

De weg naar werk. Arbeidsrehabilitatie in de regio Den Bosch

door J.F.G. Hell, J.A. Kool en A.E.S. Sijben

Gepubliceerd in 1996, no. 3

Samenvatting

De centrale vraagstelling van dit onderzoek is welke knelpunten zich voordoen in het proces van arbeidsrehabilitatie voor langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten. Patiënten, hun hulpverleners, bedrijven en intermediairen tussen patiënt en werk werden gevraagd naar hun zienswijze, ervaringen en verwachtingen ten aanzien van werkhervatting van deze doelgroep. De arbeidsmotivatie bij de patiënten blijkt hoog, en het overgrote deel heeft al werkervaring. Patiënten schatten hun arbeidsvaardigheden hoger in dan hun hulpverleners en halen naar hun eigen inschatting redelijk het niveau dat bedrijven verlangen. Een groot deel (29%) lukt het binnen anderhalf jaar betaald of vrijwilligerswerk te vinden, vaak (35%) door eigen inspanningen. De knelpunten in het rehabilitatieproces worden bediscussieerd. Buiten de GGZ blijkt er onvoldoende kennis te zijn van de problematiek van langdurig zorgafhankelijke patiënten. Intermediairen en GGZ-instellingen zijn niet optimaal op de hoogte van elkaars dienstverlening met betrekking tot arbeidsrehabilitatie. Gepleit wordt onder andere voor meer aandacht voor de factor arbeid in het hulpverleningsprogramma. Hieronder worden zeker ook verstaan voorbereiding op werk en begeleiding in de arbeidssituatie.

Inleiding

Maatschappelijke reïntegratie van mensen met psychiatrische problemen staat momenteel sterk in de belangstelling. In het bijzonder gaat de aandacht uit naar mogelijke (her)intreding op de arbeidsmarkt, arbeidsrehabilitatie genoemd. Verhoging van de arbeidsparticipatie is gewenst om sociale, alsook om economische redenen: zorgverlening en sociale zekerheid brengen hoge kosten met zich mee. Vanuit de GGZ wordt (her)integratie in het arbeidsproces steeds meer gezien als een middel tot het ervaren van genezen te zijn en het verlaten van een (chronische-)patiëntenrol. Arbeidsrehabilitatie bevordert de zo gewenste doorstroming in de chronische sector en draagt bij aan een verschuiving van relatief belastende en stigmatiserende behandelingen naar minder intensieve zorg en begeleiding. Dit sluit aan bij het overheidsbeleid, dat gericht is op steeds verder gaande 'substitutie van zorg': van intramuraal naar semimuraal naar extramuraal.

Voor de (ex-)psychiatrische patiënt zelf betekent werken omgaan met andere mensen en een plaats binnen de maatschappij waar status en identiteit aan ontleend kunnen worden (Shepherd 1989). Jahoda (in Fryer en Payne 1984) beschrijft vijf categorieën van positieve aspecten die mensen aan werk ervaren: sociale contacten, maatschappelijke betrokkenheid, tijdstructurering, status en identiteit en ontplooiing van activiteiten. Voor mensen met een psychiatrische achtergrond zijn deze categorieën zelfs extra van belang, omdat ze in verband met het ziektebeeld verstoord zijn. Daarnaast kan werken een manier zijn om een aantal uren per dag problemen te ontvluchten, bijvoorbeeld ergerlijke stemmen of beelden te verdrijven. Dan is er nog de financiële onafhankelijkheid die werk met zich mee kan brengen. Langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten moeten meestal zien rond te komen van

een uitkering waarvan een groot deel als eigen bijdrage moet worden afgestaan (Janssen 1992). We mogen niet concluderen dat arbeid een heilig doel is dat bij iedere (ex-)patiënt nagestreefd moet worden. Er zijn natuurlijk patiënten die vanwege hun leeftijd, handicaps of herhaalde teleurstellingen hun belangstelling voor de arbeidsmarkt verloren hebben, en voor wie arbeidsrehabilitatie ook uit het oogpunt van hulpverlening niet wenselijk zou zijn: 'Van arbeid kun je immers ook behoorlijk ziek worden' (Breuer 1993).

De afgelopen jaren zijn er op het gebied van arbeidsrehabilitatie veel projecten gestart (Denis e.a. 1992). Met name de methodiekontwikkeling heeft in de belangstelling gestaan (Van Weeghel en Zeelen 1990, 1992; Denis e.a. 1992). Bennett (Watts en Bennett 1983) noemt als aandachtspunten: de introductie van rehabilitatie al meteen aan het begin van de behandeling, een op de patiënt toegesneden aanpak en een stapsgewijze opbouw. Van Weeghel en Zeelen (1990) noemen aanvullend als essentiële kenmerken de gerichtheid op sociale integratie, het realisme én optimisme en de multidisciplinaire benadering.

Ook binnen de regio Den Bosch wordt door diverse personen en instanties gewerkt aan arbeidsrehabilitatie. Een probleem dat nu door GGZ-functionarissen geconstateerd wordt, is dat men steeds opnieuw 'de touwtjes aan elkaar moet knopen'. Na iedere aanmelding voor werk dient men van voren af aan te beginnen met het contacten leggen met de meest aangewezen voorziening (afhankelijk van de (on)mogelijkheden van de patiënt en diens maatschappelijke situatie) en het werven of creëren van een geschikte arbeidsplaats. Deze wijze van bemiddeling is zeer arbeidsintensief en tijdrovend, waardoor slechts een beperkt aantal patiënten geholpen kan worden. Een tweede probleem is de discrepantie tussen vraag en aanbod. Patiënten, hulpverleners en sociaal-maatschappelijke instanties ervaren dat het arbeidsaanbod niet aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van ex-psychiatrische patiënten. Ook buiten de regio Den Bosch komt dit knelpunt naar voren (Van Weeghel en Zeelen 1990; Janssen 1992; Breuer 1993; Kools 1993). Uit onderzoek van Delsen en Bemelmans (1987) blijkt dat het voor deze patiënten nog moeilijker is om passend werk te vinden dan voor lichamelijk gehandicapten.

Met het oog op genoemde knelpunten heeft een onderzoek plaatsgevonden naar de afstemming tussen zorg en werk. Daarnaast is onderzocht op welke wijze het proces kan worden verbeterd. Onder rehabilitatie in de GGZ verstaan we: een interventiemethodiek die erop gericht is mensen met psychiatrische handicaps de kans te geven op een herstel van het zelfrespect, een normale menselijke status en een optimaal niveau van sociaal functioneren (Bennett 1970; Wing 1978; Trimboos 1978). Er is sprake van *arbeidsrehabilitatie* wanneer deze methodiek als uiteindelijk doel heeft een herintegratie in het arbeidsproces. Van Weeghel en Zeelen (1992) stellen dat het ideale eindpunt weliswaar een vaste, betaalde baan is, maar dat te veel patiënten worden uitgesloten wanneer dit bij voorbaat als doel wordt gesteld. Psychiatrische patiënten vormen een heterogene groep; arbeidsrehabilitatie kan niet voor iedereen tot eenzelfde bestemming leiden, en dat hoeft ook niet. Om deze reden hebben wij ook het streven naar vrijwilligerswerk of naar werk in het kader van de wet Sociale Werkvoorziening beschouwd als een vorm van arbeidsrehabilitatie.

Succesvolle rehabilitatie vereist de inzet en betrokkenheid van vier partijen: (1) patiënten, (2) hulpverleners, (3) maatschappelijke voorzieningen, en (4) bedrijven en instellingen. Deze zijn in dit onderzoek betrokken.

Procedure

Deelnemende patiënten en hulpverleners - De hulpverleners van de vier belangrijkste GGZ-instellingen uit de regio Den Bosch (de RIGG, de RIAGG, de RIBW en psychiatrisch ziekenhuis Reinier van Arkel) hebben meegewerkt aan het onderzoek. Benaderd zijn patiënten die door hun

hulpverlener op basis van onderstaande criteria werden aangemeld:

1. ten minste twee jaar 'bekend' in de psychiatrie;
2. in verband met hun psychiatrische problematiek geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard;
3. volgens het behandelplan in aanmerking (kunnen) komen voor betaald werk of vrijwilligerswerk.

Maatschappelijke voorzieningen - In de regio Den Bosch zijn zeven instanties actief op het terrein van arbeidsbemiddeling, -training en -begeleiding: het Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening, 'Bureau Detacheringen' (arbeidsbemiddeling in het kader van de Jeugd Werk Garantiewet en de Banenpool), Bureau 'Passage' (GMD-bemiddeling voor mensen die om psychische redenen arbeidsongeschikt zijn), twee werkervaringsprojecten ('Project Anders Werken' en 'De Kringloop') en twee sociale werkvoorzieningen ('W&R Bedrijven' en 'WSD'). Deze voorzieningen namen alle deel aan het onderzoek.

Reguliere bedrijven en instellingen - Hier was de procedure erop gericht in contact te komen met arbeidsorganisaties die iets konden betekenen voor de doelgroep van patiënten. Na overleg met de Kamer van Koophandel zijn 23 ondernemingsverenigingen benaderd. Uiteindelijk hebben 12 organisaties deelgenomen.

Methode

Enquête arbeidsrehabilitatie - Elke onderzoeksgroep heeft een schriftelijke enquête ontvangen met open en gesloten vragen. De enquête voor patiënten bevat vragen naar personalia, psychiatrisch verleden, opleiding en werk, arbeidsmotivatie en ervaring met arbeidsrehabilitatie. De hulpverlener wordt gevraagd naar het aantal patiënten met wie hij in aanraking komt en die tot de doelgroep behoren, hun motivatie en mogelijkheden, de wijze waarop zij begeleid worden, de bekendheid en ervaringen met andere personen/instellingen voor arbeidsrehabilitatie en de ervaren knelpunten. De maatschappelijke voorzieningen beantwoordden vragen naar: de doelstelling van de instantie, het aantal (ex-) psychiatrische patiënten voor wie men bemiddeld heeft, de resultaten hiervan, de wijze van begeleiding, de ervaringen met andere personen/instellingen voor arbeidsrehabilitatie en de ervaren knelpunten en oplossingen/verbeterwensen. Bedrijven en instellingen worden gevraagd naar de aard en omvang van de organisatie, het aantal (ex-)psychiatrische patiënten in dienst, de aard van het dienstverband en de werkzaamheden die zij verrichten, de begeleiding die men deze groep kan bieden, de redenen voor het eventueel niet in dienst hebben van (ex-)psychiatrische patiënten, de ervaringen met andere personen/instellingen voor arbeidsrehabilitatie en de ervaren knelpunten.

Beoordelingsschaal Arbeidsvaardigheden (BAV) - Dit instrument is een bewerking van de 'standardized work report' (Griffiths 1973), een betrouwbare en valide lijst om algemene arbeidsvaardigheden te meten (Michon en Van Weeghel 1993).

Resultaten

Psychometrische gegevens - Tien items uit de enquête die betrekking hebben op de motivatie van de patiënt, vormen samen een schaal: 'arbeidsmotivatie'. Deze is voldoende betrouwbaar ($r = .76$). De betrouwbaarheid van de BAV is hoog: patiëntenversie $= .85$, hulpverlenersversie $= .90$. De factoranalyse geeft vier factoren: 'basisvaardigheden', 'discipline', 'sociale vaardigheden' en 'tolerantie'.

Resultaten patiënten

Respons. Van de 202 aangeschreven patiënten retourneerden 87 de vragenlijst (43%).

Biografische kenmerken. De man-vrouwverdeling is gelijk. Het merendeel (66%) is ongehuwd, 23% is gescheiden en 12% is gehuwd; 22% is alleenwonend, eenzelfde percentage woont samen met partner, kinderen of ouders. De meeste patiënten (40%) zijn woonachtig in een beschermde woonvorm.

Psychiatrische geschiedenis. Meer dan de helft van de patiënten (53%) is al langer dan tien jaar geleden de behandeling gestart; 15% zelfs meer dan twintig jaar. 87% is opgenomen geweest; 21% meer dan eens. De leeftijd bij eerste opname is gemiddeld 28 jaar ($sd = 9.9$). De meeste patiënten (89%) hebben tijdens het onderzoek nog contact met de hulpverlening, van vijf keer per jaar tot continu (opname). 83% gebruikt één of meer medicijnen.

Opleiding. Het opleidingsniveau varieert. 40% heeft een lagere opleiding gevolgd (basisschool, LBO), 40% een middelbare opleiding (MAVO, HAVO, MBO) en 20% een hogere opleiding (VWO, HBO, WO). Velen zijn voortijdig gestopt; slechts 46% beschikt over een diploma in het onderwijs dat men het laatst gevolgd heeft.

Werkervaring en ervaring met zoeken naar werk. Het overgrote deel (94%) geeft aan eerder betaald en/of vrijwilligerswerk gedaan te hebben: betaald werk 64%, (tevens) vrijwilligerswerk 21%. Gemiddeld beschikt de (ex-)patiënt over ongeveer 22 maanden werkervaring, waarvan 20 maanden betaald. Vijfentwintig personen (29%) hebben op dit moment werk, 10 (12%) een betaalde baan. Figuur 1 geeft een schematisch overzicht.

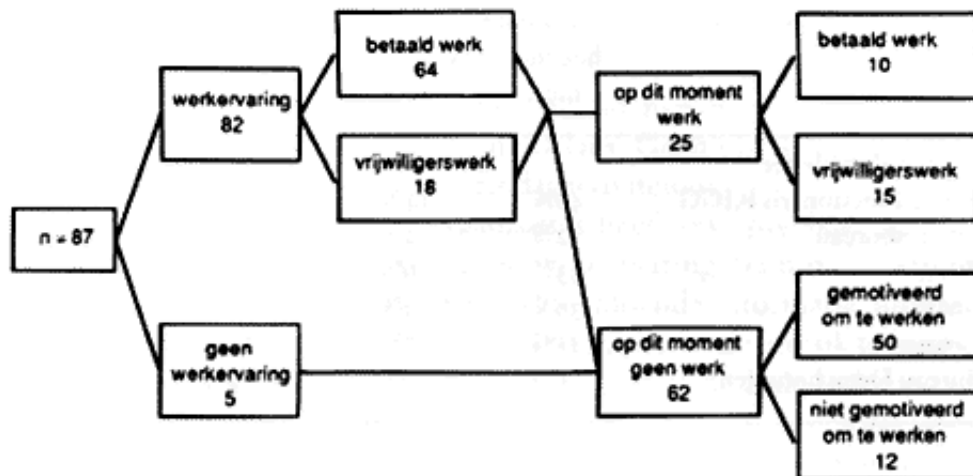
Wanneer we de groep werkende patiënten met nietwerkende patiënten vergelijken door middel van een discriminantanalyse, komen er geen duidelijke predictoren van succesvolle arbeidsrehabilitatie naar voren.

Arbeidsmotivatie. Van hen die geen werk hebben, zou een ruime meerderheid (81%) wel willen werken. Als belangrijkste motieven hiervoor gelden het therapeutisch effect ervan, het zelf geld kunnen verdienen en het plezier dat men aan werken beleeft. Belangrijkste reden om niet te willen werken is een negatief advies van de hulpverlener. De werkzaamheden die men zou willen doen, lopen sterk uiteen: het werken in een magazijn, als receptionist, in de kinderverzorging, in de fabrieksproductie, in de administratie en in de bouw.

Ervaring met arbeidsrehabilitatie. Van de 25 patiënten die werk hebben, zijn er 9 van mening dit door eigen inspanningen gevonden te hebben.

Men blijkt slechts in beperkte mate bekend te zijn met de bemiddelende instanties of daadwerkelijk erdoor begeleid te zijn (zie tabel 1).

Figuur 1: Werkervaring en motivatie patiëntengroep



Resultaten hulpverleners

Respons. Alle aangeschreven hulpverleners hebben de enquête ingevuld (n = 23): 5 psychiaters, 2 psychologen, 2 maatschappelijk werkers, 6 (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen en 8 groepsleiders.

Inschatting van patiënten. Van de patiënten uit de doelgroep is volgens de hulpverlener 21% aan het werk; van de overige patiënten zou 87% wel willen werken. Dit komt goed overeen met de bevinding bij patiënten dat 81% van degenen die geen werk hebben, wel zou willen werken. Van hen zou naar het oordeel van de hulpverlener 23% meteen tot werken in staat zijn, 23% zou binnen een half jaar kunnen werken en 23% zou op langere termijn kunnen werken. Redenen voor het niet kunnen vinden van werk zijn: het beperkte aantal geschikte plaatsen, de lange wachttijd voor Sociale Werkvoorziening, de hoge eisen die gesteld worden, de patiënt is er zelf nog niet aan toe, en de instabiliteit van het toestandsbeeld. Als kenmerken van succesvolle arbeidsrehabilitatie worden genoemd: zorgvuldige voorbereiding en training van de patiënt, inzicht in de eigen beperkingen, goede voorlichting van de werkgever, een begripvolle arbeidssituatie, begeleiding tijdens het werk en waardering in geld en aandacht.

Ervaring met arbeidsrehabilitatie. Alle hulpverleners merken op dat ze in het contact met de patiënt apart aandacht besteden aan actieve dagbesteding, wanneer zij vinden dat deze hiervoor in aanmerking komt. Dit gebeurt door erover te praten ('stimuleren', 'motiveren', 'activeren', 'informereren' en 'adviseren' worden veelvuldig genoemd).

Alle hulpverleners zijn op de hoogte van het bestaan van bemiddelende instanties, maar niet alle instanties zijn even bekend (tabel 1).

Tabel 1: Bekendheid en ervaring met bemiddelende instellingen/personen

Bemiddelende persoon/ instelling	Patiënten (n = 87)		Hulpverleners (n = 23)	
	bekend met	begeleid door	bekend met	contact gehad met
Eigen hulpverlener	–	22%	–	–
Projectfunctionaris RIGG	40%	14%	84%	78%
Arbeidsbureau	52%	4%	88%	9%
WSW	33%	9%	100%	26%
GMD	38%	4%	76%	26%
Passage	15%	7%	60%	35%
Bureau Detacheringen	6%	0%	32%	17%

Resultaten maatschappelijke en arbeidsvoorzieningen

Ervaringen met arbeidsrehabilitatie. Instanties vinden het moeilijk exact aan te geven hoeveel personen uit de doelgroep in een bepaalde periode zijn begeleid. Veelal weet men van de cliënt niet of er sprake is van een ‘psychiatrisch verleden’. Verder is er tussen de voorzieningen een grote overlap wat betreft personen die men begeleid heeft. Elk van de voorzieningen blijkt te weten wat de andere voorzieningen te bieden hebben. De voorzieningen (behalve het RBA) zijn op de hoogte van het bestaan van de RIGG-functionaris dagactiviteiten, en weten wat deze doet met betrekking tot arbeidsrehabilitatie. Op allerlei manieren hebben de voorzieningen met elkaar contact en vinden onderlinge doorverwijzing en doorstroming van patiënten plaats. Patiënten doorlopen niet één duidelijke route. De te bewandelen (zij)paden blijken niet alleen afhankelijk van het eigen initiatief en specifieke arbeidswensen en -mogelijkheden van de patiënt, maar ook van de voorkeuren van behandelaren, van plaatsingsmogelijkheden en van wettelijke regelingen.

Knelpunten. Door de zeven voorzieningen worden diverse knelpunten in het arbeidsrehabilitatieproces ervaren. In de context van dit artikel kunnen deze slechts kort genoemd worden:

- de problematiek van de (ex-)psychiatrische patiënt;
- de begripvolle en patiëntvriendelijke begeleiding vanuit de GGZ wordt als contrasterend met de zakelijke arbeidsomgeving ervaren;
- knelpunten met betrekking tot de capaciteit en de produktiviteitseisen van de Sociale Werkvoorziening;
- tussen zorg en werk wordt een kloof ervaren door gebrek aan laagdrempelige werkervaringsprojecten en gerichte training ter voorbereiding op het arbeidsproces;
- knelpunten in de afstemming tussen voorzieningen;
- gebrek aan arbeidsplaatsen in de reguliere bedrijven en instellingen. *Resultaten bedrijven/instellingen*

Ervaring met arbeidsrehabilitatie. Vier van de 12 organisaties weten niet dat er instanties zijn die kunnen bemiddelen bij het krijgen van werk voor (ex-)psychiatrische patiënten. Alle kennen zij het RBA en de sociale werkvoorzieningen, vier zijn bekend met de GMD, twee met Bureau Passage en één met Stichting Balans. Geen van de organisaties is bekend met de RIGG-functionaris dagactiviteiten.

Knelpunten. Geen van de organisaties heeft (ex-)psychiatrische patiënten iets te bieden in de vorm van werkervaring, training of begeleiding. Ook wordt opgemerkt dat er onvoldoende informatie-uitwisseling is tussen GGZ en bedrijfsleven. Men heeft niet de indruk te kunnen rekenen op begeleiding op de werkplek vanuit de hulpverlening, en schat in dat hier veel tijd in geïnvesteerd moet worden. Ten slotte wordt gewezen op het beperkte aantal arbeidsplaatsen dat beschikbaar is - ook voor de 'gezonde' werknemer - en op het feit dat bij herintredende WAO'ers voorrang wordt verleend aan ex-werknemers van de eigen organisatie. De WAO-malusregeling wordt als belemmerende factor genoemd.

Resultaten Beoordelingsschaal Arbeidsvaardigheden (BAV)

Een vergelijking van de gemiddelden op de vier schalen van de BAV voor de verschillende onderzoeksgroepen wijst uit dat er de volgende significante verschillen zijn met betrekking tot de schalen 'basisvaardigheden', 'discipline' en 'tolerantie' ($p < .05$). Patiënten schatten hun basisvaardigheden, discipline en tolerantie hoger in dan hulpverleners (wat betreft sociale vaardigheden is de inschatting gelijk). Het niveau dat bedrijven eisen wat betreft basisvaardigheden en discipline, wijkt niet af van het niveau zoals ingeschat door patiënten zelf, is echter wel hoger dan het ingeschatte niveau volgens hulpverleners. Bedrijven verschillen van patiënten en hulpverleners in de inschatting van tolerantie; zij stellen in dit opzicht hogere eisen dan het niveau waarover patiënten naar hun eigen mening en volgens de hulpverleners beschikken.

De inschattingen van patiënten en hulpverleners correleren op elk van de vier schalen significant positief ($p < .01$). Met andere woorden: op punten waarop de patiënt de eigen vaardigheden relatief hoger dan wel lager inschat, doet de hulpverlener dit ook.

De samenhang tussen de arbeidsvaardigheden van de patiënt en diens werkmotivatie is nader bekeken. Er blijkt een significante positieve correlatie ($.33$; $p < .01$) te bestaan tussen de arbeidsmotivatie van de patiënt en de totale score op de BAV: een hogere arbeidsvaardigheid gaat samen met een hoge motivatie.

Conclusie

Nu de knelpunten in het rehabilitatieproces vanuit het perspectief van de afzonderlijke groepen zijn weergegeven, kunnen ze worden samengevoegd als weergegeven in tabel 2.

Mogelijkheden en beperkingen van de patiënt - Allereerst moeten we opmerken dat er sprake is van een geselecteerde onderzoeksgroep. Het lijkt aannemelijk dat dit patiënten zijn voor wie werken belangrijker en beter mogelijk is dan voor degenen die niet hebben willen of kunnen deelnemen. De volgende opmerkingen zijn daarom niet generaliseerbaar naar de gehele doelgroep.

In dit onderzoek zijn patiënten betrokken van wie 'instabiliteit', naast langdurige en ingrijpende problematiek (wisselende prestaties, en af en toe decompensatie), een gemeenschappelijk kenmerk lijkt te zijn. Een hogere opleiding en meer werkervaring blijken de kans op het vinden van werk na een psychiatrische geschiedenis niet te verhogen.

De arbeidsvaardigheden waarover patiënten zelf menen te beschikken, wijken nauwelijks af van het vaardighedenprofiel dat door maatschappelijke en arbeidsvoorzieningen, alsook door bedrijven en instellingen, geëist wordt. Patiënten zijn in dit opzicht wel optimistischer dan hulpverleners.

Motivatie van de patiënt - Hier lijkt geen sprake te zijn van een knelpunt. Men is veelal sterk gemotiveerd om aan de slag te gaan, zowel naar eigen oordeel als naar de mening van de hulpverleners.

Bekendheid met maatschappelijke en arbeidsvoorzieningen - Minder dan de helft van de patiëntengroep is goed op de hoogte van het bestaan van bemiddelende instellingen/personen. Het meest bekend is het Arbeidsbureau, terwijl deze instelling de (ex-)psychiatrische patiënt nauwelijks iets te bieden heeft. Ook bij de bedrijven en instellingen is men niet goed bekend met de diverse voorzieningen. De meeste hulpverleners zijn redelijk op de hoogte van de bemiddelingsmogelijkheden.

Aandacht voor arbeidsrehabilitatie en kans op succes - Hoewel een selectie criterium van de patiëntengroep was dat zij in aanmerking zouden komen voor arbeidsrehabilitatie, is bij slechts één op de drie patiënten daadwerkelijk gezocht naar werk, en bij de helft van hen met succes. Het lijkt er dus op dat de hulpverlening te weinig op arbeidsrehabilitatie is gericht, maar dat er, wanneer actief gezocht wordt, een gerede kans op een arbeidsplaats bestaat. Van de patiënten uit de onderzoeksgroep is het 29% binnen anderhalf jaar gelukt om werk te vinden. De vraag rijst in hoeverre er andere predictoren zijn van succesvolle arbeidsrehabilitatie dan de factoren die onderzocht zijn. Nader onderzoek zou kunnen uitwijzen in hoeverre ex-patiënten zich een betere kans op de arbeidsmarkt creëren door bijvoorbeeld hun GGZ-verleden te verzwijgen.

Tabel 2: Conclusie onderzoeks-deelvragen per onderzoeksgroep

Onderzoeksgroep	Onderzoeks-deelvragen	Conclusie
1. Patiënten	– Heeft de patiënt voldoende capaciteiten? – Is de arbeidsbereidheid/-motivatie voldoende? – Worden de patiënt voldoende mogelijkheden geboden in de vorm van scholing, arbeidstraining en specifieke begeleiding?	– Zeer verschillend per patiënt; naar eigen oordeel voldoende capaciteiten – Onderzoeksgroep in meerderheid hoog gemotiveerd – Grote behoefte aan gerichte voorbereiding, arbeidstraining en ondersteuning op de werkplek
2. Hulpverleners	– Is de hulpverlening in voldoende mate gericht op arbeidsrehabilitatie? – Zijn er voldoende mogelijkheden (tijd, deskundigheid) voor specifieke begeleiding? – Is er voldoende kennis van de mogelijkheden die de patiënt kunnen worden aangereikt en worden deze voldoende laagdrempelig aangeboden?	– Te weinig aandacht voor arbeidsrehabilitatie in verhouding tot de wensen en mogelijkheden van de patiënt – Te weinig specifieke begeleiding naar werk – Onvoldoende kennis van de bemiddelingsmogelijkheden; veel afhankelijk van eigen initiatief patiënt
3. Maatschappelijke en arbeidsvoorzieningen	– Is er voldoende bekendheid met psychiatrische problematiek? – Zijn de voorzieningen toegankelijk genoeg? – Kunnen er voldoende mogelijkheden worden geboden; is er voldoende capaciteit? – Welke ondersteuning is wenselijk vanuit de GGZ?	– In Sociale Werkvoorzieningverband en bij Arbeidsbureaus onvoldoende deskundigheid; overige instanties wel voldoende deskundig – Toegankelijkheid voldoende; veel afhankelijk van initiatief patiënt en hulpverlener – Capaciteit sociale werkvoorzieningen en werkervaringsprojecten beperkt; mogelijkheden voor bemiddeling voldoende; coördinatie en afstemming ontbreken – Deskundigheidsbevordering, counseling en begeleiding werkpleiding wenselijk
4. Reguliere bedrijven en instellingen	– Is men bereid een bijdrage te leveren? – Is men bekend met de specifieke problematiek? – Zijn er voldoende financiële middelen om arbeidsplaatsen te creëren? – Zijn er voldoende mogelijkheden voor begeleiding op de werkplek?	– Onvoldoende bereidheid arbeidsplaatsen te creëren – Onvoldoende bekendheid met de problematiek – Beperkte middelen en onvoldoende kennis van wettelijke faciliteiten – Onvoldoende deskundigheid voor begeleiding

Arbeidsrehabilitatie ontvangt vanuit de reguliere bedrijven en instellingen nauwelijks aandacht. Slechts weinig organisaties bleken bereid aan het onderzoek deel te nemen, en van de organisaties die wel deelnamen bleek de meerderheid nog nooit met de doelgroep in aanraking te zijn gekomen. Over het algemeen geeft men de voorkeur aan arbeidskrachten die geheel arbeidsgeschikt zijn en die dat ook

altijd zijn geweest. Men is bevreesd voor financiële risico's en niet op de hoogte van wettelijke mogelijkheden.

Onderlinge afstemming GGZ en bemiddelende instanties - De afstemming tussen maatschappelijke en arbeidsvoorzieningen onderling en met de GGZ-instellingen dient verbeterd te worden. Het moet duidelijk zijn welke instantie welk gedeelte van het rehabilitatieproces voor haar rekening neemt (zie de deeltaken die onderscheiden worden door Van Weeghel en Zeelen 1990).

Vorbereiding op en begeleiding in de arbeidssituatie - Zowel de GGZ als de maatschappelijke en arbeidsvoorzieningen schieten op dit moment te kort in de voorbereiding van patiënten op het arbeidsproces. De mogelijkheden om laagdrempelig werkervaring op te doen zijn beperkt. Gerichte training ter voorbereiding van werk in SW-verband wordt als zeer wenselijk gezien; werkvoorzieningen zelf zijn echter op dit moment onvoldoende bemiddeld om hieraan invulling te geven. Wanneer patiënten zich eenmaal in een arbeidssituatie bevinden, ontbreekt het veelal aan deskundige begeleiding. Dit geldt voor de reguliere werksituatie, alsook voor het werken in SW-verband. Vanuit de GGZ wordt er niet of nauwelijks ondersteuning geboden in de begeleiding op de werkplek.

De bevindingen uit dit onderzoek ondersteunen het belang van een geïntegreerde benadering van arbeidsrehabilitatie. In Nederland wordt sinds kort een begin gemaakt met de methodiek van 'supported employment' (Ketelaars en Van Weeghel 1993). Hierbij wordt begeleiding op de werkvloer verkozen boven langdurige trainingsprogramma's vooraf, een accentverschuiving die wij van harte ondersteunen. We mogen echter niet uit het oog verliezen dat iedere methodiek staat of valt met de betrokkenheid en inzet van de professionals. Beperken we ons tot de GGZ, dan vraagt succesvolle arbeidsrehabilitatie om een meer pro-actieve opstelling van hulpverleners dan uit dit onderzoek blijkt.

De literatuurlijst is op verzoek bij de eerste auteur verkrijgbaar

Summary: The local process of psychiatric rehabilitation

In this study the problems in the process of psychiatric rehabilitation are analysed. A survey was taken in a Dutch district, using chronic psychiatric patients, their assistants, labour organisations and organisations mediating between patients and work. These four parties involved in the labour rehabilitation process were asked about their opinions, experiences and expectations concerning work for psychiatric patients.

The results show that patients are highly motivated to work and that most have extensive work experience. Patients judge their working skills to be at a higher level than their assistants report, and almost as high as work organisations require. A large group (29%) succeeds in finding a paid or unpaid job within a period of eighteen months: about one third of these patients report they owe their job to their own efforts. Beyond mental health care institutions there is insufficient knowledge of the problems with which chronic psychiatric patients have to cope. Mediating organisations and mental health care institutions are insufficiently aware of each others services concerning work rehabilitation.

It is recommended that more attention be given to work in mental health care settings. This should be a part of the care program and should include preparation for work and job-coaching.

De auteurs zijn respectievelijk arbeids- en organisatiepsycholoog (tolvicsbureau ABC/OPES en sectie Psychologie van Arbeid en Organisatie, KU Nijmegen), psychiater (RIAGG 's-Hertogenbosch) en psycholoog/methodoloog (ABC/OPES). Correspondentieadres: ABC/OPES bv, Zutphensestraatweg 17, 6881 WN Velp, tel. 026-3610305, fax 026-3640801.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 23-6-1995.