden enkele knelpunten gesignaleerd. Een deel van de knelpunten is lopende de behandelfase ondervangen. Het wegvallen van de casemanager wordt als belemmerend voor de procesgang van het project ervaren. Verder wordt als knelpunt genoemd het weinig zicht hebben op elkaars werkinhoud en (in verband met de informatie-uitwisseling) het punt van de privacy. Aanbevolen wordt onder meer om inzicht in de werkinhoud van de onderscheiden partners te verschaffen en de formele regels ten aanzien van de informatie-uitwisseling tussen de partners vast te stellen en regelmatig op bruikbaarheid te bezien.





## 7 De vervolgfase

### 7.1 De oorspronkelijke opzet

In deze fase stond de toeleiding naar betaalde of onbetaalde arbeid centraal. Het kon daarbij gaan om reguliere of gesubsidieerde arbeid, maar ook om vrijwilligerswerk. Als tijdens het behandelingstraject zou blijken dat een baan op de reguliere arbeidsmarkt (nog) niet haalbaar of wenselijk was, zou toeleiding naar onbetaalde arbeid, sociale activering het streven worden, bijvoorbeeld in de vorm vrijwilligerswerk of scholing. In deze fase zouden de volgende activiteiten plaatsvinden:

- REA-toets door de GG&GD.
- Bekijken van de bemiddelbaarheid van de cliënt door Arbeidsintegratie<sup>3</sup>, de GG&GD en RIAGG.
- Vaststellen van het vervolgtraject, de vervolgfase, door de casemanager van Sociale Zaken samen met Arbeidsintegratie, de RIAGG en de GG&GD.
- Bemiddeling naar regulier werk via Arbeidsintegratie en bemiddeling naar gesubsidieerd werk via Arbeidsintegratie en Sociale Zaken (Melkertbanen) of via Sociale Zaken (Werkervaringsplaatsen).
- Coördineren van toeleiding naar onbetaalde arbeid, sociale activering door Sociale Zaken.
- Mogelijkheid om al tijdens de RIAGG-behandeling - in overleg tussen de RIAGG-hulpverlener, de medisch adviseur van de GG&GD en de cliënt - stagebezoeken te regelen op de toekomstige werkplek (dit om de continuïteit van de behandeling naar werktoeleiding te versterken).
- Volgen van de cliënt tijdens het vervolgtraject door Sociale Zaken en de GG&GD (gesubsidieerde arbeid), Arbeidsintegratie (reguliere arbeid) of Sociale Zaken (sociale activering).

### 7.2 De praktijk van de vervolgfase

Zoals reeds eerder is vermeld, zijn gedurende de pilot 17 cliënten bij de RIAGG in behandeling genomen. Eind oktober 2000 waren drie behandelingen succesvol afgesloten, in de zin dat de sociale actieradius van de cliënten was toegenomen en de klachten waren verminderd. Eén van de cliënten heeft zelf een beroepstest bij het Arbeidsbureau geregeld, volgt een opleiding en loopt momenteel stage. De twee andere cliënten hebben via het bemiddelingsbureau "Werk Nu" (een samenwerkingsverband van het Arbeidsbureau en Sociale Zaken) een (Melkert)baan gevonden. De follow-up tijdens het vervolgtraject wordt gedaan door de behandelaar van de RIAGG. Door enkele behandelaars van de RIAGG wordt vermeld dat zij het belangrijk vinden om na het beëindigen van de behandeling een vinger aan de pols te houden, bijvoorbeeld door na drie of zes maanden een follow-up te doen. Als redenen hiervoor worden aangegeven dat de cliënt op die manier - bij mogelijke problemen - kan terugvallen op een soort 'ouder', waardoor de kans verkleind wordt dat iemand in zijn oude patroon terugvalt.

---

<sup>3</sup>

Zoals reeds vermeld in hoofdstuk 3, werd begin 1999 Arbeidsintegratie partner in het project in plaats van Arbeidsvoorziening.

Eén cliënt die nog in behandeling van de RIAGG is, heeft zelf een baan gevonden. Bij een aantal andere cliënten wordt momenteel toegewerkt naar arbeidstoeleiding (via "Baan op Maat" of via het Toeleidingsbureau van Sociale Zaken) of een REA-toets. Bij deze cliënten is reeds sprake van een toename in de sociale actieradius.

Uiteindelijk is Arbeidsintegratie niet actief betrokken geweest in de vervolgfase. Redenen hiervoor zijn onder andere de stagnatie in instroom en doorstroom van geschikte cliënten bij de RIAGG, waardoor behandelingen later zijn gestart en aan het eind van de pilot nog niet afgerond waren. Een andere reden heeft te maken met het feit dat Sociale Zaken, naast trajecten van Arbeidsintegratie, ook - meer - gebruik wilde en kon gaan maken van trajecten van andere organisaties: *"Het gaat erom te bekijken wat het beste voor de klant is, welk traject die specifieke klant nodig heeft om verder te komen. Dus niet bij voorbaat vastleggen dat de klant naar Arbeidsintegratie gaat, maar wel de mogelijkheden bieden indien de klant er geschikt voor is"*.

Verder was er bij Arbeidsintegratie sprake van een onderbezetting en een interne verzelfstandelijking. Met ingang van 1 april 2001 wordt Arbeidsintegratie een commerciële organisatie.

Tijdens geen van de behandelingen hebben stagebezoeken plaatsgevonden.

### 7.3 Samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling

Het wegvallen van de casemanager van Sociale Zaken, personele wisselingen aldaar en het wegvallen van de GG&GD bracht met zich mee dat onduidelijkheid ontstond over de terugkoppeling en rapportage aan het eind van de RIAGG-behandeling.

Bij Sociale Zaken kreeg men het idee dat er niet naar hen werd teruggerapporteerd. Het oorspronkelijke idee was dat de terugkoppeling zou lopen via de GG&GD, maar dit veranderde toen de GG&GD wegviel. In de periode dat de GG&GD nog wel betrokken was bij het project, was nog nauwelijks sprake van een terugkoppeling in verband met een vervolgtraject. Bij de cliënten die op een gegeven moment wel in aanmerking kwamen voor een vervolgtraject heeft geen REA-toets door de medisch adviseur van de GG&GD plaatsgevonden.

Aan de andere kant hadden de RIAGG-behandelaars het gevoel dat zij niet wisten bij wie zij moesten aankloppen in verband met het vervolgtraject. In de voortgangsrapportage over de periode december 1998 - december 1999 komt aan de orde dat na het wegvallen van de casemanager bij Sociale Zaken de toeleiders voortaan de taak van individuele casemanager zouden gaan vervullen. In de praktijk bleek echter dat de RIAGG-behandelaars hier soms niet van op de hoogte waren of niet beschikten over concrete namen, of niet goed wisten wat cliënten van de toeleiders konden verwachten. Eveneens werd aangegeven dat het contact met Sociale Zaken door het wegvallen van de casemanager nogal versnipperd was geraakt.

Medio 2000 werd besloten dat de RIAGG-behandelaars zouden gaan rapporteren naar de bij de cliënt behorende toeleider. Sedertdien bestaan er meer - individuele - contacten tussen de RIAGG-behandelaars en de toeleiders van Sociale Zaken. In de meeste gevallen zijn deze contacten geïnitieerd door de RIAGG-behandelaars, een en ander in het kader van het vervolgtraject. Een RIAGG-behandelaar is van mening dat er eerst een goed contact moet zijn met de cliënt, voordat contact wordt opgenomen met Sociale Zaken, *"Sociale Zaken is namelijk vaak wat bedreigend voor cliënten"*. Als mogelijke vorm voor het eerste contact met de toeleider wordt het driegesprek genoemd; een gesprek waaraan de cliënt, de RIAGG-behandelaar en de toeleider deelnemen.

Beide organisaties benoemen de toename in contacten als positief, omdat men op deze manier meer zicht krijgt op elkaars werkzaamheden en men elkaar beter, concreter, leert kennen. Men is echter nog steeds van mening dat het contact vrij ad hoc is en niet structureel. Tijdens de

laatste kern- en werkgroepbijeenkomst is door Sociale Zaken het idee geopperd om een overleg te organiseren tussen de vijftien toeleiders en de RIAGG-behandelaars met als doel het contact tussen hen te vergemakkelijken. Een eerste overleg in dit verband heeft plaatsgevonden in het najaar van 2000.

Nu de terugkoppeling aan het eind van de RIAGG-behandeling plaatsvindt naar Sociale Zaken en niet naar de GG&GD, komt het punt van welke informatie wel en welke informatie niet uitgewisseld mag worden, aan de orde (zie ook eerdere hoofdstukken). Momenteel buigen de juristen van beide organisaties zich over deze materie. Een RIAGG-behandelaar vermeldt in dit verband dat zij cliënten een verklaring heeft laten tekenen dat informatie uitgewisseld mocht worden tussen RIAGG en Sociale Zaken. Geen van de cliënten had daar bezwaar tegen. Naar zeggen van de behandelaar *"voelden ze zich daardoor juist serieus genomen"*.

Zoals ook al vermeld in hoofdstuk 6, hebben de RIAGG-behandelaars het als een belemmering ervaren dat zij geen zicht hadden op de verschillende mogelijkheden in verband met arbeidstoeleiding en ondersteuning. In het voorjaar van 2000 heeft Sociale Zaken een sociale kaart gemaakt van mogelijke trajecten. Het is niet duidelijk of de RIAGG-behandelaars inmiddels over deze sociale kaart beschikken.

Tussen de RIAGG en Arbeidsintegratie zijn - conform het projectplan - geen rechtstreekse contacten geweest. De arbeidsconsulent van Arbeidsintegratie had het zinvol gevonden als er tijdens de RIAGG-behandeling wel contact was geweest: *"Dat mensen dan geïnformeerd zouden worden over de verdere gang van zaken na de behandeling. Je zou bijvoorbeeld een keer een driegesprek kunnen hebben. Dat lijkt mij een zinvolle investering"*.

#### **7.4 Opvattingen over vrijwilligerswerk**

Met name binnen de RIAGG en de GG&GD bestaat het idee dat vrijwilligerswerk voor Marokkanen nogal een abstract begrip is en niet aansluit bij hun eigen belevingswereld. Een RIAGG-behandelaar zegt hierover: *"Vrijwilligerswerk zoals dat in Nederland wordt gedaan, is hen niet bekend. Over het algemeen zijn migranten naar Nederland gekomen om geld te verdienen. Dan kan men niet leven met zo'n gedachte van vrijwilligerswerk"*. Overigens is dezelfde behandelaar van mening dat vrijwilligerswerk wel ter sprake gebracht kan worden bij iemand die al een werkloopbaan achter de rug heeft, in de WAO zit en behoort tot de leeftijdscategorie 55+. Ook medewerkers van Sociale Zaken en Arbeidsintegratie zijn de mening toegedaan dat vrijwilligerswerk wel tot de mogelijkheden behoort. Belangrijk daarbij is wel dat wordt aangesloten bij de belangstelling en de belevingswereld van de cliënt, bijvoorbeeld door te laten zien dat er ook betaalde banen zijn in het soort werk dat men in eerste instantie als vrijwilliger zou kunnen doen of door aan te geven dat men op vrijwillige basis stage kan lopen.

#### **7.5 Samenvatting en conclusie**

Reeds bij de start van het project in januari 1999 werd geconstateerd dat het toeleidingstraject naar betaalde en onbetaalde arbeid meer tijd zou vergen dan in het kader van de pilot haalbaar zou zijn. Aan het eind van de pilot waren drie RIAGG-behandelingen succesvol afgesloten, in de zin dat de sociale actieradius van de cliënten was toegenomen en de klachten waren verminderd. Bij een aantal andere cliënten wordt momenteel toegewerkt naar arbeidstoeleiding of een REA-toets. Bij deze cliënten is reeds sprake van een toename in de sociale actieradius. Ten aanzien van de samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling voorafgaand aan de vervolgfase worden enkele knelpunten gesignaleerd. Door het wegvallen

van de casemanager van Sociale Zaken, personele wisselingen aldaar en het wegvallen van de GG&GD ontstond onduidelijkheid over de terugkoppeling en rapportage aan het eind van de RIAGG-behandeling. Dit knelpunt tracht men te ondervangen door de toeleiders van Sociale Zaken te laten fungeren als individuele casemanager.

Verder worden als aandachtspunten genoemd het punt van de privacy van de cliënt en het zicht krijgen op de verschillende mogelijkheden in verband met arbeidstoeleiding en ondersteuning.

## 8 De cliënten

In dit hoofdstuk staan de cliënten centraal, te weten hun profielen in de ogen van de medisch adviseur van de GG&GD en hun eigen verhaal.

### 8.1 Inleiding

Aanvankelijk was het de bedoeling om met een aantal cliënten twee keer een interview te houden. Omdat dit volgens de projectgroep te belastend zou zijn, is besloten dit terug te brengen tot één interview in de laatste fase van het project. Ten behoeve van de interviews is een interviewlijst ontwikkeld met een aantal open en een aantal gesloten vragen (zie bijlage 2). Er werd vanuit gegaan dat de cliënten, door het stellen van open vragen, makkelijker 'los' zouden komen en beter in staat zouden zijn om hun eigen verhaal te doen. De interviews werden afgenomen door twee ervaren mannelijke interviewers van Marokkaanse afkomst. Beide interviewers hadden vanuit hun opleiding en werkervaring goede kennis van hulpverlening en psychosociale problematiek. Aan het inschakelen van interviewers die zelf afkomstig zijn uit de doelgroep, zijn zowel voordelen als nadelen verbonden. Mogelijke nadelen zijn dat zij te weinig afstand hebben van de onderzoekspopulatie waardoor men dingen snel als gegevenheid ziet en dat er bij respondenten angst kan bestaan voor roddel. Voordelen daarentegen zijn dat zij sneller vertrouwen kunnen winnen, dat zij de materie benaderen vanuit een 'inside perspective' en dat zij de taal spreken (Mouthaan en De Neef 1992).

De interviewlijst is doorgenomen met de interviewers en zij kregen 'Richtlijnen voor de interviews met de cliënten van Perspectief'.

In het interview zouden ook vragen gesteld worden over de situatie van de cliënt voordat hij aan het project Perspectief begon. Daarnaast is een cliëntprofiel ontwikkeld (zie bijlage 3) dat voor elke cliënt ingevuld zou worden door de medisch adviseur van de GG&GD die de cliënten naar de RIAGG doorverwees. Doel van de profielen was een indruk te verkrijgen van de problematiek, de zelfredzaamheid, het activiteitsniveau en de motivatie van de cliënt voor de start van het project. Op een gegeven moment bestond de indruk dat de behandelaars bij de RIAGG waarschijnlijk een betere inschatting konden geven van de zojuist genoemde aspecten. Besloten werd derhalve om de cliëntprofielen niet alleen te laten invullen door de medisch adviseur van de GG&GD, maar ook door de RIAGG-behandelaars.

### 8.2 Cliëntprofielen

Door de medisch adviseur van de GG&GD zijn 28 cliëntprofielen ingevuld. Eén profiel heeft betrekking op een cliënt die niet voor het project werd geselecteerd vanwege dubieuze motivatie. Door de RIAGG-behandelaars zijn 7 cliëntprofielen ingevuld. De nu volgende beschrijving is gebaseerd op de door de medisch adviseur van de GG&GD ingevulde profielen van cliënten die naar de RIAGG verwezen zijn ( $n = 27$ ). Een vergelijking van de door de medisch adviseur ingevulde cliëntprofielen en de door de RIAGG-behandelaars ingevulde profielen wordt, gezien het kleine aantal (7), niet zinvol geacht.

### *Leeftijd*

Tabel 8.1 laat zien dat ruim de helft van de cliënten (17 van de 27) valt in de leeftijdscategorie 31-40 jaar, terwijl 4 cliënten zich bevinden in de leeftijdscategorie 20-30 jaar. Eveneens 4 cliënten vallen in de categorie 46-55 jaar. De resterende 2 cliënten bevinden zich in de categorie 41-45 jaar.

Tabel 8.1 Leeftijd van de cliënten

Leeftijd	Aantal
20-25 jaar	1
26-30 jaar	3
31-35 jaar	5
36-40 jaar	12
41-45 jaar	2
46-50 jaar	3
51-55 jaar	1
Totaal	27

### *Problematiek*

Tabel 8.2 Ernst van de psychische klachten

Ernst psychische klachten	Aantal
Zeer ernstig	11
Ernstig	7
Gemiddeld	4
Niet zo ernstig	4
Helemaal niet ernstig	0
Niet ingevuld	1
Totaal	27

Uit tabel 8.2 komt naar voren dat bij twee derde van de cliënten (18 van de 27) de psychische klachten als (zeer) ernstig werden ingeschat. Bij 4 cliënten werden de psychische klachten ingeschat als niet zo ernstig.

Bij iets meer dan de helft van de cliënten (14 van de 27) bestonden de klachten ten tijde van de selectie voor het project Perspectief tussen de 5 en 10 jaar. Bij 5 cliënten bestonden de klachten langer dan 10 jaar, terwijl 8 cliënten sinds 2-5 jaar klachten hadden. Geen enkele cliënt had de klachten korter dan 2 jaar.

Het overgrote merendeel van de cliënten (25 van de 27) had, naast psychische klachten, ook lichamelijke klachten. Tabel 8.3 laat zien dat deze klachten door de medisch adviseur van de GG&GD als minder ernstig werden ingeschat dan de psychische klachten.

Tabel 8.3 Ernst van de lichamelijke klachten

Ernst lichamelijke klachten	Aantal
Zeer ernstig	2
Ernstig	5
Gemiddeld	10
Niet zo ernstig	5
Helemaal niet ernstig	3
Niet van toepassing	2
Totaal	27

### Zelfredzaamheid

Tabel 8.4 Mate van de weg weten in de Nederlandse samenleving

De weg weten	Aantal
Zeer goed	4
Goed	5
Gemiddeld	5
Slecht	8
Zeer slecht	5
Totaal	27

Uit tabel 8.4 komt naar voren dat bijna de helft van de cliënten (13 van de 27) slecht tot zeer slecht de weg weet in de Nederlandse samenleving, terwijl ongeveer een derde (9 van de 27) goed tot zeer goed de weg weet. Tabel 8.5 laat zien dat ruim de helft van de cliënten (15 van de 27) zich (zeer) slecht zelfstandig kan redden in de samenleving, terwijl bijna een vijfde (5 van de 27) zich goed zelfstandig kan redden.

Tabel 8.5 Mate van zich zelfstandig kunnen redden in de samenleving

Zelfredzaamheid	Aantal
Zeer goed	0
Goed	5
Gemiddeld	7
Slecht	8
Zeer slecht	7
Totaal	27

Het zich kunnen redden in de Nederlandse taal wordt bij ruim een derde van de cliënten (10 van de 27) ingeschat als (zeer) goed, bij 9 cliënten wordt het ingeschat als gemiddeld en bij 8 als (zeer) slecht.

### Activiteitsniveau

Ruim de helft van de cliënten (16 van de 27) is 'niet zo actief' of 'helemaal niet actief' buitenshuis, terwijl 3 cliënten wel actief zijn. De overige 8 cliënten vertonen een gemiddeld patroon als het gaat om activiteiten buitenshuis.

### Motivatie

Tabel 8.6 Motivatie voor deelname aan Perspectief

Mate van motivatie	Aantal
Zeer gemotiveerd	3
Gemotiveerd	
Gemiddeld	
Ongemotiveerd	
Zeer ongemotiveerd	9
Weet niet	
Totaal	5
	1
	3
	6
	2
	7

Tabel 8.6 laat zien dat volgens de medisch adviseur 12 cliënten (zeer) gemotiveerd waren om deel te nemen aan het project Perspectief, terwijl 4 cliënten (zeer) ongemotiveerd was. Bij 6 cliënten kon de medisch adviseur geen uitspraak doen over de mate waarin de cliënt gemotiveerd was voor deelname. Uit tabel 8.7 komt naar voren dat het bij 11 cliënten (heel veel) moeite kostte om de cliënt te motiveren tot deelname aan het project. Bij 4 cliënten kostte het motiveren weinig of helemaal geen moeite. Op basis van de gegevens uit de tabellen 8.6 en 8.7 kan opgemaakt worden dat het daadwerkelijk motiveren van een cliënt ook moeite kan kosten, als de betreffende cliënt al wel gemotiveerd lijkt te zijn.

Tabel 8.7 Moeite om cliënt te motiveren voor deelname aan Perspectief

Mate van moeite	Aantal
-----------------	--------



Heel veel moeite	5
Moeite	6
Gemiddeld	8
Weinig moeite	1
Helemaal geen moeite	3
Weet niet	4
Totaal	27

### 8.3 Werven van cliënten voor een interview

Verondersteld werd dat het voor het werven van cliënten voor een interview niet voldoende was om een briefje te sturen, maar dat een persoonlijke benadering nodig was. Gedacht werd aan iemand die in de loop van het traject mogelijk al een soort vertrouwensrelatie had opgebouwd met de cliënt.

De eerste optie (september 1999) was dan ook om de respondenten te werven via de medisch adviseur van de GG&GD. De bedoeling was dat de medisch adviseur de cliënten een 'aanbevelingsbrief' zou sturen met een brief van het Nivel met daarin informatie over het interview en een weigerstrookje. Als de cliënt geen weigerstrookje zou terugsturen, zou de medisch adviseur aan het Nivel de naam, het adres en het telefoonnummer van de cliënt doorgeven.

De tweede optie (februari 2000) was om cliënten die op dat moment bij de RIAGG in behandeling waren, via de eigen behandelaar te benaderen voor deelname aan een interview. Kort daarna (maart - april 2000) werd besloten om de respondenten te werven via de groepsvoorlichtingsbijeenkomsten. Tijdens de tweede groepsbijeenkomst (zie ook hoofdstuk 5) tekenden tien cliënten een verklaring dat zij wilden deelnemen aan een interview. In diezelfde verklaring was door het Nivel aangegeven dat de gegevens uit de interviews anoniem verwerkt zouden worden, dat de gegevens na het onderzoek vernietigd zouden worden en dat de gegevens op geen enkele manier doorgegeven zouden worden aan derden. De namen, adressen en telefoonnummers van deze cliënten zijn doorgegeven aan de twee Marokkaanse interviewers, die vervolgens contact konden opnemen met de cliënten. Wanneer de cliënt geen telefoon had, was het de bedoeling dat de interviewers bij de cliënt thuis langs zouden gaan (maximaal 3 keer). Als de cliënt niet thuis was, werd een kaartje achtergelaten met daarop het verzoek aan de cliënt om contact op te nemen met de interviewer. De respondenten ontvingen voor deelname aan een interview een VVV-bon van f 25,-.

Het benaderen van de respondenten voor een interview was moeilijk, zeker bij degenen die geen telefoon hadden of bij wie de telefoon afgesloten was. De interviewers zijn bij deze cliënten thuis langs gegaan, waarbij zij rekening hielden met het dag- en nachtritme van de cliënten.

Met twee cliënten is het niet gelukt om een afspraak te maken. Bij één van deze cliënten die geen telefoon had, is de interviewer meer dan de afgesproken drie keer langsgesegaan, waarbij hij een kaartje heeft achtergelaten. In het andere geval heeft de interviewer contact gehad met de vrouw van de cliënt, waarbij hij haar heeft gevraagd of zij haar echtgenoot wilde vragen contact met de interviewer op te nemen.

Zes maal is een afspraak gemaakt met een cliënt (hetzij op het Nivel, hetzij bij de cliënt thuis), waarbij de betreffende cliënt niet op de afspraak verscheen. Een van hen belde af met de mededeling dat hij ziek was. Bij deze en drie andere cliënten is het niet gelukt om een nieuwe afspraak te maken, bij twee cliënten wel.

Twee cliënten, met wie een afspraak was gemaakt, zijn de eerste keer op de afspraak verschenen.

Een en ander betekent dat uiteindelijk met vier cliënten een interview is gehouden, waarbij opgemerkt dient te worden dat op grond van dit aantal geen stringente uitspraken gedaan kunnen worden over de totale groep Perspectiefcliënten. Desondanks worden de bevindingen uit de interviews weergegeven in paragraaf 8.4.

Eén van deze cliënten is al enige tijd in behandeling bij de RIAGG (a<sup>4</sup>), terwijl een andere cliënt nog maar kort in behandeling is (c). De derde cliënt (b) heeft geen RIAGG-indicatie gekregen en de vierde cliënt (d) was ten tijde van het interview nog niet opgeroepen door de RIAGG.

Volgens de interviewers is het in het vervolg aan te bevelen om degenen die de interviews gaan doen, aanwezig te laten zijn bij de voorlichtingsbijeenkomsten (als dat de 'plaats' is waar respondenten geworven worden). Op die manier is het namelijk mogelijk om direct contact te leggen met de mogelijke respondenten en om te laten zien wie je bent (het aspect van het opbouwen van een vertrouwensrelatie).

## 8.4 Cliënten aan het woord

### *Achtergronden*

De vier geïnterviewde cliënten variëren in leeftijd van 28 tot 36 jaar. Zij zijn allen in Marokko geboren. Drie cliënten zijn naar Nederland gekomen in het kader van gezinshereniging, de vierde in het kader van gezinsvorming. Drie cliënten zijn gehuwd en hebben kinderen (respectievelijk 3, 4 en 5 kinderen). De vierde cliënt is ongehuwd en woont bij zijn moeder.

Alle vier cliënten verblijven langer dan 10 jaar in Nederland (variërend van 11 tot 21 jaar). De komst naar Nederland ging gepaard met hoge verwachtingen, of zoals één cliënt het verwoordt: *"Toen ik naar Nederland kwam, dacht ik dat ik het hier goed zou hebben. Een goede baan, een auto om met vakantie naar Marokko te gaan en heel veel andere verwachtingen zoals een beter leven"* (a).

Het onderwijsniveau van de vier respondenten is als volgt: twee cliënten hebben geen enkele schoolopleiding, de andere twee cliënten hebben respectievelijk drie jaar lager onderwijs en anderhalf jaar LTS gevolgd. Geen van de cliënten heeft een diploma behaald of andere cursussen gedaan. De vaardigheid in het Nederlands is bij alle cliënten het grootst als het gaat om verstaan en het kleinst als het gaat om schrijven. Spreken en lezen liggen daar tussen in.

Drie cliënten hebben in het verleden gewerkt als uitzendkracht, o.a. in een schoonmaakbedrijf en in een garage/de metaal. Eenmaal werd het uitzendcontract omgezet in een jaarcontract bij dezelfde werkgever. De tijd die men gewerkt heeft varieert van 7 maanden tot 2 jaar. In de meeste gevallen beviel het werk niet, *"het was zwaar werk"* (a en d) en *"er waren problemen met de voorman"* (b). Twee cliënten die in het verleden gewerkt hebben, zijn geruime tijd geleden gestopt met werken (respectievelijk 7 en 13 jaar geleden); beiden als gevolg van ziekte. De derde cliënt heeft verleden jaar voor het laatst gewerkt, "ik ben op advies van de arts gestopt" (b). De cliënt die nooit gewerkt heeft, ziet als reden daarvoor het feit dat hij rugpijn heeft.

Drie cliënten hebben het idee dat hun gezondheid voordat zij met het project Perspectief begonnen 'slecht' was. Meest genoemde klachten zijn hoofdpijn en rugklachten.

Bij drie cliënten is het dagelijkse activiteitsniveau laag. Voor zover er activiteiten worden ondernomen, concentreren deze zich rond wandelen, zwemmen, lezen (koran en krant) en het bezoeken van het koffiehuis. Eén cliënt ziet zijn activiteitsniveau als hoog: *"Nu ik op school zit, kan ik mijn dag goed vullen. Voordat ik met school begon, ging ik vaak naar het theehuis. Dat zat ik 7 à 8 uur per dag. Dat is nu niet meer het geval"* (a).

---

<sup>4</sup> Tussen haakjes staat de letter die aan de betreffende cliënt is toegekend.

### *Motivatie en verwachtingen*

Alhoewel geen van de cliënten tevreden is met het feit dat men geen werk heeft, was slechts één cliënt ontevreden met de eigen situatie, zoals die was voor "Perspectief". De andere drie cliënten waren wel tevreden met hun situatie. Eén van hen geeft aan dat deze tevredenheid te maken heeft met het feit dat hij "geloof" (b).

Alle vier cliënten vinden een betaalde baan belangrijk. De cliënt die niet tevreden was met zijn situatie zoals die was voor "Perspectief" zegt hierover het volgende: *"Ik vind het vervelend om geen werk te hebben, maar ik kan op het moment niet werken in verband met rugklachten. Als ik gezond word, ga ik gelijk werken, ook omdat ik elk jaar op vakantie wil met mijn familie. Dat kan op dit moment niet, omdat ik geen werk heb"* (c). In verband met vrijwilligerswerk geeft een cliënt aan dat hij *"liever een betaalde baan gaat zoeken, als dat zou kunnen"* (d).

Eén cliënt heeft (duidelijke) ideeën over een toekomstige baan (*"ik wil graag werken in de sector klein metaal"* (b)), de andere drie cliënten niet.

Alle vier cliënten waren, naar eigen zeggen, gemotiveerd om aan het project Perspectief deel te nemen, of zoals een cliënt het verwoordt: *"Ik vind het leuk om deel te nemen aan het project. Ik ben gemotiveerd en dat blijf ik. Ikzelf heb gekozen om deel te nemen, omdat ik wil weten wat het project inhoudt"* (c). Eén cliënt had daarnaast ook het gevoel dat hij 'moest' deelnemen, "ook al zag ik het als een verplichting, ik wilde toch deelnemen" (d).

Twee cliënten verwachtten van het project Perspectief, toen ze eraan begonnen, hulp te krijgen bij het oplossen van gezondheidsproblemen: *"Ik verwacht heel veel hulp met betrekking tot mijn gezondheid. Ik wil gezond worden om vervolgens weer aan het werk te gaan"* (c) en *"Ik verwacht dat jullie mij helpen om gezond te worden. Dat vind ik belangrijk. De rest, het werk, daar zorg ik zelf wel voor"* (a). Terwijl de zojuist geciteerde cliënt aangeeft geen behoefte te hebben aan hulp bij het vinden van werk, heeft een andere cliënt dat juist wel. De vierde cliënt tenslotte had aan het begin van het project gehoopt dat hij in aanmerking zou komen voor financiële steun in verband met de aanschaf van onder meer een massage-apparaat.

Bij drie cliënten is de omgeving niet op de hoogte van het feit dat de cliënt deelneemt aan het project. Bij de vierde cliënt is dat wel het geval: *"Door deel te nemen aan het project, zou iedereen ook weten dat ik echt ziek ben. Ik wil ook dat iedereen dat weet"* (c).

### *Verwijzing naar de RIAGG door de GG&GD*

Twee cliënten vinden dat zij van de medisch adviseur van de GG&GD voldoende informatie over het project Perspectief hebben gekregen: *"Ik vond de informatie wel voldoende. Hij heeft mij alles verteld. Alles was duidelijk, alles was ook gelijk vertaald in het Arabisch"* (c). De andere twee cliënten vonden de gegeven informatie onvoldoende. Eén van hen voelde zich niet serieus genomen door de medisch adviseur. De andere cliënt vond de informatie zowel onvoldoende als onduidelijk: *"Ik vond de informatie niet voldoende, omdat ik niet van tevoren voorbereid was op die informatie. Ik vond de informatie ook niet echt duidelijk. Ik snapte er niets van. Het was veel te veel voor mij. Er was wel een tolk bij, maar ik kon niet echt een duidelijk beeld voor mezelf creëren"* (a).

Drie cliënten geven aan dat zij het gevoel hebben dat zij de medisch adviseur van de GG&GD kunnen vertrouwen en hem dingen kunnen vertellen, alhoewel een van hen wel aangeeft dat hij het niet *"goed"* (c) vond dat men vanuit de GG&GD aan de uitkeringsconsulent had doorgegeven dat hij niet ziek was. De vierde cliënt deelt het vertrouwen in de medisch adviseur niet met de andere drie cliënten, *"ik voelde me onder druk gezet"* (d). Geen van de cliënten geeft aan problemen te hebben gehad met de medisch adviseur.

Twee van de vier cliënten zijn thuis bezocht door de medisch adviseur van de GG&GD en de casemanager van Sociale Zaken. Eén van hen kan zich niet meer herinneren waarover het gesprek ging en of het prettig was. De ander vond het huisbezoek informatief, maar niet prettig: *"Ik vond dat het gesprek goed is gegaan. Maar ik zag geen hulp. Ik heb tijdens dat bezoek veel informatie gekregen, maar ik vond het bezoek niet prettig. Men dacht en denkt*

*nog steeds dat ik niet ziek ben" (c).*

Twee cliënten wisten op een gegeven moment dat het uiteindelijke doel van het project (on)betaald werk was. Eén van hen wist ook dat de RIAGG-behandeling onderdeel uitmaakte van het project, terwijl de andere niet meer goed weet of hem dat duidelijk was geworden. Van de twee cliënten die niet wisten dat het uiteindelijke doel van het project (on)betaald werk was, wist één wel dat de RIAGG-behandeling onderdeel uitmaakte van het project. De ander is in een latere fase wel achter het doel van het project gekomen, *"dat wist ik, omdat ik een keer bij een bijeenkomst ben geweest" (a).*

#### *Behandeling bij de RIAGG*

Eén cliënt is wel naar de RIAGG verwezen, maar daar bleek dat er geen sprake was van een RIAGG-indicatie, of zoals de cliënt het zelf verwoordt: *"Ik heb geen psychische problemen, ik heb lichamelijke klachten" (b).* Een andere cliënt geeft aan dat hij nog geen oproep heeft gehad voor gesprekken bij de RIAGG, *"Ik vind het ook niet nodig, want ik heb lichamelijke problemen" (d).*

De overige twee cliënten geven aan dat het ongeveer 4 à 5 maanden geduurd heeft voordat ze een eerste gesprek kregen bij de RIAGG. Beiden vonden het eerste gesprek bij de RIAGG prettig en informatief, alhoewel één cliënt het gevoel had dat men hem op de een of andere manier aan het werk wilde krijgen, *"terwijl dat toch niet hoort bij het werk van de RIAGG; men houdt geen rekening met mij en mijn gezondheid" (c).* Deze cliënt is dit gevoel ook later, tijdens de behandeling, blijven houden. Desondanks vindt hij de gesprekken wel goed. Dit laatste geldt ook voor de andere cliënt, die zich positief uitlaat over de contacten met de RIAGG-behandelaar: *"Ik word serieus genomen en begrepen door de behandelaar. Ik heb het gevoel dat ik geholpen word. Ik heb altijd gesprekken van een half uur, omdat ik niet lang over mijn problemen kan praten" (a).* Beide cliënten geven aan dat de RIAGG-behandeling tot op heden nog geen effecten heeft gehad, *"nee, er is niks veranderd" (a)* en *"ik krijg altijd de indruk dat ik moet gaan werken van de RIAGG; ik merk ook dat er geen oplossing voor mijn problemen is bij de RIAGG, als men zo blijft denken" (c).*

#### *Vervolgfase*

De zojuist genoemde cliënt geeft aan dat hij nog geen contacten met iemand anders dan de RIAGG-behandelaar heeft gehad over wat de mogelijkheden voor hem zijn wat betreft (on)betaald werk of scholing: *"Ik ben gewoon ziek. Dat wil men niet begrijpen. Dat vind ik vervelend. Zolang ik ziek ben, wil ik er niet over praten. Men moet mij helpen om uit deze situatie te komen in plaats van met mij te praten over dingen die ik zelf op dit moment niet belangrijk vind" (c).* De andere cliënt die bij de RIAGG in behandeling is, heeft contacten met het arbeidsbureau: *"Ik weet niet meer hoe dat tot stand is gekomen, ik werd door het arbeidsbureau uitgenodigd. Ik heb een paar keer contact gehad met dezelfde consulent. Dat vind ik niet genoeg, omdat ik graag geholpen wil worden bij het zoeken naar een baan" (a).* Het contact met de consulent wordt door de cliënt als prettig ervaren, omdat hij het idee heeft dat hij geholpen wordt. Deze cliënt volgt momenteel taallessen en hij zou het leuk vinden om in contact te komen met andere Marokkaanse mannen die net als hij deelnemen of deelgenomen hebben aan het project Perspectief.

Van de twee cliënten die niet in behandeling bij de RIAGG zijn, heeft degene die nog geen oproep van de RIAGG heeft gekregen, een eenmalig gesprek gehad met de *"arbeidsinspectie" (d).* Naar zeggen van de cliënt was het een prettig gesprek, waarin hij zich begrepen en serieus genomen voelde. In dat gesprek is nagegaan welke werkzaamheden de cliënt zou kunnen verrichten. Verder is ingegaan op de lichamelijke klachten van de cliënt en op zijn agressie-problematiek, resulterend in een advies om eerst de *"klachten op te lossen" (d).* Deze cliënt zou willen deelnemen aan een groep voor Marokkaanse mannen, *"mits het nuttig is" (d).*

#### *Oordeel over het project Perspectief*

Twee cliënten zijn overwegend positief over het project Perspectief, maar zijn neutraler als het

gaat om een oordeel over wat het project heeft opgeleverd. Eén van hen geeft niet aan in welke opzichten hij tevreden is. De andere cliënt geeft duidelijk aan hoe de dingen voor hem liggen: *"Ik ben tevreden over het project ondanks dat mijn verwachtingen niet uit zijn gekomen. Ik had van de instanties verwacht dat ze mij goed zouden gaan helpen. Maar tot nu toe heb ik daar niets van gemerkt. Ik wil goede medicijnen om beter te worden zodat ik weer aan de slag kan"* (c).

De twee andere cliënten zijn respectievelijk neutraal (*"ik kan er nog niets over zeggen"* (a)) en overwegend negatief (*"het voldoet niet aan mijn verwachtingen; het doel (= werk) staat centraal en niet de individuele problemen"* (d)) in hun oordeel. Eerstgenoemde cliënt geeft aan het als vervelend te hebben ervaren dat hij in het project "met veel afspraken te maken had" (a).

Twee cliënten - beiden met een positief oordeel over het project - zouden andere mannen adviseren om deel te nemen aan het project Perspectief. Zij noemen hiervoor verschillende redenen. De ene geeft aan dat je het moet doen, *"omdat er verschillende partijen bij betrokken zijn, die elkaars advies kunnen versterken"* (b) en de andere vindt dat het een goed project is voor mensen die problemen hebben met het vinden van een baan, *"het is goed voor mensen die psychische problemen hebben en die geen problemen hebben met de gezondheid"* (c). De derde cliënt, die een neutraal oordeel over het project heeft, vindt het moeilijk om deze vraag te beantwoorden, *"ik weet niet wat anderen daarover denken; daarom vind ik het moeilijk om ja of nee te zeggen"* (a). De vierde cliënt, die negatief oordeelt over het project, zou andere mannen niet snel adviseren om deel te nemen aan het project.

## 8.5 Samenvatting en conclusie

Door de medisch adviseur van de GG&GD zijn 27 profielen ingevuld van naar de RIAGG verwezen cliënten. Doel van deze profielen was een indruk te krijgen van de problematiek, de zelfredzaamheid, het activiteitsniveau en de motivatie van de cliënt voor de start van het project. De bevindingen laten zien dat bij ruim twee derde van de cliënten de psychische klachten als (zeer) ernstig werden ingeschat. Met betrekking tot de zelfredzaamheid komt naar voren dat ruim de helft van de cliënten (15 van de 27) zich (zeer) slecht zelfstandig kan redden in de samenleving. Ruim de helft van de cliënten (16 van de 27) is 'niet zo actief' of 'helemaal niet actief' buitenshuis. Verder komt naar voren dat 12 cliënten (zeer) gemotiveerd waren om deel te nemen aan het project Perspectief.

De werving van cliënten voor een interview in het kader van de procesevaluatie verliep moeizaam. Soms bleek het niet mogelijk om mensen te bereiken. In andere gevallen werden afspraken gemaakt, maar verscheen de betreffende cliënt niet op de afspraak. Uiteindelijk is het gelukt om met vier cliënten een interview te hebben, waarbij opgemerkt dient te worden dat op grond van dit aantal geen stringente uitspraken gedaan kunnen worden over de totale groep Perspectiefcliënten. Desondanks dringt het beeld zich op dat het - in een project als Perspectief - van belang is om ook de wensen en behoeften van de doelgroep zelf te inventariseren, alsmede om rekening te houden met de ziektepresentatie en -beleving van deze groep. Verder komt naar voren dat de motivering van deze specifieke migrantengroep een proces is dat continu - gedurende het hele traject - aandacht behoeft.



## 9 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

### 9.1 Inleiding

De onderzoeksvragen in deze procesevaluatie waren:

- 1 *'Wat zijn de doelen en verwachtingen van de partners in het project Perspectief? Wat verwacht men bereikt te hebben aan het eind van het pilotproject en wat verwacht men op de lange termijn? Welke verwachtingen heeft men van elkaar en van de onderlinge samenwerking en hoe ziet men de eigen inbreng in het project? Zijn deze verwachtingen aan het eind van het pilotproject uitgekomen?'*
- 2 *'Hoe zijn de samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling tussen de diverse partners gestructureerd en hoe verlopen deze?'*
- 3 *'Wat is de opzet en inhoud van de activiteiten binnen dit project en hoe worden deze uitgevoerd? Wat zijn hierbij knelpunten en wat zijn de resultaten? Concreet gaat het hierbij om de volgende activiteiten:*
  - a *Bijscholing voor medisch adviseurs van GG&GD en Arbeidsvoorziening.*
  - b *Selectie van cliënten (bepalen RIAGG-geïndiceerde psychische problematiek door de medisch adviseur).*
  - c *Doorverwijzing en motivatie van cliënten door de GG&GD.*
  - d *Intake en behandeling door de RIAGG.*
  - e *Deskundigheidsbevordering RIAGG-hulpverleners.*
  - f *Individuele bemiddeling en trajectbegeleiding naar (on)betaald werk en het volgen van de cliënt tijdens het vervolgtraject'.*
- 4 *'Wat zijn de ervaringen van cliënten die in het project Perspectief participeren? Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren, welke knelpunten ervaren zij? Wat is de behoefte aan ondersteunende hulp tijdens en na de behandel fase?'*

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de beantwoording van deze onderzoeksvragen. Eveneens worden enkele aanbevelingen en/of aandachtspunten geformuleerd.

### 9.2 Samenvatting en conclusies

#### *Doelen en verwachtingen*

Ten aanzien van de doelen en verwachtingen heeft een zekere mate van doelverschuiving en criteriaverlegging plaatsgevonden sinds het begin van het project. Er werd gesignaleerd dat het traject dat cliënten zullen doorlopen langer kon gaan duren dan eerder aangenomen. Ook is bij een aantal partners het criterium van 'betaalde arbeid' losgelaten. Het doel is - vindt men - ook bereikt als cliënten zich beter zijn gaan voelen, beter zijn gaan functioneren en sociaal actiever zijn geworden. Inmiddels is gebleken dat met twee van de vier partners

(Arbeidsintegratie en de GG&GD) geen samenwerking meer bestaat. De twee overgebleven partners (Sociale Zaken en de RIAGG) zijn overwegend positief ten aanzien van het uitkomen van de aan het begin van het project gestelde doelen. Wel worden er kanttekeningen gemaakt ten aanzien van de communicatie en informatieverstrekking naar elkaar toe in de toekomst. Beide partners hebben vertrouwen in de toekomstige samenwerking.

#### *Samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling*

Op instellingsniveau hebben ter terugkoppeling van de procesgang en afstemming tussen de deelnemende organisaties 8 kern- en werkgroepbijeenkomsten plaatsgevonden. De continuïteit van de bijeenkomsten werd gedurende een bepaalde tijd bemoeilijkt door de tijdelijke uitval van de projectleider, het wegvallen van de casemanager bij Sociale Zaken en een aantal personele wisselingen (met name bij Sociale Zaken). Ondanks het feit dat de inzet van de verschillende organisaties tijdens de bijeenkomsten en het project groot was deed zich een aantal knelpunten voor. De knelpunten hadden - naast de zojuist genoemde - betrekking op de afstemming van de verschillende bedrijfsculturen en doelen, het verplicht stellen van (delen) van het traject en de informatie-uitwisseling over cliënten, namelijk het uitwisselen van privacygevoelige informatie. Ook op cliëntniveau werd het wegvallen van de casemanager ervaren als een knelpunt. Dit knelpunt is gedurende het project ondervangen door de toeladers van Sociale Zaken de taak van individuele casemanagers te geven, hetgeen betekende dat er voor verschillende cliënten verschillende casemanagers werden ingezet.

#### *Concrete activiteiten*

Er heeft een bijscholing plaatsgevonden van medisch adviseurs van de GG&GD en Arbeidsvoorziening. De bijscholing werd verzorgd door medewerkers van de RIAGG en betrof achtergrondinformatie over de positie van Marokkaanse cliënten, het omgaan met allochtone cliënten, het onderkennen van psychische en psychosomatische problematiek en het motiveren van cliënten voor RIAGG-hulpverlening en het project Perspectief. De evaluatie van de bijscholing laat zien dat met name de gegeven culturele achtergrondinformatie, de informatie over het traceren van psychische problematiek en het leren omgaan met genogrammen als positief werden ervaren. Zowel de medisch adviseurs als de RIAGG medewerkers zijn van mening dat een cursus van drie dagdelen gezien het doel van de bijscholing te kort is.

In de praktijk werden bij de werving en selectie en bij de doorverwijzing en motivatie van cliënten enkele knelpunten signaleerd. Deze hadden betrekking op het feit dat cliënten na verwijzing niet -direct - aankwamen bij de RIAGG, het motiveren en informeren van cliënten, de korte spreekuurtijd van de medisch adviseurs van de GG&GD en de wachttijden bij de RIAGG. De knelpunten zijn in samenspraak met elkaar ondervangen door een aantal bijstellingen en oplossingen, waaronder het afleggen van huisbezoeken, het uitbreiden van de spreekuurtijd van de medisch adviseurs, het organiseren van groepsvoorlichtingsbijeenkomsten en het verkorten van de wachttijden bij de RIAGG. Er zijn uiteindelijk 28 cliënten geselecteerd en doorverwezen naar de RIAGG, dus meer dan de bij de start van het project beoogde 12 cliënten.

De aanvankelijk ondervonden knelpunten met betrekking tot de intake bij de RIAGG hadden globaal gezien betrekking op de motivatie van de cliënten, het vaststellen van een RIAGG en/of Perspectiefindicatie en het optreden van vertraging nog voor de behandelfase. Deze knelpunten zijn in de beginfase - soms in samenspraak met de andere partners - door het bijstellen van criteria en het ondernemen van extra activiteiten ondervangen.

In totaal zijn 17 cliënten verspreid over 5 behandelaars in behandeling genomen. Hoewel bij de start van de behandeling behandelaars soms weinig verwachtingen hadden is het resultaat volgens hen succesvol: de helft van de cliënten is op enigerlei wijze geactiveerd. Deze



uitspraak dient gezien te worden in het licht van deze specifieke cliëntengroep. In de behandeling is sprake geweest van een tweesporenbeleid, namelijk enerzijds gericht op (re)activering en anderzijds gericht op de vermindering van (psychische) klachten. Psycho-educatie en uitleg over de (sociale) positie van cliënten vormden belangrijke bestanddelen van de behandeling.

Er is in de behandeling gebruik gemaakt van inzichten en bevindingen met betrekking tot diagnostiek, behandeling en bejegening van allochtone cliënten. Een cruciaal element in de behandeling was de fase van contactlegging en het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Rekening houdend met de (situatie en de migratieachtergrond van de) cliëntengroep zijn er binnen de behandeling specifieke voor migranten toepasbare methodieken, communicatiecodes en gesprekstechnieken ingezet. Gebleken is dat het voor Perspectiefcliënten (in het kader van het structureel maken van een zinvolle dag besteding) positief kan werken om hen, naast de hulpverlening bij de RIAGG, te stimuleren om deel te nemen aan structureel aanvullende activiteiten, zoals bijvoorbeeld fysiotherapie in groepsverband.

Op instellingsniveau vinden de behandelaars dat er een groot draagvlak is ontstaan met de inzet van veel bij de instelling werkzame personen. Verder is - mede ook door de casuïstiek-besprekingen binnen het Perspectief-team - vergroting van inzicht en vaardigheden opgetreden in het kader van activerende hulpverlening en de migrantenhulpverlening. Ten aanzien van de samenwerking, onderlinge afstemming en informatie-uitwisseling met andere partners worden door de behandelaars enkele knelpunten gesignaleerd. Een deel van de knelpunten is lopende de behandelfase ondervangen. Belangrijke knelpunten zijn het feit dat er weinig zicht is op elkaars werkinhoud en (in verband met de informatie-uitwisseling) het punt van de privacy.

Aanbevolen wordt onder meer om meer inzicht in de werkinhoud van de onderscheiden partners te verschaffen en de formele regels ten aanzien van de informatie-uitwisseling tussen de partners vast te stellen en regelmatig op bruikbaarheid te bezien.

Reeds bij de start van het project in januari 1999 werd geconstateerd dat het toeleidingstraject naar betaalde en onbetaalde arbeid meer tijd zou vergen dan in het kader van de pilot haalbaar zou zijn. Aan het einde van de pilot waren drie RIAGG-behandelingen succesvol afgesloten, in de zin dat de sociale actieradius van de cliënten was toegenomen en de klachten waren verminderd. Bij een aantal cliënten werd aan het einde van de pilot toegewerkt naar arbeidstoeleiding of een REA-toets. Bij deze cliënten was reeds sprake van een toename in de sociale actieradius.

De onduidelijkheid die ontstond ten aanzien van de terugkoppeling en rapportage aan het einde van de RIAGG behandeling heeft men getracht te ondervangen door de toeliders van Sociale Zaken te laten fungeren als individuele casemanagers. Aandachtspunten na de RIAGG behandeling blijven het punt van de privacy en het zicht krijgen op de mogelijkheden in verband met arbeidstoeleiding en ondersteuning.

#### *De cliënten*

Door de medisch adviseur van de GG&GD zijn 27 profielen ingevuld van naar de RIAGG verwezen cliënten. Doel van de profielen was een indruk te krijgen van de problematiek, de zelfredzaamheid, het activiteitsniveau en de motivatie van de cliënt voor de start van het project. Bij ruim twee derde van de cliënten werden de psychische klachten als (zeer) ernstig ingeschat. Met betrekking tot de zelfredzaamheid komt naar voren dat ruim de helft van de cliënten zich (zeer) slecht zelfstandig kan redden in de samenleving. Ook ruim de helft van de cliënten was niet zo actief buitenshuis, terwijl ongeveer een kwart helemaal niet actief was buitenshuis. Verder komt naar voren dat 12 cliënten (zeer) gemotiveerd waren om deel te nemen aan het project.

De werving van de cliënten voor een interview is moeizaam verlopen. Uiteindelijk zijn vier cliënten geïnterviewd. De interviews zijn door Marokkaanse interviewers uitgevoerd. Zij bevelen aan om in het vervolg degenen die de interviews doen ook aanwezig te laten zijn bij

de voorlichtingsbijeenkomsten aangezien dit bevorderend zou kunnen werken in het kader van het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

Hoewel vanwege de kleine aantallen cliënten respondenten geen stringente uitspraken kunnen worden gedaan over de totale groep Perspectiefcliënten dringt het beeld zich desondanks op dat het - in een project als Perspectief - van belang is om ook de wensen en behoeften van de doelgroep te inventariseren, alsmede om rekening te houden met de ziektepresentatie en beleving van deze groep. Verder komt naar voren dat de motivering van deze specifieke migrantengroep een proces is dat continu - gedurende het hele project - aandacht behoeft.

### 9.3 Aanbevelingen

Het project is gestart vanuit de gedachte dat een groep mensen maatschappelijk en sociaal gezien 'buiten de boot valt'. Gedurende het project is dat ook de drijfveer gebleven van alle partners, dus ook van de partners van wie de officiële rol halverwege het project verviel. Duidelijk is geworden dat de complexe cliëntengroep en de complexe organisatiegraad veel knelpunten teweegbrachten. Positief is dat lopende het project een groot deel van de knelpunten is ondervangen. Bij het te starten vervolgproject zijn vele knelpunten dus reeds voor een groot deel achterhaald. Punten van aandacht blijven:

#### *Algemene aandachtspunten op instellingsniveau*

- Bekend is dat projecten als het onderhavige vaak een lange aanlooptijd nodig hebben. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat het gaat om organisaties met verschillende culturen, invalshoeken en doelstellingen. Het verdient derhalve aanbeveling dat de deelnemende organisaties zich bewust zijn van de eigen doelstellingen en bedrijfscultuur alsmede van de doelstellingen en bedrijfsculturen van de partners.
- Van de vier organisaties die aanvankelijk bij het project betrokken waren, zijn er in de loop van het project twee afgefallen. Mede in verband met de continuïteit van een en ander lijkt het van belang om van te voren organisatorische randvoorwaarden, waaronder de duur van de participatie van de organisaties, af te spreken en vast te leggen in een door alle partijen geaccordeerd plan.
- Bij het Nivel dat de procesevaluatie uitvoerde, is sprake geweest van een aantal personele wisselingen. Wellicht vallen dergelijke wisselingen te ondervangen door de taak van de begeleidingscommissie te intensiveren.
- Gebleken is dat hulpverleners van de RIAGG en consultants van Sociale Zaken vaak geen zicht hebben op elkaar werkinhouden. Het lijkt derhalve zinvol om te voorzien in kennismakings- en terugkoppelingsbijeenkomsten voor bij de partners werkzame personen. Gedacht kan worden aan het op gezette tijden organiseren van bijvoorbeeld expertmeetings.
- Een aantal knelpunten kwam in de verschillende fasen van de pilot naar voren: de informatie-uitwisseling over cliënten en het al dan niet verplicht stellen van (delen van) het traject voor cliënten. In dezen is het belangrijk om inzicht te hebben in de regelgeving omtrent privacy-gevoelige gegevens, om inzicht te hebben in elkaars opvattingen met betrekking tot deze aspecten en om te komen tot afstemming en afspraken.
- Eveneens belangrijk is om aan het begin van een project als het onderhavige te bekijken welke deskundigheid in de deelnemende organisaties voorhanden is en waar de hiaten zitten.

#### *Algemene aandachtspunten op cliëntniveau*

- In een project als Perspectief krijgt de cliënt te maken met veel mensen en instanties en met veel overgangen. Om dit te ondervangen was in de pilot - aanvankelijk - gekozen voor een centrale casemanager. Een belangrijke en aan te bevelen keuze omdat hierdoor voorkomen kan worden dat cliënten, maar wellicht ook de professionals van de

verschillende organisaties, de 'weg kwijt raken'.

- Tijdens het project kwam naar voren gekomen dat de motivering van cliënten een continue proces is. Het verdient derhalve aanbeveling om zorg te dragen voor een continue motivering van cliënten tijdens het traject. Aan het begin van het traject is het nodig om de cliënt het doel van het project (het belang van activering, mede in het kader van gezondheid) duidelijk te maken. Gedurende de behandeling bij de RIAGG kan motivering plaatsvinden door, rekening houdend met de behoeften en de belevingswereld van de cliënt, gezamenlijk te bekijken waar de mogelijkheden van de cliënt liggen. Tenslotte kan bij een eventuele (her)intreding in (on)betaald werk ondersteuning en motivering plaatsvinden door middel van coaching. Bij de motivering van cliënten zou de centrale casemanager een rol kunnen spelen, alsmede de behandelaars van de RIAGG.
- Een aantal malen is de mogelijkheid van de zogenoemde driegesprekken genoemd. Het structureel gebruik maken van dit soort gesprekken kan voor zowel de cliënt als de verwijzer/behandelaar/consulent verhelderend en motiverend werken, vooral als een centrale casemanager ontbreekt. Dit soort gesprekken verdient dan ook aanbeveling (bijvoorbeeld verwijzer-behandelaar-client of behandelaar-consulent-client).
- Het was de bedoeling om een signaleringsonderzoek te doen naar eventuele problemen die cliënten bij de instroom in (on)betaalde arbeid ondervinden en naar de behoeften van cliënten aan verdere ondersteuning in het vervolgtraject. Naast een dergelijk onderzoek verdient het eveneens aanbeveling om ook van te voren - dat wil zeggen voorafgaand aan of aan het begin van een project - de wensen en behoeften van cliënten te inventariseren.

#### *Verwijzing en motivering van cliënten*

Naar voren kwam dat het verwijzings- en motiveringstraject moeizaam verliep. In het project had men te maken met een complexe cliëntengroep, namelijk een groep zonder hulpvraag, met een eigen sociale en culturele achtergrond en met een specifieke ziektebeleving en -presentatie. Een ander aspect heeft betrekking op het negatieve beeld dat de RIAGG heeft bij de onderhavige cliëntengroep. Veelal rust er bij cliënten uit deze groep een taboe op een behandeling bij de RIAGG, omdat de RIAGG gezien wordt als een instelling voor psychisch gestoorde en niet voor klachten en problemen zoals zij die hebben. Uit het rapport 'Interculturalisatie van de gezondheidszorg' (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2000) komt verder naar voren dat een groot aantal allochtonen eenmalige contacten met de RIAGG heeft en dat zij zich vaker dan autochtonen melden met complexe problematiek. Punten van aandacht:

- Bij de motivering van cliënten dient in ogenschouw te worden genomen dat cliënten andere verwachtingen van het project kunnen hebben dan de professionals van de organisaties. In dat kader is het zinvol om na te denken hoe bijvoorbeeld de behoefte aan erkenning van klachten en ziek-zijn verenigd kan worden met het werken aan het verminderen van de klachten en een toename in sociale activiteit. Zeker met betrekking tot dit punt lijkt de inzet van allochtone professionals belangrijk (zowel bij de verwijzing als bij de behandeling).
- Eveneens lijkt het in het kader van de motivering van cliënten zinvol om van tevoren na te denken over wie de meest aangewezen persoon is om een cliënt te motiveren voor behandeling bij de RIAGG. In het project Perspectief namen medisch adviseurs en behandelaars verschillende posities in: controlerend versus hulpverlenend. In het kader van motivering lijkt de keuze voor een controlerende instantie minder voor de hand te liggen.
- Groepsvoorlichtingsbijeenkomsten in de eigen taal van de doelgroep lijken een goede manier te zijn om cliënten te informeren en wellicht ook te motiveren. Belangrijke aspecten zijn dat de cliënten kunnen kennismaken met de participerende organisaties (waardoor zij zich serieus genomen voelen) en dat zij in contact kunnen komen met

'lotgenoten' (het punt van herkenning). De mogelijkheid bestaat dat goede informatie over de mogelijkheden, de aard en het doel van het project maar ook over de gehanteerde procedures kan bijdragen tot een meer reëel verwachtingspatroon ten opzichte van het project.

- Belangrijk is de verwijzing naar personen of naar een team en niet naar een anonieme organisatie, zeker niet naar een RIAGG dat toch al 'beladen' is. In dit verband kunnen wederom de driegesprekken als optie worden genoemd.
- Het is zinvol om de wachttijd tussen verwijzing en aanmeldingsgesprek zo kort mogelijk te houden. Ook uit andere projecten (o.a. Sabanoglu en Kox 1999) kwam naar voren dat bij lange(re) wachttijden de kans groot is dat de motivatie afneemt en de cliënt afhaakt.

#### *Behandeling bij de RIAGG*

- Naar voren is gekomen dat er bij Perspectief-cliënten vaak sprake was van gecombineerde problematiek: naast psychische en psycho-sociale problemen bestonden ook lichamelijke klachten. In verband met de laatste klachten lijkt het zinvol om (a) de cliënt serieus te nemen in zijn (wellicht meer somatische) ziektebeleving en -presentatie en (b) daadwerkelijk aandacht te besteden aan de lichamelijke klachten, bijvoorbeeld door de cliënt te verwijzen naar fysiotherapie. De cliënt kan hierdoor het idee krijgen dat hij serieus genomen wordt, ook in zijn lichamelijke klachten. Tevens wordt de cliënt zo meer structuur in de dagelijkse bezigheden geboden.
- Gezien de gecombineerde problematiek is het zinvol om een 'tweesporenbeleid' te volgen, hetgeen betekent dat de behandeling zich enerzijds richt op reactivering en anderzijds op de vermindering van de klachten.
- Het verdient aanbeveling om in de behandeling gebruik te maken van inzichten uit de migranten en -arbeidshulpverlening.
- In de behandeling is het belangrijk om ook sociale en lichamelijke activering en leermogelijkheden als mogelijke doelen voor de betreffende cliënt te accepteren.
- De casuïstiekbesprekingen bij de RIAGG lijken een goede vorm van deskundigheidsbevordering. Op die manier is het niet alleen mogelijk om kennis en inzichten over de cliënten en de behandeling uit te wisselen, maar ook om van gedachten te wisselen over de visies van de behandelaars over migranten en -arbeidshulpverlening en wellicht ook over de visie en het beleid van de desbetreffende RIAGG op dat gebied. Dit laatste lijkt belangrijk gezien de bevindingen in het rapport 'Interculturalisatie van de gezondheidszorg' (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2000). In dat rapport wordt aangegeven dat het ontbreken van een gezamenlijk gedeelde visie bij zorgaanbieders op de mate van aanpassing aan de verscheidenheid van etnisch-culturele zorgvragen het scherpst naar voren komt in de GGZ. Meningsverschillen bij hulpverleners zouden nauw samenhangen met verschillende verwachtingspatronen en met verschillen in opvatting over de rol van cultuur als een relevante factor in de hulpverlening.
- Het aantal geïnterviewde cliënten is te klein om uitspraken te kunnen doen over wat zij van het project en de behandeling bij de RIAGG vonden. Uit andere projectverslagen (onder andere Sabanoglu en Kox 1999) komt wel naar voren dat, hoewel cliënten soms matig tevreden zijn over de hulpverlening en deze niet altijd overeenkomt met de verwachtingen van de cliënt, zij hun waardering uitspreken voor de hulpverlening in de zin van tijd en ruimte die besteed is. Geconcludeerd kan worden dat de hulpverlening klaarblijkelijk ondersteuning biedt en dat de behoefte aan ondersteuning groot is.

#### *Vervolgfase*

Reeds bij de start van het pilotproject werd geconstateerd dat het toeleidingstraject naar (on) betaalde arbeid meer tijd zou vergen dan in het kader van de pilot haalbaar zou zijn. Desondanks dringen zich toch een paar aandachtspunten op:

- Het is belangrijk dat de overgang van behandeling bij de RIAGG en het toeleidingstraject naar arbeid en/of activering voor cliënten zo soepel mogelijk verloopt. Ook in dit verband kan gedacht worden aan driegesprekken.
- Gebleken is dat RIAGG-behandelaars weinig zicht hebben op de mogelijkheden in verband met arbeidstoeleiding en ondersteuning. In dit kader verdient het aanbeveling om deze mogelijkheden meer zichtbaar te maken, bijvoorbeeld door het maken van een sociale kaart met mogelijkheden die geschikt zijn voor cliënten uit het project Perspectief.
- Het verdient aanbeveling om cliënten tijdens de vervolgfase enige vorm van coaching te bieden.

# Literatuur

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Avezaat J., Tenwolde J. *Huisarts en migrant*. In: J.E. de Neef, J. Tenwolde, K.A.A. Mouthaan (red.), *Handboek Interculturele Zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 1997.
- Bekkers M.J.T.M., Bakker D. de, Boter J.P., *Coördinatiecentra chronisch ziektegevoelens geëvalueerd*. Utrecht: NIVEL, 1997.
- Bureau Voorlichting Gezondheidszorg Buitenlanders. *Huisarts en migranten met psychosomatische klachten; tips en getuigenissen*. Utrecht: BVGB, 1991.
- Can M., *Psychotherapeutische methodiek*. In: J.E. de Neef, J. Tenwolde, K.A.A. Mouthaan (red.), *Handboek Interculturele Zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 1998.
- Dekker P.J., Leeuw F.J. *Beleids- en programma-evaluaties: een stand van zaken in de sociaal-wetenschappelijke literatuur*. Leiden: DSWO Press, 1989.
- Donker M. *Principes en praktijk van programma-evaluatie. Opzet en rendement in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: NcGv, 1990.
- Eppink A. *Cultuurverschillen en communicatie. Problemen bij hulpverlening aan migranten*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson Uitgeverij, 1986.
- Eppink A. *Het masker van de pijn. Psychosomatische klachten bij allochtonen*. Muiderberg: Dick Coutinho, 1990.
- Eppink A., Mouthaan I. *Migranten bijvoorbeeld. Evaluatie van de voorbeeldprojecten psychosociale hulpverlening in de eerste lijn*. Utrecht: NcGv, 1990.
- Ernste D.E., Wijnands Y., Schooten P. van, Baas L.M. *Reïntegratieprojecten voor mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering*. Den Haag: Ministerie van SoZaWe/VUGA, 1995.
- Heezen S. *Migranten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. In: J.E. de Neef, J. Tenwolde, K.A.A. Mouthaan (red.), *Handboek Interculturele Zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 1998.
- Hoogsteder J. *Discriminatie*. In: J.E. de Neef, J. Tenwolde, K.A.A. Mouthaan (red.), *Handboek Interculturele Zorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 1996.
- Jong, J. de. *Psychodiagnostiek met behulp van DSM of ICD: classificeren of nuanceren?* In: J. de Jong, M. van den Berg (red.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie; handboek voor hulpverlening en beleid*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V., 1996.
- Kleinlugtenbelt D., Sabanoglu M. *Het beste van twee werelden. De kracht van het intervisie- en consultatiemodel in de hulpverlening aan allochtonen*. MGv 2000: 55,2: 349-356.
- Kortmann F.A.M. *Geestelijke gezondheidszorg: de kleurenblinde GGZ*. In: H.B. Haveman, H.P. Uniken Venema (red.), *Migranten en gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
- Lammerts R. *Ik wist niet dat er nog zoveel voor mij mogelijk was*. Sociale activering in Breda. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1996.

- Michon H, Weeghel J. van. *De Schalm werkt. Evaluatie van een arbeidsrehabilitatieprogramma voor mensen met psychosociale en psychiatrische problemen*. Utrecht: NcGv, 1993.
- Mouthaan I, Neef M. de. *Een Marokkaanse vrouw regelt dat zelf! Geboortenregeling, anticonceptie en seksualiteit bij Marokkaanse vrouwen in Nederland*. Nisso-studies nr. 13. Delft: Eburon, 1992.
- Mouthaan I, Neef M. de, Rademakers J., Bekker M., Huisman W.M., Zandvoort H van, Emans A. *Twee levens. Dilemma's van islamitische meisjes rondom maagdelijkheid*. Nisso-studies nr. 20. Delft: Eburon, 1997.
- Pannekeet C (red.). *Riagg-hulpverlening aan Turken en Marokkanen*. Meppel/Amsterdam: Boom, 1991.
- Project Perspectief: *wie doet wat wanneer?* Het tracé van pilot- en vervolgproject in 9 stappen. Utrecht, 2000 (ongepubliceerd).
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Interculturalisatie van de gezondheidszorg*. Zoetermeer, 2000.
- Sabanoglu M, Kox E. *"Anders geïntegreerd"*. Project Migrantenhulpverlening. Een samenwerkingproject tussen de RIAGG en het Maatschappelijk Werk in Oost-Gelderland. Doetinchem, 1999.
- Samenwerkingsverband "Perspectief". *"Perspectief"*. Werktoeleiding en sociale activering van werkloze Marokkaanse mannen met psychische problematiek. Werkplan pilot 1999/2000. Utrecht, 1998 (ongepubliceerd).
- Schnabel P. *Programma-evaluatie: een nadere kennismaking bij het scheiden van de markt*. In: G.M. Schippers, N. Sijben, C. Schaap, J. Mastboom (red.), *Programma-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1984.
- Sixma H, Bakker D.H. de, Bent J. van der. *Het experiment gezondheidszorg Almere*. Eindevaluatie van een experiment met een sterke eerstelijnszorg en een krap geplande tweede lijn. Utrecht: NIVEL/NZI, 1993.
- Stake R.E. *The countenance of educational evaluation*. Teachers College Record 1967; 68,7: 523-540.
- Serman D. *Een olijfbom op de ijsberg*. Een transcultureel-psychiatrische visie op een behandeling van de problemen van jonge Noord-Afrikanen en hun families. Utrecht: Nederlands Centrum Buitenlanders, 1996.
- Swinnen H. *Sociale activering: een lokale strategie broodnodig*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 1995.
- Velde J. te. *Werken aan werk. Aan de onderkant van de arbeidsmarkt*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
- Verslag voortraject project 'Perspectief'; eerste uitvoering maart - april 2000. Utrecht, 2000 (ongepubliceerd).
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1970.
- Weeghel J. van, Zeelen J. *Arbeidsrehabilitatie in een vernieuwde geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Lemma, 1990.
- Weeghel J. van. *Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten*. Utrecht: SWP, 1995.
- Wienesen L. *Sociale psychiatrie?* In: C. Pannekeet (red.), *Riagg-hulpverlening aan Turken en Marokkanen*. Meppel/Amsterdam: Boom, 1991.





## Bijlage 1 Cliëntvolgschema's

### CLIËNTVOLGSHEMA 1: VOOR- EN BEHANDELFASE//GGD & RIAGG

rubrieken 1 t/m 4 ingevuld door medisch adviseur GG&GD

rubrieken 5 t/m 8 door teamcoördinator  
RIAGG (tenzij anders vermeld)

	1	2	3	4	5	6	7	8
	Initialen + geboortedatum cliënt	Datum huisbezoek door casemanager / ggd-arts	Uitkomst? Deelname project ja / nee	Datum doorverwijzing Riagg door ggd- arts	Datum, naam cliënt binnengekomen bij Riagg	Datum intake Riagg	Uitkomst? Riagg- behandeling ja / nee	Datum start Riagg- behandeling
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

8								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

CLIËNTVOLGSHEMA 2: BEHANDEL- EN VERVOLGFASE / STAND VAN ZAKEN PER ..... - ..... 2000 (invullen)

BEHANDELAAR: ..... (invullen)

	1	2	3	4	5
Volgnummer cliënt	Initialen + geboortedatum cliënt	Datum start behandeling	Aantal gesprekken tot op dit moment	Heeft de cliënt op dit moment regelmatig gesprekken? ja / nee	Indien "nee" bij 4: reden?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

CLIËNTVOLGSCHEMA 2: BEHANDEL- EN VERVOLGFASE -vervolg-

	6	7	8
Volgnummer cliënt	Zijn er al contacten / activiteiten t.b.v. de vervolgfase? ja / nee	Indien "ja" bij 6: -(sinds) wanneer? ( <i>datum noemen</i> ) -met / bij welke instantie?	Indien "ja" bij 6: wat voor soort activiteiten?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

## Bijlage 2 Interviewlijst cliënten "Perspectief"

RESPONDENTNUMMER:.....

### DEEL A. DE CLIËNT

#### I ACHTERGRONDKENMERKEN

1. In welk jaar bent u geboren?

19 .....

2. Waar bent u geboren?

Marokko

Nederland

==> door naar vraag 5

anders, namelijk: .....

3. In welk jaar bent u naar Nederland gekomen?

19 .....

4. Kunt u iets vertellen over uw komst naar Nederland?

- waarom kwam u naar Nederland?

(eventueel voorbeelden geven: gezinshereniging met ouders, gezinshereniging met vrouw, gezinsvorming/huwelijk, werk, illegaal enz.)

- wat waren uw verwachtingen toen u naar Nederland kwam?

5. Hoe beoordeelt u uw vaardigheid in het Nederlands? Kunt u Nederlands.....

	niet	beetje	voldoende	goed
verstaan	<b>G</b>	<b>G</b>	<b>G</b>	<b>G</b>
spreken	<b>G</b>	<b>G</b>	<b>G</b>	<b>G</b>
lezen	<b>G</b>	<b>G</b>	<b>G</b>	<b>G</b>
schrijven	<b>G</b>	<b>G</b>	<b>G</b>	<b>G</b>

6. Wat is de hoogste (school)opleiding die u gevolgd heeft?

Aantal jaar

Diploma behaald

geen opleiding

.....

**G** ja

**G** nee

- lager onderwijs ..... **G** ja **G** nee
- voortgezet onderwijs (MAVO, HAVO, VWO)..... **G** ja **G** nee
- LBO ..... **G** ja **G** nee
- MBO ..... **G** ja **G** nee
- HBO/Universitair ..... **G** ja **G** nee

7. Heeft u (daarnaast nog) andere opleidingen of cursussen gedaan, bijvoorbeeld via uw werk?

- ja
- nee == > door naar vraag 9

8. Wat voor soort opleiding(en) of cursus(sen)?      Aantal jaar      Diploma behaald

.....	.....	<b>G</b> ja	<b>G</b> nee
.....	.....	<b>G</b> ja	<b>G</b> nee
.....	.....	<b>G</b> ja	<b>G</b> nee

II PROFIEL VAN DE CLIËNT

*Gezinssituatie*

9. Hoe is uw woonsituatie?

- ik woon alleen
- ik woon met partner (en kinderen)
- ik woon met ouder(s) en/of kinderen
- anders, namelijk : .....

10. Kunt u iets vertellen over uw gezinssituatie?

- Bent u getrouwd?
- vrouw: woont zij hier of in Marokko?
- kinderen: wonen ze hier of in Marokko?
- hoeveel; leeftijd/geslacht; gaan ze nog naar school of werken ze?
- gaat alles goed met de kinderen en de opvoeding?

*Arbeid*

11. Heeft u betaald werk gehad?

ja

nee

Zo nee, hoe komt dat?

(==> en daarna door naar vraag 16)

12. Hoeveel jaar heeft u gewerkt? ..... jaar

13. Wat voor soort betaald werk heeft u gedaan?

(als respondent meerdere banen heeft gehad, deze in chronologische volgorde nalopen)

- heeft u een (vaste) baan gehad bij één werkgever of meerdere (tijdelijke) banen?

- zijn er in die ... jaar (dat u gewerkt heeft; zie vraag 12) wel periodes geweest dat u niet gewerkt heeft? Ja/nee

**Zo ja**, hoe kwam dat? hoeveel van die periodes zijn er geweest en hoe lang duurden ze?

14. Beviel uw werk u goed?



- ja
- nee

waarom wel/waarom niet?

15. Sinds wanneer werkt u (helemaal) niet meer? Sinds 19 .....

Hoe kwam dat?

#### *Gezondheid*

16. Hoe was uw gezondheid voordat u met het project "Perspectief" begon?
- wat voor soort gezondheidsklachten? Hoe lang al?
  - Hulp gezocht bij huisarts of specialist? Wat was er volgens hem/haar met u aan de hand?

C.1	Ervaren gezondheid: <b>G</b> goed <b>G</b> matig <b>G</b> slecht
-----	---

#### *Activiteitsniveau*

17. Kunt u in het kort vertellen hoe u gewoonlijk de dag doorbrengt?
- wat voor soort activiteiten? Hoe vaak?  
(indien nodig voorbeelden geven, zoals: vrijwilligerswerk, hobby's, sociale activiteiten)
  
  - heeft u hobby's? Welke?
  - beoefent u ze ook? Hoe vaak?

- indien u ze niet beoefent: waarom niet?
- lukt het goed om de dag te vullen/verveelt u zich veel?

C.2	<p>Voornaamste dagelijkse bezigheid van de cliënt: (meerdere antwoorden mogelijk)</p> <p><input type="checkbox"/> werkzaamheden/activiteiten binnen de (Marokkaanse) gemeenschap</p> <p><input type="checkbox"/> werkzaamheden/activiteiten voor familie, burens, vrienden</p> <p><input type="checkbox"/> sociale activiteiten (bezoek koffiehuis, moskee e.d.)</p> <p><input type="checkbox"/> hobby's</p> <p><input type="checkbox"/> opleiding, cursus</p> <p><input type="checkbox"/> geen, ongestructureerde dagindeling</p> <p><input type="checkbox"/> anders, nl.....</p>
C.3	<p>Dagelijkse activiteitsniveau van de cliënt:9</p> <p><input type="checkbox"/> laag</p> <p><input type="checkbox"/> gemiddeld</p> <p><input type="checkbox"/> hoog</p>

### Motivatie

18. Hoe ervaart u het om geen betaald werk te hebben?
- wel/niet tevreden
  - betaalde baan wel/niet belangrijk
  - wel/geen (duidelijke) ideeën over toekomstige baan of opleiding
  - wat vindt u van vrijwilligerswerk? Zou u zelf vrijwilligerswerk willen doen? Waarom wel/waarom niet?

C.4	Clïent was tevreden met zijn eigen situatie, zoals die was vóór "Perspectief":
<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nee
C.5	Clïent vindt betaalde baan belangrijk:
<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nee
C.6	Clïent heeft (duidelijke) ideeën over toekomstige baan of opleiding:9
<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nee

DEEL B HET PROJECT "PERSPECTIEF"

*Verwijzing naar de RIAGG door de GG & GD*

**Waarschijnlijk heeft de arts van de GG & GD u iets verteld over het project "Perspectief" . Daarna heeft hij u doorverwezen naar de riagg.**

19. Wat heeft de arts u precies verteld over het project "Perspectief"?
- wist u wat de riagg-behandeling inhield
  - wist u dat riagg-behandeling onderdeel uitmaakte van een project
  - wist u dat het uiteindelijke doel van het project (on)betaald werk was

C.7	Clïënt wist dat de riagg-behandeling onderdeel uitmaakte van een project:
<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nee
C.8	Clïënt wist dat het uiteindelijke doel van het project (on)betaald werk was:
<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nee

20. Wat vond u van de informatie die u van de arts kreeg over het project "Perspectief"?
- wel/niet voldoende, waarom?
  - wel/niet duidelijk? (doorvragen)

C.9	De informatie van de GGD-arts over het project "Perspectief" was:
<input type="checkbox"/>	voldoende
<input type="checkbox"/>	onvoldoende

#### *Motivatie & verwachtingen*

21. Wat vond u ervan dat u gevraagd werd deel te nemen aan het project "Perspectief"?
- wel/niet leuk
  - wel/niet gemotiveerd om deel te nemen
  - zelf gekozen/als verplichting gezien (aangedrongen/opgedrongen door GGD-arts)  
Toelichting vragen.
  - wat vond uw omgeving ervan dat u aan "Perspectief" deelneemt en wat verwachtten ze ervan?

C.10	Cliënt was gemotiveerd om deel te nemen aan "Perspectief": <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
C.11	Cliënt had het gevoel dat hij moest deelnemen aan "Perspectief": <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

22. Wat verwachtte u (zelf) van het project "Perspectief", toen u eraan begon?

(indien nodig voorbeelden geven, zoals: hulp bij het oplossen van problemen, hulp bij opleiding/cursus)

vinden van werk, volgen van een

C.12	Verwachtingen van de cliënt t.a.v. het project "Perspectief":(meerdere antwoorden mogelijk) <sup>9</sup> <input type="checkbox"/> hulp bij het oplossen van psychische problemen <input type="checkbox"/> hulp bij het oplossen van andersoortige problemen (bijv. gezins-, huisvestings- of financiële problemen) <input type="checkbox"/> hulp bij vinden van werk <input type="checkbox"/> het volgen van een opleiding/cursus <input type="checkbox"/> deelname aan "Perspectief" opgedrongen/opgelegd door GGD-arts <input type="checkbox"/> geen verwachtingen <input type="checkbox"/> anders, nl.....
------	--

*Vervolg vragen over verwijzing naar de RIAGG door de GG & GD*

23. Soms zijn er wel eens problemen in het contact met een arts of andere hulpverlener. Hoe ervaart u zelf het contact met de GGD-arts?

- heeft u het gevoel dat u hem (haar) alles kunt vertellen/kunt vertrouwen?

- heeft u wel eens problemen gehad met de GGD-arts? Waarover?
- taal- en communicatieproblemen
- bepaalde opvattingen/gewoontes
- zijn die problemen opgelost? Hoe?

24. Is (zijn) de GGD-arts (en de casemanager) ook nog bij u thuis geweest (om met u over het project te praten)?  
**zo ja**, wat vond u daarvan?
- waar ging het gesprek over? Kreeg u meer informatie over het project "Perspectief"?
  - bezoek wel/niet informatief, waarom?
  - bezoek wel/niet prettig, waarom?

C.13	Het huisbezoek van de GGD-arts (en casemanager) was:
	<input type="checkbox"/> informatief
	<input type="checkbox"/> niet informatief
C.14	Het huisbezoek van de GGD-arts (en casemanager) was:
	<input type="checkbox"/> prettig
	<input type="checkbox"/> niet prettig

#### *Riagg-behandeling*

#### **U werd dus door de arts van de GG & GD doorverwezen naar de riagg.**

25. Hoe ging het toen bij de riagg precies verder?
- duurde het lang voordat u daar terecht kon voor een eerste gesprek?
  - wat vond u van dat eerste gesprek?
    - wel/niet informatief, waarom?
    - wel/niet prettig, waarom?
  - Werd duidelijk uitgelegd hoe de riagg werkt en wat riagg-behandeling in ging houden?

26. Bent u toen gestart met gesprekken bij de riagg?

- ja  
 nee

**zo nee**, waarom niet? ==> en daarna door naar vraag 38

27. Heeft u op dit moment nog steeds gesprekken bij de riagg?

- ja ==> door naar vraag 29  
 nee

28. Hoe komt het dat u geen gesprekken meer heeft bij de riagg?

- behandeling is afgelopen/eerder (tussentijds) gestopt
- zelf gekozen om te stoppen/op advies van de hulpverlener  
Toelichting vragen.

29. Wat vond/vindt u van de gesprekken die u bij de riagg (gehad) heeft?

- vond u de riagg-hulpverlener vriendelijk; nam zij u serieus; begreep zij u; ging zij goed in op uw klachten. Toelichting vragen.
- waren er nog problemen? (doorvragen) bijv. taal- en communicatieproblemen, bepaalde opvattingen/gewoontes
- zijn die problemen opgelost? Hoe?
- aantal gesprekken: te veel/te weinig
- heeft u steeds dezelfde hulpverlener gehad?
  
- heeft de riagg-hulpverlener ook wel eens gesprekken met u gevoerd samen met iemand van uw familie of vrienden erbij?  
**Zo ja**, vond u dat prettig?  
**Zo nee**, vindt u gesprekken met u alleen beter of zou u toch graag iemand uit uw directe omgeving hebben meegenomen?

C.15 Cliënt ervaart/ervoer het contact met de riagg-hulpverlener:

- overwegend positief
- neutraal/geen mening
- overwegend negatief

*Als de cliënt tussentijds is gestopt met de riagg-behandeling, dan na vraag 29 door naar vraag 37*

*Vraag 30 eventueel overslaan als de cliënt nog niet ver genoeg in de behandeling is.*

30. Is er door de riagg-behandeling iets bij u veranderd?
- ja/nee; positieve/negatieve veranderingen; toelichting vragen;  
(Indien nodig voorbeelden geven, zoals: klachten verminderd; kan problemen beter op lossen; actiever geworden; wil graag werken)

**Zo ja**, is er -omdat er bij uzelf iets veranderd is- ook iets in uw gezin/directe omgeving veranderd?

C.16 Effecten van de riagg-behandeling volgens de cliënt:

- mijn klachten zijn verminderd
- kan beter mijn problemen oplossen
- ben actiever geworden<sup>9</sup> wil graag werken
- andere positieve effecten, nl.....
- negatieve effecten, nl.....
- geen effecten

Vervolgfase



31. Heeft u al contact met iemand gehad (anders dan riagg-hulpverlener of GGD-arts) over wat de mogelijkheden voor u zijn wat betreft (on)betaald werk of scholing?

- ja  
 nee

**Zo nee**, wat zijn de redenen hiervoor? ==> en daarna door naar vraag 37  
(bijvoorbeeld: nog niet ver genoeg in de behandeling, uitval, niet willen, zelf werk gevonden).

32. Kunt u iets meer vertellen over dat contact?

- met wie contact, van welke instantie (probeer zo precies mogelijk naam persoon en instantie te achterhalen)
- hoe of via wie bent u met deze persoon/instantie in contact gekomen?
- sinds wanneer heeft u daar contact?
- duurde het lang voordat u daar terecht kon?
- was u toen al klaar met de riagg-behandeling of had (heeft) u toen (nu) ook nog (af en toe) gesprekken bij de riagg?

*de persoon met wie de cliënt contact heeft gehad over (on)betaald werk of scholing, noemen we in onderstaande vragen 'consulent' (voor de vervolgfase)*

33. Wat heeft de consulent met u besproken? Wat adviseerde hij/zij u wat betreft werk of scholing?

- hoeveel keer heeft u tot nu toe contact gehad met de consulent voor de vervolgfase?

Heeft u steeds met dezelfde consulent te maken gehad?

**zo nee**, hoe heeft u dat ervaren?

Heeft u op dit moment nog steeds contact met de consulent?

Ja/nee; toelichting vragen

**Zo ja**, hoe vaak ziet u de consulent

- is dat vaak genoeg voor u?

34. Wat vond (vindt) u van het contact met de consulent?

(vindt u de consulent vriendelijk; neemt hij/zij uw wensen serieus; komt hij/zij met ideeën over wat voor werk u zou kunnen gaan doen; toelichting vragen)

- wel/niet informatief, waarom?
- wel/niet prettig, waarom?
  
- zijn er nog bepaalde problemen (geweest) in het contact met hem/haar? Waarover?
- taal- en communicatieproblemen
- bepaalde opvattingen/gewoontes
- zijn die problemen opgelost? Hoe?

*Vraag 35 eventueel overslaan als de cliënt nog niet aan het werk is of nog geen opleiding volgt.*

35. Wat voor werk of opleiding doet u nu en hoe bevalt dat? Waarom wel/waarom niet?

36. Zou u het prettig vinden om andere Marokkaanse mannen te ontmoeten die net als u een behandeling hebben gehad bij de riagg en nu aan werk worden geholpen in het project "Perspectief"?

(indien nodig meer uitleg geven: het kan bijvoorbeeld een vaste groep zijn, met begeleiding, die wekelijks of 2-wekelijks bij elkaar komt, om elkaar te helpen bij het weer aan het werk gaan en bij het proberen aan het werk te blijven)

- als zo'n groep er komt, zou u dan aan deze groep willen deelnemen?

*Totaaloordeel over het project "Perspectief"*

- 37 Wat vond u van (de verschillende activiteiten van) het project "Perspectief"?  
(wel/niet zinvol, wel/niet prettig etc.)
- kwamen uw verwachtingen uit? Wel/niet tevreden? (doorvragen)

C.17	Oordeel over het project "Perspectief":
<input type="checkbox"/>	overwegend positief
<input type="checkbox"/>	neutraal/geen mening
<input type="checkbox"/>	overwegend negatief
C.18	Oordeel over wat het project "Perspectief" heeft opgeleverd:
<input type="checkbox"/>	overwegend positief
<input type="checkbox"/>	neutraal/geen mening
<input type="checkbox"/>	overwegend negatief

38. Zou u andere mannen, bijvoorbeeld een familielid of kennis, adviseren ook deel te nemen aan het project?
- ja/nee; waarom wel/waarom niet?

EINDE





