



# Commitment verzilveren

‘Elke maatschappelijk organisatie heeft deels met de doelgroep te maken, geen enkele maatschappelijke organisatie met de doelgroep als geheel’

Uitgave van de Regionale Werkgroep Transitie:  
Maatschappelijke organisatie in de regio  
Noord-Holland-Noord (stakeholders)

Mei 2010 – versie 2

## Voorwoord

Deze brochure beschrijft de maatschappelijke baten die gerealiseerd worden als verschillende organisaties hun krachten bundelen ten behoeve van mensen met een ernstig psychiatrische aandoening. Wat betreft de regio Noord-Holland-Noord (West-Friesland, Kop van Noord-Holland en Noord-Kennemerland) gaat het om een groep van ongeveer tweeduizend mensen. Deze groep bestaat uit individuen die mét de juiste ondersteuning in staat zijn (weer) hun plaats in de maatschappij in te nemen.

De insteek van de brochure is een bedrijfsmatige, waarbij we uiteraard de mensen om wie het gaat niet uit het oog verliezen: deze dienen er beter van te worden. Het doel is om gemeenten, zorgverzekeraars, welzijnsinstellingen, thuiszorg, UWV, re-integratiebedrijven, GGD, woningbouwcorporaties, politie en andere samenwerkingspartners te informeren over de FACT-werkwijze<sup>1</sup> en de hiermee behaalde resultaten in GGZ Noord-Holland-Noord. We geven aan welke maatschappelijk baten behaald kunnen worden door de krachten te bundelen.

Verschillende maatschappelijke organisaties (stakeholders) in Noord-Holland-Noord vormen de Regionale Werkgroep Transitie Noord-Holland-Noord. In deze werkgroep is commitment uitgesproken om gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen ten behoeve van de groep mensen met een ernstig psychiatrische aandoening. Dit heeft geresulteerd in een projectplan 'Commitment verzilveren'. Deze brochure is uitgegeven door en namens deze stakeholders.

Namens de regionale werkgroep Transitie Noord-Holland-Noord,  
Nico Plug, voorzitter en directeur GGD Hollands Noorden.

---

<sup>1</sup> In hoofdstuk 4 wordt de FACT-werkwijze toegelicht.

Vanaf juni 2009 bestaat de regionale werkgroep Transitie Noord-Holland-Noord.

Deelnemers in deze regionale werkgroep zijn:

- GGD Hollands Noorden
- UWV
- WNK (Werkvoorziening Noord-Kennemerland)
- Gemeenten Den Helder, Alkmaar, Hoorn, Heerhugowaard
- UVIT
- Zorgkantoor Noord-Holland noord
- VNO-NCW
- GGZ Noord-Holland-Noord
- RCO De Hoofdzaak
- CIZ

Vanaf voorjaar 2010 nemen ook Kern8 en de cliëntenraad divisie langdurende psychiatrie van GGZ Noord-Holland-Noord deel aan de werkgroep.

Deze brochure is geschreven op basis van materiaal dat is verzameld in een Maatschappelijke Businesscase (mBc). Deze mBc is geschreven in het kader van het landelijk Transitieprogramma in de Langdurende Zorg (Duurzaam Beter) en verschenen in 2009. Voor meer informatie over dit programma zie [www.tplz.nl](http://www.tplz.nl).

Met dank aan ieder die een bijdrage heeft geleverd bij het tot stand komen van deze uitgave.

Redactie: Marja Maarse

Voor reacties of vragen op deze uitgave kunt u zich wenden tot: [dir.secr.langdurende.psychiatrie@ggz-nhn.nl](mailto:dir.secr.langdurende.psychiatrie@ggz-nhn.nl) of 072 5357501/502.

Vormgeving en druk: Drukkerij de Dijk, Heiloo.

## Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
2. Wie is de doelgroep?	5
3. Wat zijn de behoeften van de doelgroep?	7
4. Wat biedt GGZ Noord-Holland-Noord?	8
4.1 FACT-wijkteams in Noord-Holland-Noord	9
4.2 Bekostiging	10
4.3 GGZ NHN vergeleken met het landelijk gemiddelde	11
5. Wat levert de FACT-methode op?	12
5.1 Extramuralisering: zo lang mogelijk thuis behandelen	12
5.2 Meer cliënten in beeld: continuïteit van behandeling en begeleiding	13
5.3 Aandacht voor herstel: maatschappelijke participatie	13
5.4 Sociale contacten en ontmoeting	14
5.5 Familie en betrokkenen	14
5.6 Dagbesteding	15
5.7 Betaald werk	15
5.8 Meer zelfstandigheid	16
5.9 Samenvatting	16
6. Conclusie	18
Literatuurlijst	19
Bijlage: de resultaten van IPS voor eind 2009	19

## **1. Inleiding**

Mensen met een psychische stoornis zijn geen zeldzaamheid in Nederland. Vaak zijn deze stoornissen goed te behandelen en ondervinden de mensen met deze stoornissen er geen last van in het dagelijks leven. Er is echter een groep mensen in Nederland met een ernstig psychiatrische aandoening. Zij kunnen zonder langdurige ondersteuning en behandeling niet (goed) functioneren in de maatschappij. In ons land gaat het dan om een groep van ongeveer 160.000 mensen die niet alleen last hebben van hun ziekte op zich, maar ook van de gevolgen ervan. Zo is het voor hen moeilijker om te werken en zelfstandig te wonen. Ook is het moeilijker om sociale contacten en relaties op te bouwen, waardoor veel van hen in een sociaal isolement verkeren. Daarnaast hebben ze te maken met stigmatisering.

GGZ Noord-Holland-Noord heeft de afgelopen jaren een organisatiemodel ontwikkeld ten behoeve van deze kwetsbare burgers. Dit model kent vier kernactiviteiten, deze zijn intensieve behandeling, ondersteuning in het dagelijks leven en bij 'herstel', hulp bij (dreigende) crisissituaties en bemoeizorg bij zorgmijndend gedrag.

Naast 'cliënt'<sup>2</sup> zijn deze mensen ook 'burger'. Ze hebben net als andere burgers behoefte aan meedoen, gezondheid, wonen, relaties, werken, dagbesteding en zingeving. In tegenstelling tot wat men vroeger dacht, kan de ggz dit hele scala nooit alleen bieden. Hiervoor is samenwerking met alle maatschappelijke partners in de regio noodzakelijk: ieder op zijn eigen terrein kan bijdragen aan verbetering van de situatie van deze groep mensen. Door het stapelen van deskundigheden en het samenvoegen van bestaande budgetten, kunnen deze organisaties samen méér voor ze betekenen. Verschillende organisaties hebben met (de problemen van) de doelgroep te maken, of zoals in de titel van deze brochure staat: 'iedere stakeholder heeft deels met de doelgroep te maken, geen enkele stakeholder met de doelgroep als geheel'.

In hoofdstuk 2 wordt allereerst de doelgroep beschreven. Wie zijn de mensen waar het om gaat? Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de behoefte van deze doelgroep omschreven. Wat hebben deze mensen nodig? Hierna wordt in hoofdstuk 4 beschreven wat GGZ Noord-Holland-Noord haar cliënten te bieden heeft. In dit hoofdstuk wordt de FACT-werkwijze, waar het allemaal om draait, besproken. In hoofdstuk 5 worden de voordelen van deze werkwijze op een rij gezet. Wat levert deze manier van dienst verlenen op voor cliënt en maatschappij? Tot slot wordt in hoofdstuk 6 de conclusie ten aanzien van de FACT-werkwijze gegeven.

## **2. Wie is de doelgroep?**

De doelgroep van GGZ Noord-Holland-Noord bestaat uit mensen met een ernstig psychiatrische aandoening in de regio's West-Friesland, Kop van Noord-Holland en Noord-Kennemerland. Het ziekteverloop van deze doelgroep is voor iedereen weer anders. Sommigen hebben een opname nodig, maar de meesten verblijven buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Bij sommige mensen zijn de klachten zo hevig, dat een beschermde woonomgeving op de lange termijn nodig is. Steeds gaat alle aandacht uit naar het verminderen van en omgaan met deze klachten. Bij anderen wisselen stabielere perioden zich af met perioden waarin klachten sterker aanwezig zijn. In de stabielere perioden is er ruimte voor het leren omgaan met de ziekte en de

---

<sup>2</sup> In de ggz worden de termen 'cliënt' en 'patiënt' door elkaar gebruikt. In deze brochure hanteren we de term 'cliënt'.

beperkingen die deze met zich meebrengt. In de perioden met meer klachten is intensivering van zorg of een opname nodig.

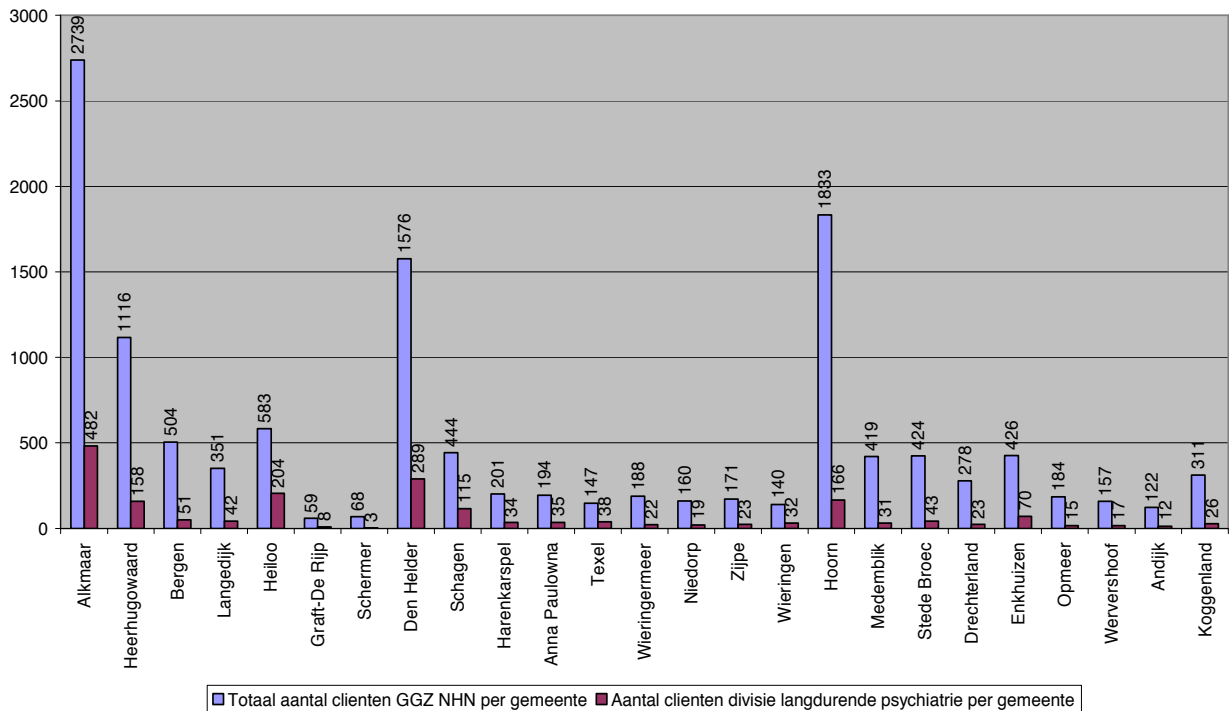
Voor een groot gedeelte van deze mensen geldt dat ze zonder adequate behandeling, zorg en maatschappelijke ondersteuning een leven leiden zonder werk, met weinig sociale contacten en met grote problemen op het gebied van financiën en huisvesting. Zo'n twintig procent van deze cliënten is blijvend aangewezen op opname in een psychiatrisch ziekenhuis of beschermende woonwoning. Een ander deel van hen is sterk gemarginaliseerd, soms door bijkomende problemen met middelengebruik, of komt in het justitiële kanaal.

Voor Noord-Holland-Noord gelden de volgende cijfers: circa 2.000 mensen met een ernstig psychiatrische aandoening zijn in behandeling bij de divisie langdurende psychiatrie. Hiervan heeft ongeveer zestig procent de diagnose schizofrenie/psychotische stoornis, zo'n tien procent heeft een manisch-depressieve stoornis, circa tien procent heeft een persoonlijkheidsstoornis en de overige twintig procent heeft een andere psychiatrische stoornis.

*Lucas (32): 'Toen ik 20 was, heb ik mijn eerste korte psychose gehad. Met veel pijn en moeite heb ik mijn opleiding aan de mts afgerond. Daarna ging het mis. Ik kwam nergens meer aan toe en bleef zo lang mogelijk in bed liggen. Mijn ouders zeiden dat ik op zoek moest naar werk, maar dat ging niet. Na enige tijd kwam ik in contact met de ggz. Daar hebben ze me geholpen. Nu woon ik zelfstandig. Gemakkelijk is dat niet, want ik heb structuur nodig. Ze komen regelmatig langs. Het is belangrijk dat ik mijn medicatie blijf nemen'.*

De figuur op pg 6 geeft per gemeente zowel het totaal aantal cliënten dat staat ingeschreven bij GGZ Noord-Holland-Noord als het aantal cliënten dat staat ingeschreven bij de divisie langdurende psychiatrie weer. Deze laatste groep betreft cliënten met een ernstige en langdurende psychiatrische stoornis, die gepaard kan gaan met problemen als verslaving en een persoonlijkheidsstoornis. Deze specifieke groep mensen is de doelgroep die hulpverlening vanuit een FACT-wijkteam ontvangt.

Aantal cliënten GGZ NHN per gemeente (april 2010)



Ook cliënten in andere divisies van GGZ Noord-Holland-Noord kunnen op meerdere terreinen problemen ervaren en zijn dus gebaat met een ketenaanpak, waarbij er samengewerkt wordt met verschillende maatschappelijke organisaties. Er wordt momenteel door GGZ Noord-Holland-Noord onderzoek gedaan naar de mate waarin hulpverleners activiteiten ten behoeve van cliënten verrichten die liggen op het terrein van de WMO.

### 3. Wat zijn de behoeften van de doelgroep?

In de traditionele manier van langdurende zorg werden relatief veel middelen besteed aan cliënten die in een psychiatrisch ziekenhuis waren opgenomen: men reageerde op crisis, werkte soms met drang en dwang naar opname toe en ten tijde van de opname was er veel integrale zorg (psychiatrisch, somatisch, verpleegkundig). Er was weinig focus op toekomstig maatschappelijk functioneren.

Steeds meer komt het besef dat deze groep mensen op deze manier niet de beste zorg en begeleiding krijgt. Het begrip ‘herstel’ verduidelijkt wat méér nodig is. Vanuit een herstelgerichte visie hebben mensen met een psychiatrische aandoening niet alleen behandeling nodig, maar ook behoefte aan begeleiding bij deelname aan de maatschappij en, als het nodig is, aan intensieve zorg in crisissituaties. Ze hebben dus op grond van hun ziekteverloop wisselende behoeften.

Ondersteuning op deze terreinen kan worden geboden door verschillende maatschappelijke organisaties. Op een aantal terreinen in de regio Noord-Holland-Noord werkt GGZ Noord-Holland-Noord al intensief samen, bijvoorbeeld met WNK Bedrijven (Werkvoorziening Noord-Kennemerland) als het gaat om re-integratie, met

woningbouwverenigingen als het gaat om huisvesting en met de teams Vangnet & Advies van de GGD als het gaat om zorgmijders.

#### 4. Wat biedt GGZ Noord-Holland-Noord?

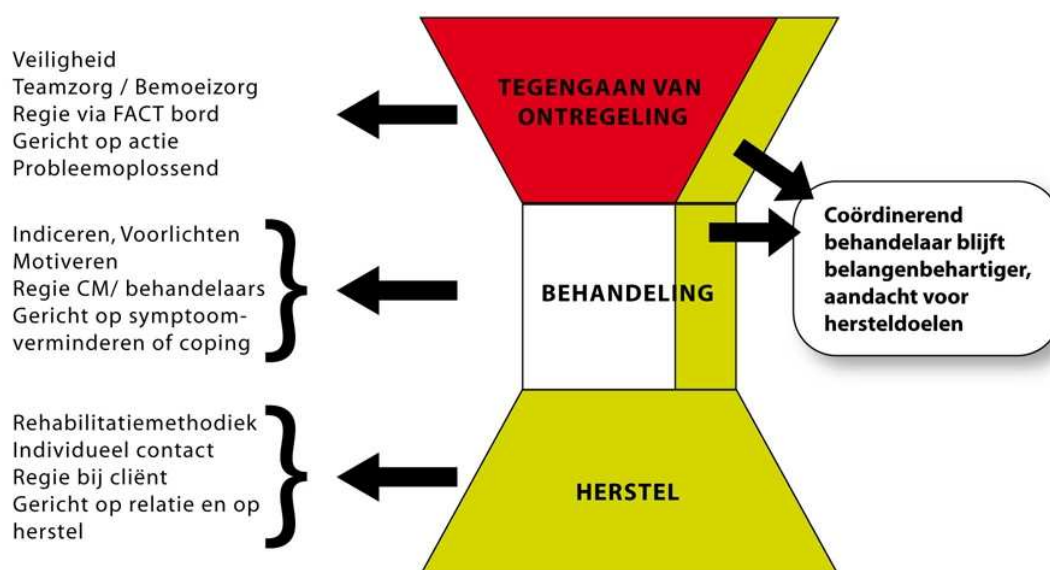
GGZ Noord-Holland-Noord biedt haar cliënten hulp door middel van de zogenaamde FACT-methode. FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment. Dit model is ontwikkeld door GGZ Noord-Holland-Noord en wordt inmiddels in Nederland door meer instellingen omarmd<sup>3</sup>. Met behulp van de FACT-methode wordt aan een brede groep mensen met een ernstig psychiatrische aandoening zorg én behandeling in de eigen omgeving verleend. Hierdoor kunnen ook ernstig ontregelde psychiatrische cliënten zelfstandig in de wijk wonen.

Het doel van de FACT-methode is het leveren van hoogwaardige behandeling en begeleiding, wat cliënten ondersteunt in hun herstelproces. De hulp- en ondersteuningsvragen van cliënten zijn hierbij het uitgangspunt. Het behandel aanbod sluit aan bij het gewone leven en richt zich, naast de vermindering van psychische klachten, op wonen, werken, leren, vrijetijdsbesteding, sociale en intieme relaties en het familieleven.

Door behandeling van een cliënt vanuit een FACT-team zijn een drietal typen interventies te onderscheiden: behandeling, rehabilitatie en herstel, en intensivering van zorg bij ontregeling/crississituaties. Afhankelijk van het stadium waarin de cliënt zich bevindt en de benodigde intensiteit, wordt hulp door de individuele hulpverlener of zonedig door het hele team geboden.

Deze drie type interventies volgen elkaar niet chronologisch op, maar kunnen samengaan of elkaar gedeeltelijk afwisselen. Elk stadium vraagt andere activiteiten en een andere houding van de hulpverlener. Het model geeft de benodigde activiteiten in de verschillende stadia weer.

#### *Het drie-processenmodel*



<sup>3</sup> Voor meer achtergrondinformatie, zie Handboek FACT (Van Veldhuizen e.a., 2008).



In het stadium 'behandeling' wordt er behandeling geboden volgens de multidisciplinaire richtlijnen<sup>4</sup>. In het stadium 'rehabilitatie en herstel' wordt door hulpverleners zo goed mogelijk ondersteuning geboden bij het herstelproces. Deze ondersteuning is erop gericht de cliënten met behulp van maatschappelijke en/of individuele steunsystemen weer succesvol te kunnen laten meedoen in de maatschappij. In het stadium 'intensivering van zorg bij ontregeling/crisissituaties' wordt door opschaling van de ambulante hulpverlening voorkomen dat mensen in een ernstigere crisissituatie belanden en al of niet tijdelijk in een psychiatrisch ziekenhuis moeten worden opgenomen. In dit stadium wordt de cliënt zolang als nodig intensief door alle leden van het FACT-team bezocht en begeleid. Dit kan gaan om vier tot vijf contactmomenten per dag, uitgevoerd door wisselende hulpverleners.

Een ander doel van de FACT-methode is bemoeizorg te bieden aan mensen waarvan vermoed wordt dat ze een ernstig psychische stoornis hebben, maar die zelf (nog) geen hulpvraag hebben. Dit gebeurt door actief in te gaan op signalen uit de omgeving, zoals politie, gemeenten, woningcorporaties, het vangnet en adviesteam (onderdeel van de GGD) en door mensen thuis of elders (maatschappelijke opvang, winkelcentrum, park, etc.) te bezoeken en hen te verleiden tot contact. Bij het bieden van deze bemoeizorg staat het principe 'zoeken, vinden, binden' centraal.

#### **4.1 FACT-wijkteams in GGZ Noord-Holland-Noord**

De hulpverlening via de FACT-methode wordt geboden door de gecertificeerde FACT-wijkteams. In het hele werkgebied van GGZ Noord-Holland-Noord zijn er twaalf FACT-wijkteams. Elk team richt zich in een bepaalde wijk op zo'n op 160 tot 200 cliënten met een ernstig psychiatrische aandoening. Het zijn brede, multidisciplinaire teams, bestaande uit 10-11 FTE. De volgende disciplines zijn in deze teams vertegenwoordigd: meewerkend voorman, psychiater, casemanager (onder andere met verslavingsdeskundigheid), psycholoog, ervaringsdeskundige, trajectbegeleider Individual Placement and Support (IPS) en soms een sociaal-juridisch dienstverlener of een ergotherapeut.

Deze FACT-wijkteams werken binnen de divisie langdurende psychiatrie van GGZ Noord-Holland-Noord intensief samen met andere onderdelen van de organisatie om de ondersteuning zo volledig mogelijk te kunnen bieden. Zo is er de samenwerking met de opnamekliniek, indien een cliënt toch tijdelijk opgenomen moet worden. Opname en ontslag kan alleen gebeuren in afstemming tussen cliënt, kliniek, wijkteam en familie en betrokkenen. Een vergelijkbare samenwerking is er met de dubbele-diagnosekliniek, bedoeld voor mensen die een psychiatrische diagnose en een verslaving hebben. Daarnaast is er veel aandacht voor dagbesteding en arbeid.

Samenwerking vanuit de FACT-wijkteams is er ook met andere organisaties, zoals gemeenten, thuiszorg, politie, welzijnsorganisaties, UWV, GGD en woningbouwcorporaties.

---

<sup>4</sup> GGZrichtlijnen.nl is een uitgave van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos-instituut. Copyright 2010 GGZ-richtlijnen.nl, [ggzrichtlijnen@trimbos.nl](mailto:ggzrichtlijnen@trimbos.nl).

Jose (42): 'Ik weet sinds mijn 26<sup>e</sup> dat ik lijd aan een manisch depressieve stoornis. In het verleden heb ik een aantal manische en depressieve periodes gehad en ik ben toen ook onder dwang opgenomen geweest. Nu gebruik ik lithium. Ik ga drie keer in de week naar het activiteitencentrum. Dat vind ik leuk: ik heb er aardige kennissen en ik onderhoud met een paar anderen de website van de AC's. Samen met mijn behandelaar heb ik een plan gemaakt zodat ik weet wat ik moet doen als het weer mis gaat. Mijn familie ziet dat al eerder aankomen dan ik: ze zeggen dan dat ik te vrolijk word en te weinig slaap. Drie maanden geleden is dat nog gebeurd, ik had ruzie met mijn burens en met anderen in de straat. Ik was gestopt met de lithium. Ze kwamen van het wijkteam toen bijna iedere dag langs, thuis of op het AC. Gelukkig is het niet uit de hand gelopen. Ze hebben me geholpen met mijn problemen en ik ben de medicijnen weer gaan slikken'.

#### 4.2 Bekostiging

De ggz wordt gefinancierd vanuit drie wettelijke stelsels: de zorgverzekeringswet, de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning). Het budget van de divisie langdurende psychiatrie (2010) van GGZ Noord-Holland-Noord bedraagt 34,6 miljoen euro. Uit de zorgverzekeringswet wordt zo'n 16,6 miljoen betaald, uit de AWBZ ruim 17,7 miljoen. De bijdrage uit de WMO is 0,8% van het budget van GGZ Noord-Holland-Noord.

Vanuit de overheid hebben de afgelopen periode een aantal veranderingen in de zorg plaatsgevonden. Zo is een eigen bijdrage ingevoerd voor het gebruik van een AWBZ-voorziening. De hoogte van de eigen bijdrage hangt af van het inkomen. Verder is de AWBZ versoerd. De functies Activerende Begeleiding (AB) en Ondersteunende Begeleiding (OB) zijn uit de AWBZ verdwenen. Hiervoor is een nieuwe vorm van AWBZ-zorg in de plaats gekomen: begeleiding. Ook zijn de regels voor indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) veranderd. Hierdoor krijgt een deel (naar schatting vijftienvijf procent) van de doelgroep geen indicatie meer voor begeleiding of wordt het aantal uren begeleiding minder. Tot slot is het Zorgzwaartepakket (ZZP) ingevoerd. Door deze ZZP kan worden aangegeven welke zorg iemand ontvangt als hij niet zelfstandig woont. Hoe deze zorg er precies uitziet, wordt in een zorgovereenkomst gezet door de cliënt en de zorgverlener.

Deze manier van financiering heeft consequenties voor de samenhang in de zorg. Indien cliënten minder beroep kunnen doen op de AWBZ, dan heeft dit niet alleen gevolgen voor henzelf, maar ook voor bijvoorbeeld mantelzorgers en familie. Eind 2009 is in een landelijk onderzoek nauwkeurig beschreven voor welke problemen er een oplossing gevonden moet worden (rapport 'Cliëntenmonitor langdurige zorg' van de landelijke cliëntorganisaties, 2010). Van de mensen in deze monitor zegt ongeveer tweederde deel 'veel problemen' in hun leefsituatie te hebben. Deelnemers geven aan dat zij een beroep doen op de AWBZ, omdat ze 'zich niet kunnen redden in het dagelijks leven door de beperkingen', 'overbelasting bij mantelzorgers die veel hulp geven, willen vermijden', 'zonder hulp niet kunnen meedoen aan clubs of vrijetijdsbesteding' of 'zonder hulp niet kunnen omgaan met probleemgedrag'.

Er zijn ook andere initiatieven. In december 2009 is een convenant getekend door GGZ Nederland en Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). Hierin is vastgelegd dat beide partijen vanuit hun eigen kerncompetenties willen samenwerken aan volwaardig burgerschap voor de ggz-doelgroep. Hierbij gaat het om

het ontwikkelen van een gemeenschappelijk samenwerkingsmodel waarmee gemeenten, maatschappelijke opvang, welzijn en ggz optimaal samenwerken en daarbij zoveel mogelijk aansluiten bij wat er al is. Dit wordt gedaan vanuit een gedeelde visie op herstel, waarbij zorg en ondersteuning zo worden georganiseerd dat cliënten zelf de regie houden over hun eigen leven.

Dit sluit aan bij de negen prestatievelden van de WMO. Deze wet moet er voor zorgen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en mee kunnen doen in de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Het gaat onder meer om ondersteuning van groepen met een beperking, het bevorderen van participatie en de leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten.

In de regio Noord-Holland-Noord wordt momenteel door de ziektekostenverzekeraar, het zorgkantoor en de gemeenten onderzocht wat de mogelijkheden zijn voor een inkoopcombinatie: is het mogelijk afspraken te maken over de financiering van een keten van voorzieningen en activiteiten voor de doelgroep? Het uitgangspunt hierbij is de (zorg)behoefte van de doelgroep. De zorg overstijgt de stelsels van de WMO, AWBZ en ZVW en vraagt om een samenhangend aanbod.

#### 4.3 Regio GGZ Noord-Holland-Noord in vergelijking met het landelijk gemiddelde

In een vergelijkend onderzoek zijn de cijfers van regio GGZ Noord-Holland-Noord over 2008 vergeleken met die van het gemiddelde in Nederland (HHM, 2010). In de volgende twee tabellen staan deze bevindingen. De belangrijkste zijn dat regio GGZ Noord-Holland-Noord ten opzichte van het landelijk gemiddelde:

- meer cliënten in zorg heeft;
- goedkopere zorg levert;
- minder klinische zorg levert, vooral door minder bedden voor kortdurend verblijf;
- minder 'reguliere' ambulante zorg levert (poliklinische zorg);
- en meer 'overige' ambulante zorg levert (dagbesteding, zorg aan huis).

GGZ in Noord-Holland-Noord is meer geëxtramuraliseerd dan gemiddeld in Nederland: er worden minder cliënten opgenomen in een psychiatrische kliniek, waardoor er meer hulp buiten het ziekenhuis geboden wordt. De kosten van deze werkwijze komen per 1.000 inwoners lager uit dan de variant met meer klinische zorg. Na een correctie voor het effect van de vier grote steden wordt het verschil in kosten kleiner, maar de zorg in regio GGZ Noord-Holland-Noord is zowel per cliënt als per 1.000 inwoners goedkoper dan de zorg in vergelijkbare regio's waar meer klinische zorg wordt geboden.

	Landelijk	Regio GGZ NHN	G4	Landelijk excl. G4
Totale kosten	€ 4.700.800.000	€ 103.241.937	€ 954.262.400	€ 3.746.537.600
Kosten/1.000 inwoners	€ 286.540	€ 257.672	€ 472.907	€ 260.402
Kosten/cliënt	€ 10.107	€ 8.233	€ 11.273	€ 9.848

In deze tabel komt naar voren dat in de regio GGZ NHN minder kosten worden gemaakt dan gemiddeld in Nederland. Ook na correctie voor de vier grote steden blijft NHN iets goedkoper dan het landelijk gemiddelde. Wanneer de totale kosten uitgedrukt worden in een bedrag per cliënt, zijn de kosten de regio GGZ NHN ook het laagst.

Bron: GGZ NHN vergeleken met landelijke cijfers; peiljaar 2008, HHM 23 april 2010.

Aantal cliënten in zorg op 1 januari 2008 (excl. jeugd)	Landelijk	Regio GGZ NHN	G4	Landelijk excl. G4
Circuit volwassenen	280.800	6.764		
Circuit ouderen	39.500	2.843		
Circuit beschermd wonen	20.400	140		
Totaal	340.700	9.747	62.007	278.693
Aantal inwoners per 1-1-2008	16.405.399	400.627	2.017.864	14.387.535
Aantal cliënten (excl. jeugd) per 1.000 inwoners	20,8	24,3	30,7	19,4
Aantal volwassenen per 1.000 inwoners	17,1	16,9		
Aantal ouderen per 1.000 inwoners	2,4	7,1		
Aantal cliënten in beschermd wonen per 1.000 inwoners	1,2	0,3		

Deze tabel laat zien dat in de regio van GGZ NHN naar verhouding 3,5 cliënten meer in zorg zijn dan gemiddeld in heel Nederland. In vergelijking met Nederland exclusief de vier grote steden wordt dat verschil nog groter.

Bron: GGZ NHN vergeleken met landelijke cijfers; peiljaar 2008, HHM 23 april 2010.

## 5. Wat levert de FACT-methode op?

De FACT-methode levert een aantal voordelen op. Deze voordelen zijn kwalitatief en kwantitatief van aard en hebben zowel betrekking op de cliënten zelf als op hun omgeving. In de volgende paragrafen worden deze voordelen op een rij gezet.

### 5.1 Extramuralisering: zo lang mogelijk thuis behandelen

De FACT-wijkteams bieden ondersteuning in de eigen omgeving van de cliënt. Ook in situaties waarbij zorgintensivering nodig is, is het mogelijk om mensen met een ernstig psychiatrische aandoening intensief thuis te begeleiden. Dit leidt tot extramuralisering van de zorg; er zijn minder klinische opnames.

Voor cliënten is het erg ingrijpend om uit hun eigen omgeving gehaald en opgenomen te worden op een klinische afdeling. In de visie van GGZ Noord-Holland-Noord zijn de negatieve effecten van een opname groot: iedere opname vergroot de kans op langdurige hospitalisatie, een opname in het verleden is de grootste voorspeller voor een heropname, na opname is terugkeer in de maatschappij beladen en opname en ontslag zijn beide risicofactoren voor suicide.

De volgende tabel geeft aan dat in de regio GGZ Noord-Holland-Noord gemiddeld minder bedden worden gebruikt dan in de rest van Nederland. De afname in klinische zorg wordt gecompenseerd door meer ambulante zorg te leveren (vooral psychiatrische thuiszorg) en meer dagactiviteiten aan te bieden. Door deze extramuralisering wordt de dienstverlening goedkoper en effectiever.

Verhouding APS en BW	Landelijk			Regio GGZ NHN		
	Aantal	Percentage	Aantal/1.000 inwoners	Aantal	Percentage	Aantal/1.000 inwoners
Bedden algemene psychiatrie volwassenen en ouderen	17.855	58	1,09	319	70	0,80
Plaatsen beschermd wonen	12.742	42	0,71	136	30	0,34
Totaal	30.597	100	1,80	455	100	1,14

Deze tabel laat zien dat de regio GGZ NHN naar verhouding 36% minder bedden (kliniek plus Beschermd Wonen) ‘produceert’ dan gemiddeld in Nederland. Omdat het aantal cliënten per 1.000 inwoners in de regio GGZ NHN hoger is dan het landelijke gemiddelde, heeft deze beperkte klinische capaciteit een effect op de opnameduur. Voor de diagnosegroep schizofrenie/andere psychotische stoornissen is de gemiddelde opnameduur bij de referentiemediaan 105 dagen; bij GGZ NHN is deze 43 dagen.

Bron: GGZ NHN vergeleken met landelijke cijfers; peiljaar 2008, HHM 23 april 2010.

## 5.2 Meer cliënten in beeld: continuïteit van behandeling en begeleiding

Het aantal ingeschreven cliënten bij de divisie langdurende psychiatrie van GGZ Noord-Holland-Noord is, vergeleken met gemiddeld in Nederland, groot (HHM, 2010). GGZ Noord-Holland-Noord slaagt erin deze groep in zorg te krijgen en te houden. Samenwerking met de teams Vangnet en Advies (GGD) speelt hierbij een rol.

De doelgroep kent door de FACT-werkwijze veel minder ontregeling en terugval. Door continue ondersteuning en een grote signaleringsfunctie kan er snel worden opgeschaald naar intensievere behandeling en zorg. Dit leidt tot aanzienlijk minder maatschappelijke overlast en bijkomende kosten. Mensen die in zorg zijn, kennen minder terugval dan mensen die niet in zorg zijn. Voor mensen in zorg is een terugvalpercentage berekend van tien procent. Voor de groep die niet in zorg is, wordt uitgegaan van een terugvalpercentage van dertig procent. Dit wordt herkend in de dagelijkse praktijk in GGZ Noord-Holland-Noord. Na de invoering van het FACT-model vinden aanzienlijk minder crisisopnames plaats. Dit heeft positieve effecten op de cliënt zelf, maar ook op de omgeving.

De drop-out, het niet gepland verlaten van de hulpverlening, is in FACT-teams aanzienlijk lager dan in andere ggz-teams in het land. Registratie van GGZ Noord-Holland-Noord toont aan dat het percentage drop-out zeer laag is (minder dan vijf procent), terwijl onderzoek elders in Nederland aangeeft dat standaardzorg leidt tot meer dan twintig procent drop-out in twee jaar (Wunderink e.a., 2008).

## 5.3 Aandacht voor herstel: maatschappelijke participatie

Mensen met een ernstig psychiatrische aandoening zijn meer dan hun ziekte. Het zijn (kwetsbare) burgers die willen ‘meedoen’ in de maatschappij, op het gebied van dagbesteding, werk, sociale contacten en wonen. Herstel is gericht op participatie en het omgaan met beperkingen. Uitgegaan wordt van de doelen, wensen en vragen van cliënten. Er wordt gewerkt aan herstelgerichte oplossingen op maat. Hierbij werken GGZ Noord-Holland-Noord en RCO De Hoofdzaak samen. RCO De Hoofdzaak is een onafhankelijke cliëntenorganisatie met veel kennis en ervaring op dit gebied.

Doordat er minder ontregeling is, kan er meer aandacht worden besteed aan ondersteuning in de herstelfase. Er wordt met de cliënt besproken wat nodig is om deel uit te maken van de samenleving. Vragen die beantwoord moeten worden zijn: welke belemmeringen zijn er, hoe kunnen deze worden weggenomen, wat is hiervoor nodig, wat kunnen andere partijen betekenen en welke steunsystemen (individueel, maatschappelijk) kunnen hierbij helpen? Samenwerking met gemeenten, welzijnsorganisaties en andere maatschappelijke organisaties is hierbij nodig.

In het merendeel van de FACT-wijkteams maken ervaringsdeskundigen inmiddels deel uit van het team. Ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het herstel van cliënten door hun eigen ervaringen als (hoopvol) voorbeeld te nemen en samen met cliënten te werken.

*Peter (32) lijdt aan schizofrenie. Tijdens zijn studie rechten kreeg hij zijn eerste psychose, waarna er nog vier volgden, inclusief opnames. Sinds vier jaar is hij 'psychosevrij'. 'Om terugval te voorkomen slik ik zware medicijnen. Daardoor voel ik me vaak duf en moe. De drang om met de medicijnen te stoppen is groot, maar ik ken de gevolgen maar al te goed. Gelukkig heb ik mijn leven nu redelijk op orde. Hoewel ik door mijn ziekte volledig arbeidsongeschikt ben verklaard, betekent dat niet dat ik hele dagen zit te niksen. Integendeel. Mijn hulpverlener van de ggz heeft me geholpen om vrijwilligerswerk te gaan doen. Daar heb ik nu een aantal kennissen en vrienden die erg belangrijk voor me zijn. Sinds twee jaar woon ik ook weer zelfstandig met begeleiding.'*

#### **5.4 Sociale contacten en ontmoeting**

Het hebben van een psychiatrische aandoening heeft vaak effect op de sociale contacten die iemand heeft. Cliënten zijn vaak (nog) niet in staat om zelf contacten te leggen of te onderhouden. Door het inzetten van vrijwilligers die fungeren als een 'maatje', kan het sociale isolement doorbroken en het sociale netwerk versterkt worden. Hierbij wordt samengewerkt met Humanitas en gemeenten.

Ieder Activiteitscentrum (AC) heeft een inloop, hier kan men elkaar ontmoeten. Verder zijn er voorzieningen die ondersteuning bieden bij het dagelijks leven. Zo kan men een gezonde maaltijd nuttigen en gebruikmaken van wasmachine en douche.

In Alkmaar kunnen cliënten hun wensen op het gebied van wonen en zinvolle dagbesteding bespreken aan een zogenaamde netwerktafel. Tijdens deze bijeenkomsten zoeken cliënten en diverse maatschappelijke organisaties samen naar de mogelijkheden om deze wensen te realiseren. Ook wordt hij geholpen bij de uitvoering van de plannen.

Medewerkers van een FACT-wijkteam kennen de wijk waarin ze werkzaam zijn. Ook kennen ze het individuele netwerk van de cliënt. Deze kennis wordt gebruikt bij de ondersteuning van cliënten.

#### **5.5 Familie en betrokkenen**

Ook familieleden en andere betrokkenen worden bij de hulpverlening betrokken. Ze zijn van betekenis om de afstand tussen cliënt en maatschappij te overbruggen. In de driehoek van cliënt, behandelaar en familie wordt met elkaar gesproken over de manier waarop de familie de cliënt kan ondersteunen. Het contact verloopt via

vaste contactpersonen. Daarnaast krijgt de familie zelf ook ondersteuning, van het wijkteam, van familieorganisaties, een familievertrouwenspersoon en/of van een familie-ervaringsdeskundige.

## **5.6 Dagbesteding**

In GGZ Noord-Holland-Noord wordt ruim tweemaal zoveel uren dagbesteding aan cliënten geboden dan gemiddeld in Nederland (HHM, 2010). Dagbesteding maakt deel uit van de behandeling. Hierbij zijn activiteitencentra essentieel: zonder dagactiviteiten is er geen dagritme. Samen met de cliënt worden doelen vastgesteld die hij wil bereiken op het gebied van dagbesteding en arbeid. Deze doelen worden vastgelegd in een plan dat minimaal eens per drie maanden geëvalueerd wordt.

Vanuit verschillende activiteitencentra worden programma's aangeboden die gericht zijn op dagbesteding en arbeid in de regio. Er zijn creatieve, sportieve en arbeidsmatige activiteiten en er worden cursussen en activiteiten in het kader van herstel aangeboden. Hierbij wordt samengewerkt met onder andere gemeenten, RCO De Hoofdzaak, buurthuizen, wijkcentra, WNK Bedrijven, zorgboerderijen en verschillende sportclubs.

Voor deelname aan activiteiten in een AC is een indicatie vereist, afgegeven door het CIZ. Door de Pakketmaatregel en strengere AWBZ-indicatie-eisen kan een deel van de mensen met een ernstig psychiatrische aandoening geen of minder dagbesteding ontvangen. Er zal mogelijk een overheveling plaatsvinden van een deel van de functie begeleiding van de AWBZ naar de gemeente (WMO). Er zullen dus alternatieven moeten worden gevonden voor de functie begeleiding: samenwerking en afstemming zal plaats moeten vinden met andere organisaties.

## **5.7 Betaald werk**

Loonvormende arbeid leek tot voor kort voor mensen met een psychiatrische achtergrond maar beperkt haalbaar. Door de IPS-methodiek toe te voegen aan de FACT-teams, is het nu voor een deel van de doelgroep wel mogelijk om betaald werk te verrichten. IPS staat voor Individual Placement and Support en is gericht op het helpen bij het vinden en het behouden van een betaalde baan. Cliënten kunnen hierdoor weer meedraaien in de maatschappij. Betaald werk levert naast materiële beloningen (salaris, opleiding) ook immateriële beloningen, zoals waardering, erbij horen, serieus genomen worden, status, voldoening en ontwikkeling van kennis en vaardigheden<sup>5</sup>.

Cliënten die werken, hoeven geen volledig beroep meer te doen op een uitkering. Dit leidt tot kostenvermindering. De werkzaamheid van IPS is aangetoond door verschillende binnen- en buitenlandse onderzoeken (Nuechterlein e.a., 2005; Rinaldi e.a., 2005). De resultaten van IPS voor 2009 in de regio Noord-Holland-Noord zijn te vinden in de bijlage.

IPS gebeurt in nauwe samenwerking met het UWV en WNK Bedrijven, een re-integratiebedrijf in de regio Noord-Kennemerland. WNK Bedrijven is gespecialiseerd in het begeleiden van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Vanaf 2010 heeft ieder FACT-wijkteam een IPS'er, die vanuit het WNK gedetacheerd wordt.

---

<sup>5</sup> Uit de Notitie 'Werk van waarde', uitgegeven door WNK Bedrijven, GGZ Noord-Holland-Noord en Esdégé-Reigersdaal (2009).

Financiering vindt plaats door ESF-subsidies, zorginnovatiegelden en individuele re-integratiegelden. Daarnaast zijn er binnen een aantal AC's een tiental betaalde werkplekken die bedoeld zijn om werkervaring op te doen.

Cliënten kunnen vaak aan de slag bij werkgevers die maatschappelijk verantwoord ondernemen. Het aannemen van deze groep werknemers heeft gunstige gevolgen voor het imago van deze bedrijven bij klanten, leveranciers en de maatschappij.

Ellie is sinds 2002 in zorg. Langzamerhand heeft ze haar leven weer op orde. Een halfjaar geleden kwam ze in contact met Gerard, de IPS'er. 'Ik heb altijd wel iets gehad met bloemen en planten: mijn vader zat in de bollen. Nadat ik ziek ben geworden, had ik eigenlijk niet meer gedacht dat werken er nog in zou zitten. Maar nu heb ik gesolliciteerd bij Dekatuin en volgende week kan ik beginnen!'

### **5.8 Meer zelfstandigheid**

Ongeveer tachtig procent van de mensen met een ernstig psychiatrische aandoening in Noord-Holland-Noord woont zelfstandig. Dat is méér dan elders in Nederland. De aanpak van GGZ Noord-Holland-Noord leidt tot relatief minder gebruik van beschermd wonen en opnames in verblijfssetting.

Zelfstandig wonen geeft cliënten regie over hun eigen leven en dit bevordert weer hun herstel. Ondersteuning, begeleiding en behandeling worden geboden door de FACT-wijkteams. Deze kunnen flexibel inspelen op de behandelbehoefte en de zorgvraag.

Daarnaast zijn er mogelijkheden voor begeleid zelfstandig wonen en beschermd wonen (BW). Bij begeleid zelfstandig wonen heeft een cliënt een woonzorgovereenkomst met GGZ Noord-Holland-Noord waarin begeleiding, ondersteuning en behandeling zijn beschreven. De intensiteit van de behandeling kan variëren. Welke zorg en hoeveel zorg iemand nodig heeft, wordt weergegeven in een ZZP. Wonen in een BW is gericht op resocialisatie, herstel en rehabilitatie. Behandeling wordt geboden door het wijkteam, begeleiding door woonbegeleiders.

GGZ Noord-Holland-Noord bezit of huurt diverse woningen en wooncomplexen. Er wordt samengewerkt met woningcorporaties en gemeenten als het gaat om het verkrijgen van woningen voor de groep mensen met een ernstig psychiatrische aandoening. Aandachtspunt blijft 'meedoen': wonen in een wijk betekent niet vanzelfsprekend sociale integratie.

Tot slot woont een kleine groep cliënten binnen een verblijfssetting waarbij behandeling en wonen geïntegreerd is. Vanwege de ernstige handicaps van deze cliënten (gedragmatig, somatisch) wonen zij op het terrein van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis van GGZ Noord-Holland-Noord in Heiloo. Het terrein biedt de bescherming die deze groep nodig heeft.

### **5.9 Samenvatting**

In de volgende tabel worden de kwalitatieve effecten van de FACTwerkwijze schematisch op een rij gezet. Deze effecten zijn uitgesplitst naar vier verschillende groepen belanghebbenden: de direct belanghebbenden, de samenwerkende instellingen in de eerste lijn, de belanghebbenden op maatschappelijk niveau en de belanghebbenden op voorwaardenscheppend niveau.



Samenvattend schema van de effecten en maatschappelijke baten van de FACT-methode voor de verschillende groepen belanghebbenden

<b>Direct belanghebbenden</b>	<p><b>Cliënt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Naar eigen inzicht thuis leven</li> <li>• ‘meedoen’: werk, inloop, lotgenoten en dagactiviteitencentrum, buurtcontacten</li> <li>• Behandeling psychiatrie en verslaving in eigen omgeving</li> <li>• Hogere kans op remissie, lager risico op terugval</li> <li>• Gesteund in wisselende behoeften</li> <li>• Stabiliteit kan zich vertalen in beter toekomstgericht herstel en in meer financiële ruimte</li> </ul>	<p><b>Buurt en woningbouw</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliënt is gewone klant woningstichting</li> <li>• Psychiatrie en verslaving onder controle</li> <li>• FACT-team is aanspreekbaar</li> <li>• Voorkomen betaalproblemen huur, gas, etc.</li> <li>• Aandacht voor verzorging van huis/tuin</li> <li>• Betere integratie in de wijk</li> <li>• Minder overlast, betere signalering door directe samenwerking FACT en buurtmeester</li> <li>• Minder onkosten verhuurder (minder schade, verwaarlozing, etc.)</li> <li>• GGZ biedt deels buurtfunctie binnen Dagactiviteitencentrum (restaurant)</li> <li>• Minder gevoel van onveiligheid in de buurt</li> </ul>	<b>Maatschappelijk niveau</b>
	<p><b>Familie en naasten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontlast wanneer cliënt stabiel is;</li> <li>• Normaler contact met cliënt dan binnen een kliniek (als familie vs. ‘bezoek’)</li> <li>• Concretere steun bij dagelijks leven</li> <li>• Contact met de vaste contactpersoon in FACT (t.a.v. psychiatrie en verslaving), daardoor meer rust en beter signaleren</li> <li>• Betrokken bij behandeling, begeleiding en herstel van de cliënt</li> </ul>	<p><b>Politie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beter contact met FACT-wijkteam, vroege signalering van nieuwe en bestaande problemen, preventie</li> <li>• Eventueel bieden van betere bescherming</li> <li>• Minder kosten van inzet bij crises</li> <li>• Minder daklozen</li> <li>• Minder overlast en criminaliteit</li> <li>• Eventueel aanvullende begeleiding door reclassering en wijkteam</li> </ul>	
	<p><b>Buren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Door stabiliteit en aanspreekbaarheid FACT-team minder gevoel van onveiligheid of onduidelijkheid: meer gewone buurman</li> <li>• Minder overlast in de buurt en in portieken</li> <li>• Bemiddeling bij storend gedrag</li> <li>• Adviezen voor omgang met cliënt</li> <li>• Soms gebruik van restaurant AC</li> <li>• Betrokken in plaats van afwijzend</li> </ul>	<p><b>Gemeenten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder crises (minder IBS), minder overlast</li> <li>• Actieve bijdrage FACT-team in wijkoverleg en afstemming andere hulpverleners</li> <li>• Beter gevoel van veiligheid in de wijk</li> <li>• Minder criminaliteit</li> <li>• Minder werkloosheid = meer loonvormende arbeid</li> <li>• Minder daklozen</li> </ul>	
<b>Samenwerkende instellingen eerste lijn en GGZ</b>	<p><b>Huisarts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenwerking met FACT op maat</li> <li>• Heldere afspraken over (toeleiden naar) huisartsenzorg</li> <li>• Begeleiding door FACT van cliënt naar huisarts i.v.m. gedrag aldaar, of vraagverduidelijking</li> <li>• Aanspreekbaar team bij crisis of terugval van cliënt (geen nieuwe verwijzing nodig)</li> </ul>	<p><b>Gemeenten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minder kosten van uitkeringen</li> <li>• Combinatie van GGZ-inzet en WMO kunnen samen meer opleveren</li> <li>• Meer inwoners krijgen de noodzakelijke zorg</li> <li>• Minder drop-out</li> <li>• Minder uitgaven aan OGGZ, Vangnet en Advies</li> </ul>	<b>Voorwaardenschepend niveau</b>
	<p><b>WNK (werkvoorziening)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer cliënten met baan</li> <li>• Door begeleiding ter plekke met IPS ontlasting van WNK</li> <li>• Meer vertrouwen klanten</li> <li>• Stabieler werknemers</li> </ul> <p><b>Verslavingszorg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor deze specifieke groep (‘dubbele diagnoses’) is geïntegreerd aanbod beter dan heen en weer verwijzen tussen GGZ en verslavingszorg</li> </ul>	<p><b>Zorgverzekeraar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tevreden klanten (cliënt, familie, buurman, eventueel leidend tot minder zorgconsumptie)</li> <li>• Preventief en langdurend assertieve zorg voorkomt crises met bijvoorbeeld IBS, SEPH, ambulance en korte opnames</li> <li>• Somatische situatie van cliënten beter in kaart gebracht en afgestemd met huisarts: wellicht minder somatische zware consumptie</li> <li>• Duurdere extramurale DBC’s</li> <li>• Minder intramurale DBC’s</li> <li>• Getotaliseerd: minder kosten per inwoner</li> <li>• Minder uitgaven OGGZ</li> </ul>	

## **6. Conclusie**

Samenwerking met alle maatschappelijke partners in de regio is noodzakelijk om optimaal effect te bereiken: ieder op zijn eigen terrein kan bijdragen aan verbetering van de situatie van de groep ernstig psychiatrische cliënten. Verschillende organisaties hebben met (de problemen van) deze doelgroep te maken: 'iedere stakeholder heeft deels met de doelgroep te maken, geen enkele stakeholder met de doelgroep als geheel'.

De FACT-werkwijze leidt binnen de ggz tot zinnig en zuinig gebruik van middelen. De duurdere intensievere FACT-zorg die buiten het ziekenhuis wordt geboden, wordt ruim gecompenseerd door minder, zeer dure, klinische zorg. Maar de aanpak leidt ook op andere gebieden tot baten: minder overlast, minder dure en gedwongen opnames met onkosten voor politie en ambulances, meer mensen aan het werk, minder beroep op uitkeringen en meer veiligheid voor cliënt en buurt.

Deze kosten-en-batenanalyse gaat dus over meerdere terreinen. Door het stapelen van deskundigheden en het samenvoegen van bestaande budgetten, kunnen organisaties samen méér betekenen voor deze groep mensen. Hiermee gaan we in de regio Noord-Holland-Noord aan de slag.

## Literatuurlijst

HHM (2010). *GGZ NHN vergeleken met landelijke cijfers*.

Landelijke cliëntenorganisaties (2010). *Cliëntenmonitor langdurige zorg*.

Nuechterlein e.a., (2005). *Advances in improving en predicting work outcome in recent-onset schizophaeria*.

Rinaldi e.a., (2005).

Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D. & Os, J. van (red.) (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

WNK Bedrijven, GGZ NHN & Esdégé-Reigersdaal (2009). *Werk van waarde*.

Wunderink e.a., (2008). *ACT en rehabilitatie: één team of een netwerk*.

### Bijlage: de resultaten van IPS voor eind 2009

- 57 cliënten waren in een kennismakingsfase met hun IPS-trajectbegeleider. In deze fase worden informatieve gesprekken gevoerd om te kijken in hoeverre men gemotiveerd is, welke kwaliteiten de cliënt in huis heeft, waar zijn voorkeuren liggen, etc.
- 23 cliënten werden voorbereid op een plaatsing. In deze periode wordt samen met de cliënt bijvoorbeeld een IRO (Individuele Re-integratie Overeenkomst) gemaakt, dan wel worden er met de desbetreffende gemeente afspraken gemaakt over re-integreren.
- 20 cliënten zaten in de fase van acquisitie en plaatsing. Dit is een drukke tijd, omdat de IPS-trajectbegeleiders in deze fase druk bezig zijn met acquireren van de juiste werkplek voor die ene, speciale cliënt. Ook voor cliënten is het een spannende tijd als zij sollicitatiegesprekken gaan voeren.
- Aan het einde van het jaar hadden 31 cliënten een betaalde baan. Een aantal van hen kreeg zelfs twee keer een kerstpakket: één van WNK en één van de werkgever zelf.
- 29 cliënten stonden tijdelijk als niet-actief geregistreerd. Dit kan verschillende oorzaken hebben: tijdelijk opgenomen of even niet in staat om met het traject door te gaan.
- In maart 2010 hebben 34 cliënten een betaalde baan. Zij werken bijvoorbeeld bij een tuincentrum, bakkerij en schoonmaakbedrijven of als ervaringsdeskundige binnen de GGZ, keukenmedewerker, administratief medewerker, chauffeur/bezorger, postbezorger en als medewerker bij een hovenier.