

Lespakket

Jongvolwassenen met lichamelijke beperkingen: transitie naar volwassenheid en werk



Lineke Verhoef
Natascha van Schaardenburgh
Joan Verhoef
Sander Hilberink

© Oktober 2017

Colofon

Dit lespakket is tot stand gekomen door financiële steun van het Nationaal Regieorgaan Praktijkgericht Onderzoek SIA in het kader van Top-Up SPIL 02.005.

Auteurs:

Lineke Verhoef
ergotherapeut Rijndam Revalidatie, locatie Erasmus MC

Natascha van Schaardenburgh
directeur Bureau VolZin bv

Joan Verhoef
hoofddocent opleiding ergotherapie Hogeschool Rotterdam,
onderzoeker Kenniscentrum Zorginnovatie Hogeschool Rotterdam

Sander Hilberink
onderzoeker Kenniscentrum Zorginnovatie Hogeschool Rotterdam



Inhoud en doelstellingen

Dit lespakket gaat over jongeren en jongvolwassenen met een chronische aandoening in het algemeen, maar ook meer specifiek gericht op lichamelijke beperkingen, en hun proces naar volwassenheid. Het begin van hun werkzame leven neemt hierbij een centrale plaats in.

Het pakket omvat twee lessen:

- 1) Inleiding op het leven van jongeren en jongvolwassenen met een chronische aandoening
- 2) een multidisciplinair groepsprogramma om aan het werk te gaan.

Lessen duren standaard 50 minuten, maar door het aanbieden van verschillende werkvormen kan elke les met 50 minuten verlengd worden. Deze handleiding wordt aangevuld met twee PowerPointpresentaties, drie publicaties en een film.

De doelstellingen zijn als volgt:

1. Inzicht hebben in de problematiek van jongvolwassenen met chronische aandoeningen
2. Inzicht hebben in de theoretische achtergronden, inhoud en resultaten van TraJect – Aan het Werk!?
3. Inzicht hebben in de aard van multidisciplinaire arbeidstoeleiding van jongvolwassenen met lichamelijke beperkingen en de meerwaarde hiervan

Het lespakket is volgens bovenstaande doelstellingen gestructureerd. Naast tekst wordt verwezen naar verdiepende literatuur, websites en filmpjes. Ook worden per les verschillende werkvormen en opdrachten aangeboden.

Het lespakket kan vrij gebruikt worden.

Les 1. Jongvolwassenen met chronische aandoeningen: doelgroep en levensfase

1.1 Introductie

Gemiddeld waren er op 1 januari 2014 310 jongvolwassenen (15-24 jaar) met een chronische aandoening per 1.000 leeftijdsgenoten in Nederland

(<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/prevalentie#node-prevalentie-chronische-ziekte-naar-leeftijd-en-geslacht>). Hierbij is een 'chronische aandoening' gedefinieerd als een aandoening waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel. Denk hierbij bijvoorbeeld aan MS, Diabetes Mellitus, maar bijvoorbeeld ook astma, ADHD en lichamelijke beperkingen. Dankzij verbeterde medische zorg worden de meeste van deze jongeren volwassen. Hiermee ontstaat binnen de gezondheidszorg aandacht voor adequate ondersteuning van deze jongeren om de overgang te maken naar volwassenheid.

Een jongvolwassene is iemand tussen ongeveer 15 en 25 jaar oud. In deze levensfase veranderen jongeren in volwassenen. De overgang van de ene levensfase naar de volgende wordt ook wel transitie genoemd. Daar waar in de pubertijd met name de lichamelijke veranderingen en ontwikkeling op emotioneel gebied op de voorgrond staat (door onder andere rijping van het brein), gaat het in de jongvolwassen levensfase met name om het ontwikkelen van autonomie en het maken van een carrièrekeuze (ook wel adolescentiefase genoemd). Deze levensfase heeft voor jongeren grote impact: je lichaam is veranderd, sociaal en emotioneel maak je verandering door, je rondt je middelbare school af en start misschien wel met een nieuwe studie of gaat aan het werk. In deze tijd gaan veel jongvolwassenen op zichzelf wonen, krijgen voor het eerst een relatie en geven invulling aan hun leven zoals zij dat graag willen: ze kiezen zelf hobby's, een sport, vrienden et cetera. Met al deze veranderingen gaan veel verantwoordelijkheden gepaard. Het uiteindelijke doel is een zelfstandige volwassenen te worden die de regie voert over het eigen leven en deelneemt aan de maatschappij.

Doordat de medische mogelijkheden steeds beter worden, kunnen deze jongeren beter behandeld worden. Uit onderzoek blijkt echter dat jongvolwassenen met een chronische aandoening meer problemen ervaren op het gebied van autonomie en sociale participatie dan jongvolwassenen zonder deze problemen (Magill-Evans, 2001; Sattoe et al., 2014a).

1.2 Polikliniek Jongvolwassenen

Jongeren met een lichamelijke beperking die in de transitiefase zitten van jongere naar volwassene, hebben specifieke ondersteuningsbehoeften. Op de website www.opeigenbenen.nu is informatie te vinden waar jongeren zelf mee aan de slag kunnen. Voor zorgverleners is daar de Transitie Toolkit te vinden, gevuld met tal van interventies om de ondersteuning van jongeren te verbeteren, of om de zorg in deze complexe levensfase beter te organiseren en af te stemmen op de behoeften. Zo komen er steeds meer Transitiepoli's die zich gespecialiseerd hebben in de begeleiding van jongeren en jongvolwassenen. Transitiepoli's vind je onder andere binnen de epilepsiezorg (Geerlings et al., 2016) en bij diabetes (Crowley et al., 2011). Er is ook enig bewijs voor de effectiviteit van deze aanpak (Campbell et al., 2016).

Binnen de revalidatie is er de Polikliniek Jongvolwassenen (van Meeteren et al., 2015). Deze polikliniek biedt ondersteuning door middel van behandelmodules waaraan men in groepsverband aan mee doet. De modules zijn door verschillende revalidatiecentra ontwikkeld en richten zich op participatie. De ervaring leert dat ontwikkelingsmijlpalen, zoals gaan werken en zelfstandig wonen, door jongvolwassenen met een lichamelijke beperking op een oudere leeftijd bereikt worden, doordat zij in hun ontwikkeling vertraagd zijn (Sattoe et al., 2014a; Donkervoort et al., 2009).

1.2.1 Rotterdams TransitieProfiel

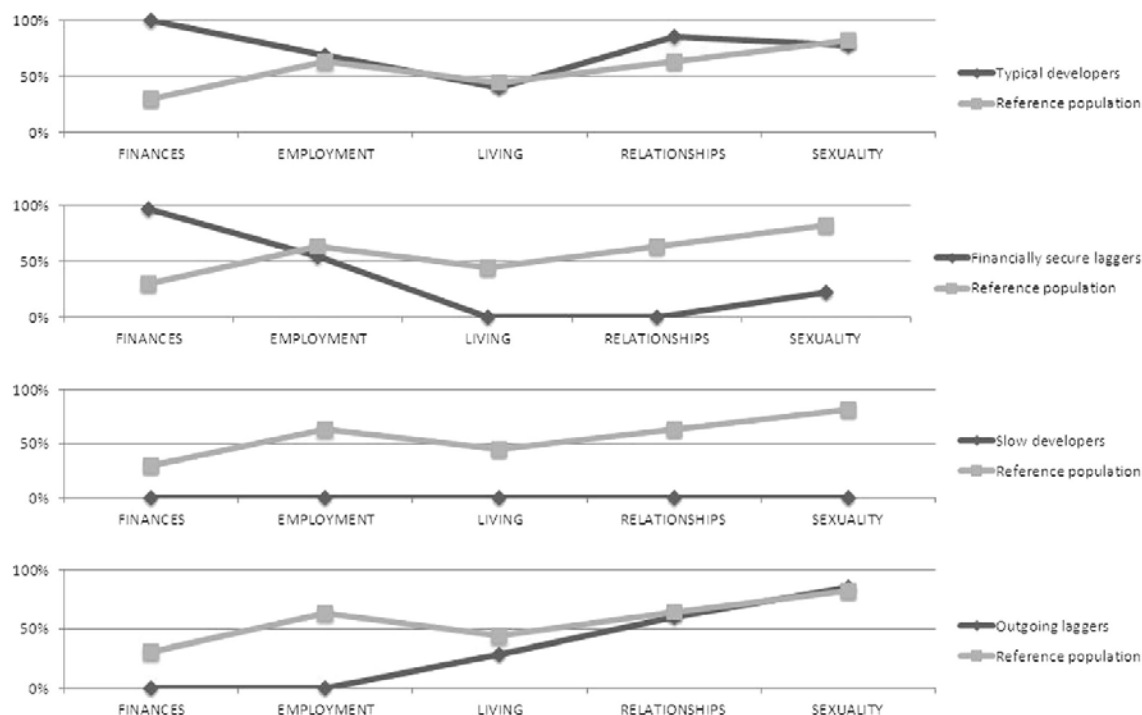
Daarom besteedt een Polikliniek Jongvolwassenen aandacht aan verschillende levensgebieden. Het Rotterdams TransitieProfiel (Donkervoort et al., 2009) biedt hiervoor een mooi raamwerk. Het beschrijft de ontwikkeling van autonomie binnen zeven participatiedomeinen: van (volledige) afhankelijkheid of kinderrol naar autonoom functioneren.

Zoals Figuur 1a weergeeft maakt elke adolescent en jongvolwassene een transitie door in verschillende levensgebieden (participatiedomeinen). Fase 3 van elk participatiedomein staat voor zelfstandig of autonoom functioneren. Dit betekent niet dat de persoon alles zelf moet kunnen; dit laatste wordt aangeduid met zelfredzaamheid. Met zelfstandig of autonoom functioneren wordt bedoeld dat iemand de regie voert. Bijvoorbeeld, iemand die niet zelf kan koken, maar wel kan aangeven hoe een maaltijd bereid moet worden, of zelf een gezonde maaltijd kan bestellen bij een afhaalservice, is hierin zelfstandig.

Participatiedomeinen	0	1	2	3
Onderwijs en werk 0. geen onderwijs en geen baan 1. Algemeen vormend onderwijs 2. Beroepsopleiding, stage (MLK, MBO, HBO, universiteit) 3. betaalde baan of (onbetaald) vrijwilligerswerk				
Financiën 0. Geen zakgeld 1. Zakgeld, kleedgeld 2. Bijbaantje, studiefinanciering 3. Economisch zelfstandig: salaris of (aanvullende) uitkering				
Huishouden en wonen 1. Thuiswonend, niet verantwoordelijk voor huishoudelijke taken 2. Woontraining of thuis deels verantwoordelijk voor huishoudelijke taken 2. Woningzoekend 3. Zelfstandig, zelfverantwoordelijk wonen				
Vrije tijd (Sociale aspect) 1. Jongere maakt afspraken met leeftijdsgenoten bij elkaar thuis 2. Jongere maakt met leeftijdsgenoten afspraken buitenshuis, overdag 3. Jongere gaat met leeftijdsgenoten 's avonds uit				
Intieme relaties 0. Jongere heeft geen ervaring met daten 1. Jongere heeft wel ervaring met daten, nog geen verkering gehad 2. Jongere heeft weleens verkering gehad 3. Jongere heeft nu verkering/een partner				
Seksualiteit 0. Jongere heeft geen ervaring met (tong-)zoenen 1. Jongere heeft ervaring met (tong-)zoenen 2. Jongere heeft ervaring met strelen onder de kleren en/of naakt vrijen 3. Jongere heeft ervaring met geslachtsgemeenschap				
Vervoer voor vrije tijd 1. Ouders halen en brengen de jongere 2. Ouders regelen het vervoer (openbaar, aangepast), maar gaan niet mee met jongere 3. Jongere regelt zelf zijn eigen vervoer				

Figuur 1a
Participatiedomeinen van het Rotterdams TransitieProfiel. (Donkervoort et al., 2009)

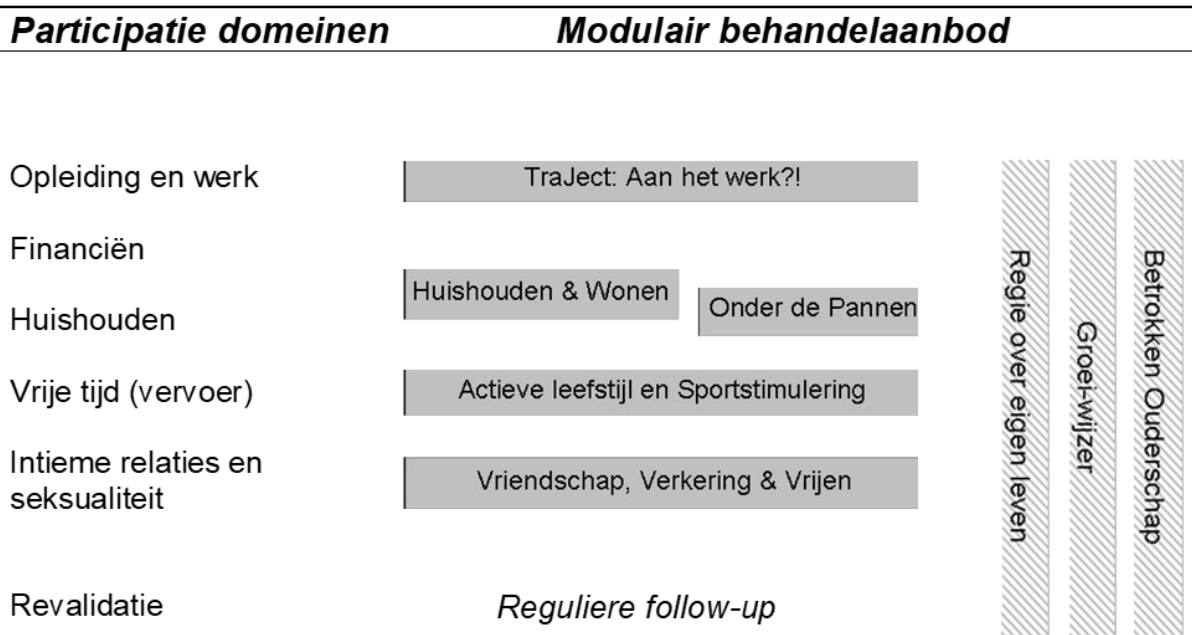
Het is echter goed om te beseffen de groep jongvolwassenen met chronische aandoeningen zeer heterogeen is (Sattoe et al., 2014a; Figuur 1b). Een deel van hen verschilt in hun participatie niet van leeftijdsgenoten zonder aandoeningen (21,7%; “*typical developers*”). Een groep jongvolwassenen is financieel zelfstandig en heeft werk, maar blijft op andere domeinen achter (22,5%, “*financially secure laggards*”); anderen blijven juist op het gebied van financiën, werk en zelfstandig wonen achter (35,8%; “*outgoing laggards*”). Sommigen zijn op bijna alle domeinen minder ver (19,9%; “*slow developers*”). Een belangrijke bevinding is dat meer participatie niet automatisch samengaat met betere kwaliteit van leven.



Figuur 1b
Vier participatiepatronen van jongvolwassenen met chronische aandoeningen, met referentiewaarden. (Sattoe et al., 2014a)

Figuur 1c laat zien welke behandelmodules er zijn voor de verschillende levensgebieden. De interventie TraJect: Aan het werk?! voor het domein “Opleiding en werk” staat in dit lespakket centraal, deze komt in les 2 uitgebreid aan bod.

De horizontaal-afgebeelde behandelmodules zijn domein-specifiek (deze werken vooral aan één levensgebied), de verticaal-afgebeelde behandelmodules zijn domein-overstijgend. Zo ondersteunt de module Regie over eigen leven (de Jager & Hulst, 2008) bij het formuleren van eigen hulpvragen en het inrichten van hun leven. In dit groepsprogramma wordt gewerkt aan het vergroten van zelfinzicht en vertrouwen in eigen kunnen. De Groei-wijzer is voor kinderen en jongeren vanaf zeven jaar (Maathuis et al., 2012; Transitie Toolkit <https://www.opeigenbenen.nu/wp-content/uploads/2016/09/Groei-wijzer.pdf>). Met behulp van drie leeftijdsspecifieke lijsten zien kinderen, jongeren en hun ouders wat ze zouden kunnen leren (bijvoorbeeld zelf boodschappen doen, gaan logeren, zelf met het openbaar vervoer of een taxi regelen). De Groei-wijzer wordt veel gebruikt binnen de kinderrevalidatie, maar er zijn ook diagnose-specifieke Groei-wijzers ontwikkeld. Zo is er de Nier Groei-wijzer (Sattoe et al., 2014b) voor jongeren met chronische nieraandoeningen en de Epilepsie Groei-wijzer



Figuur 1c
Participatiedomeinen van het Rotterdams TransitieProfiel en Behandelmodules.

(Hilberink et al., 2015) voor jeugd met epilepsie. De behandelmodule Betrokken ouderschap (van den Berg & Smit, 2010) biedt ouders informatie over de veranderende rol als ouder als hun kind opgroeit. Er zijn drie thematische ouderavonden. Rond 17 tot 18 jaar komt het thema zelfstandig wonen aan bod.

In de praktijk zien we dat veel jongeren met een lichamelijke beperking relatief lang bij hun ouders blijven wonen. Toch willen zij op een zeker moment graag zelfstandig wonen. Maar hoe doe je dat met een beperking? Wat als je je niet zelfstandig kan douchen en aankleden, kan daar dan zorg voor geregeld worden? En hoe zit dat met huishouden doen als je bijvoorbeeld in een rolstoel zit? Hoe moet je je eigen administratie verzorgen? Deze vragen komen aan bod in de module Huishouden en wonen (Boekhoff & Eekhout, 2010). De module Onder de Pannen (van der Meer et al., 2010) gaat specifiek over het bereiden van maaltijden. Een andere module, Actieve leefstijl en Sportstimulering, richt zich op een dagelijkse gezonde leefstijl en goede fitheid (Buffart et al., 2007). Het bestaat uit zowel een individueel coachings- en trainingstraject als conditietraining in een groep.

Het aangaan van een intieme relatie en het ontdekken van seksualiteit is een belangrijke ontwikkelingstaak. Om hen heen krijgen steeds meer andere jongeren verkering of gaan misschien zelfs samenwonen. Jongeren met een beperking kunnen onzeker zijn om op deze

manier contact te leggen met iemand anders: Wat zou de ander van mij vinden? Ik zie er door mijn beperking anders uit, ben ik wel aantrekkelijk voor iemand? Wat als ik de ander om hulp of zorg moet vragen, daar zit toch niemand op te wachten? Niet alleen in intieme relaties komen deze problemen naar voren, maar ook in vriendschappelijke relaties. Zelfbeeld, eigenwaarde en acceptatie spelen hier onder andere een grote rol in (Kruijver et al., 2013).

1.3 Werk en lichamelijke beperkingen

Bij de transitie naar volwassenheid is één van de uitdagingen het vinden van werk. Werk verschaft financiële onafhankelijkheid en is belangrijk voor sociale contacten, structuur, het ontwikkelen van eigen identiteit en gevoel van waardering. In Nederland bedraagt de arbeidsparticipatie van jongvolwassenen met lichamelijke beperkingen 39%, en ligt daarmee beduidend lager dan de algemene arbeidsparticipatie van jongvolwassenen van 20-25 jaar (59% in 2006) (Kooiker et al., 2006).

Jongvolwassenen met lichamelijke beperkingen kunnen aanzienlijke obstakels ervaren op het gebied van werk, zoals werktaken die een hoge fysieke belasting vragen, organisatie van hulp bij zelfzorg, een verminderd zelfvertrouwen, ontoegankelijkheid van werkplek of gebouw, vervoer naar het werk, terughoudendheid bij werkgevers of gebrek aan ondersteuning door collega's (van Mechelen et al., 2008; Lindsay, 2011). Zij willen graag ondersteund worden bij het vinden van passend werk (Nieuwenhuijsen et al., 2009). Uit onderzoek blijkt daarnaast dat personen met een lichamelijke beperking ook problemen op het gebied van werk ervaren betreft de toe- en doorgankelijkheid van gebouwen, discriminatie, vervoer en verminderde sociale support (Shier, 2009). Zo komt het vaak voor dat zij werk aangeboden krijgen dat lichamelijk te zwaar is. Hierdoor overbelasten zij zichzelf of houden zij geen energie meer over voor activiteiten buiten werk om. Ook inadequate mogelijkheden voor mobiliteit en toegankelijkheid van gebouwen en toiletten blijkt soms een obstakel. Wanneer een jongvolwassene rolstoelgebonden is en zijn werkplek zich bevindt op de eerste etage en er alleen een trap aanwezig is, ontstaat er een probleem. Daarnaast kan het moeilijk zijn om überhaupt op het werk te komen wanneer zelfstandig reizen met auto, fiets of openbaar vervoer niet lukt. Sommige personen met een chronische beperking zijn afhankelijk van hulp bij de persoonlijke verzorging. Zij zijn 's ochtends niet binnen een half uur gedoucht en aangekleed. Dit kan zomaar 2 uur duren en veel energie kosten. Dit moet daardoor goed ingepland worden. Het kan noodzakelijk zijn om hiervoor de werktijden aan te passen door bijvoorbeeld later te beginnen dan andere collega's. Maar wat als deze collega's daar geen begrip voor hebben? En jongvolwassenen (te) weinig ondersteuning

ervaren van hun collega's en werkgever? Het kan dan steeds lastiger worden grenzen aan te geven en te benoemen wat iemand nodig heeft om het werk goed te kunnen blijven volhouden. Een laag gevoel van eigenwaarde kan hier ook uit voort vloeien, waardoor het zelfvertrouwen afneemt.

1.3.1 Motivatie

Ondanks dat deze jongvolwassenen een chronische aandoening hebben en soms ook een uitkering ontvangen, zijn zij over het algemeen heel gemotiveerd om aan het werk te gaan. Deze motivatie is iets wat opvalt wanneer je dit vergelijkt met gezonde anderen. Voor deze jongvolwassenen is werk zeker veel meer dan alleen een salarisstroompje ontvangen aan het einde van de maand. Werk kan ook een vorm van dagbesteding zijn. Thuis zitten terwijl andere leeftijdsgenoten naar school of naar hun werk gaan geeft geen goed gevoel. Daarnaast geeft werk bewegingsvrijheid, levert werk een positieve bijdrage aan de maatschappij en maakt het dat jongvolwassenen zich serieus genomen voelen. Werk laat jongvolwassenen groeien en bloeien, werk geeft men de kans om zich verder te ontwikkelen als persoon en maakt ook dat men tegenslagen beter kan relativeren. Jongvolwassenen die meedoen aan de module zijn zich erg bewust van al deze positieve effecten van werk. Met het hebben van werk gaan jongvolwassenen een nieuwe rol vervullen: de rol van werknemer en collega. Voorbeelden van rollen die je in je leven kunt hebben zijn die van zoon of dochter, scholier of sportbeoefenaar. Naar mate je ouder wordt veranderen rollen. Sommige rollen vallen weg, bijvoorbeeld die van scholier. En andere rollen worden toegevoegd, bijvoorbeeld die van vader of moeder worden. Mensen zien en beschrijven zich vaak aan de hand van deze rollen. Rollen beïnvloeden wat we doen en ook wanneer we iets doen. Het geeft mensen een bepaald dag- en weekritme, rollen structureren ons dagelijks leven. Elke rol kent verplichtingen en verwachtingen, zijn gerelateerd aan sociale status en identiteit. Identiteit wordt ook wel omschreven als hoe een mens zich ziet in termen van diverse rollen. Als je rollen niet kunt uitvoeren of niet meer kunt uitvoeren, dan heeft dit altijd invloed op identiteit, hoe je jezelf ziet en je zelfvertrouwen. De rol van werknemer kunnen invullen kan jongvolwassenen dus ook helpen hun eigen identiteit te creëren en zelfvertrouwen te vergroten.

Naast deze interne motivatie is er met de komst van de Participatiewet ook een verplichting gekomen. Zoals eerder genoemd ontvangen sommige jongvolwassenen met een chronische beperking een uitkering; een zogenoemde Wajong uitkering via het UWV (<https://www.uwv.nl/particulieren/arbeidsbeperkt/index.aspx>). De Wajong uitkering is een

uitkering speciaal voor mensen die vanaf jonge leeftijd een beperking hebben waardoor zij niet kunnen werken. De Wajong geldt voor mensen van 18 jaar of ouder.

Er bestaan op dit moment 3 soorten Wajong uitkeringen:

Wajong 2015: deze uitkering kon iemand alleen krijgen voor 2015 en als hij niet meer kan werken. Dit wordt volledig en duurzaam geen arbeidsvermogen genoemd.

Nieuwe Wajong: deze uitkering is aangevraagd tussen 1 januari 2010 en 1 januari 2015. Iemand kan hulp bij het vinden van werk krijgen en een Wajong-uitkering ontvangen.

Oude Wajong: deze uitkering is aangevraagd voor 2010. De nadruk ligt dan meer op de uitkering en minder op de mogelijkheden om te kunnen werken.

Bron: www.uwv.nl

Op 1 januari 2015 is de Participatiewet ingegaan. Het kabinet wil zo bereiken dat mensen met een beperking die kunnen werken sneller en gemakkelijker aan het werk komen. Alleen mensen die nu en in de toekomst niet meer kunnen werken krijgen nog een Wajong uitkering. De gemeente is verantwoordelijk voor het ondersteunen van mensen met een beperking die wel mogelijkheden hebben om te werken. Alle jongvolwassenen die in de Oude Wajong zitten krijgen een herbeoordeling. Het UWV gaat opnieuw vaststellen of iemand mogelijkheden heeft om te werken. Alle jongvolwassenen die in de Nieuwe Wajong zitten krijgen geen herbeoordeling maar een bevestiging van de eerdere beoordeling. Vindt het UWV dat de jongvolwassene (gedeeltelijk) kan werken, dan krijgt de jongvolwassene vanaf 2018 een lagere uitkering. Namelijk maximaal 70% van het minimumloon. Dat is nu 75%. Blijkt dat de jongvolwassene niet kan werken, dan blijft de uitkering op maximaal 75%.

Wanneer jongvolwassenen beoordeeld worden om te kunnen werken, moeten er natuurlijk wel geschikte banen voor hen zijn. Het kabinet en de werkgevers in Nederland hebben afgesproken extra banen te gaan creëren voor mensen met een beperking. Werkgevers moeten in 2026 in totaal 100.000 nieuwe banen realiseren voor mensen met een beperking. De overheid doet dit voor 25.000 mensen. Deze overeenkomst noemt men de banenafpraak. Als werkgevers de afgesproken aantallen in de banenafpraak niet hebben gehaald, gaat de quotumregeling in. De betekent dat werkgevers met meer dan 25 werknemers verplicht zijn om een bepaald percentage mensen met een ziekte of handicap in dienst te nemen. Voldoen de werkgevers hier niet aan, dan kan het zijn dat zij vanaf 2018 een quotumheffing van €5000,- per niet-ingevulde arbeidsplaats per jaar moeten betalen.

1.3.2 Vermoeidheid en cognitie

Klachten en problemen die veel terug te zien zijn bij jongvolwassenen met chronische beperking hebben betrekking op vermoeidheid en cognitief vermogen (<https://www.gezondheidsnet.nl/hersenen-en-geheugen/cognitief-wat-betekent-dat>). Bij verschillende chronische ziekten is moeheid de klacht waarvan de patiënten de meeste last hebben (<https://www.gezondheidsnet.nl/slappen/500000-mensen-zijn-moe-door-ziekte>). Wat precies de oorzaak is van het aanhouden van de vermoeidheid verschilt per persoon, maar ook per aandoening. Wanneer een ziekte erg 'actief' is, kost dit energie. Maar ook wanneer een ziekte 'rustig' is kan iemand nog steeds vermoeidheidsklachten ervaren door bijvoorbeeld angst voor het terugkeren of verergeren van de ziekte, gedachten of traumatische gebeurtenissen.

1.4 Aanbevolen literatuur

van Meeteren J, Wiegerink DJHG, Hilberink SR, Roebroek ME. Volwassen worden. In: M. Hadders-Algra, K. Maathuis, R.F. Pangalila, J.G. Becher, J. de Moor (Eds), Kinderrevalidatie (pp. 333-346). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV. ISBN: 978-90-2325080-7, 2015. (Bijlage 1)

1.5 Videomateriaal

Film: https://www.youtube.com/watch?time_continue=79&v=zhphxDIT8G0 (Op Eigen Benen --> Werk)

Film: https://www.youtube.com/watch?v=0hY9QzjRR_o&feature=youtu.be (DigitalDocuCV)

Film: Leven met Cerebrale Parese: <https://www.youtube.com/watch?v=ufW66vEGCX8>

1.6 Opdrachten

Opdracht 1

Elke student vult voor zichzelf het Rotterdams Transitieprofiel in; dit voor de situatie nu en ook voor over 5 jaar (deel uit). Dit wordt klassikaal besproken. Op welke terreinen verwacht je vertraging bij jongvolwassenen met chronische aandoeningen?

Opdracht 2

Groepje van 3 studenten. Zoek op internet een ervaringsverhaal van een jongere/jongvolwassene met een chronische aandoening. Bespreek en maak een kort verslag:

- Over welk aspect van het leven wordt verteld?
- Gaat het over de aandoening of over het leven met de aandoening? Wat wordt precies besproken / wat is de boodschap?
- Wat raakt je, wat valt je op?

Opdracht 3

Stel je zit met een jongere met een chronische aandoening. Zij staat voor een lastige keuze: ze moet een vervolgopleiding kiezen, maar weet niet waar haar hart ligt. Hoe kan je haar helpen om achter haar talenten te komen?

Les 2. Ondersteuning van jongvolwassenen met lichamelijke beperkingen bij het vinden van werk

2.1 Theoretische achtergronden van de interventie 'TraJect: Aan het werk?!'

Op basis van literatuuronderzoek (Verhoef et al., 2015) is een multidisciplinaire interventie ontwikkeld om de arbeidsparticipatie van jongvolwassenen met een lichamelijke beperking te bevorderen. De interventie combineert revalidatie en re-integratie, met als doel passend werk te bieden dat bijdraagt aan gezondheid en welzijn van de jongvolwassenen. De haalbaarheid van de interventie is geëvalueerd in een pilotonderzoek met als centrale vraag of een gezamenlijk integraal aanbod vanuit revalidatie en re-integratie realiseerbaar was. Bij de deelnemers aan de pilotstudie zijn ook de veranderingen ten aanzien van arbeidsparticipatie en het dagelijks handelen op gebied van werk, zelfzorg en vrije tijd in kaart gebracht.

2.2 Het 'Model of Human Occupation' van Kielhofner

De interventie is deels gebaseerd op het 'Model of Human Occupation' (MOHO) van Kielhofner et al. (2004a), een ergotherapeutisch praktijkmodel. Het MOHO richt zich op drie aspecten van het menselijk handelen:

- de motivatie en keuzes van mensen om de dingen te doen die hun leven inhoud geven;
- de patronen in het dagelijks handelen;
- de uitvoering van handelingen en de variatie die mensen daarin tonen.

Het MOHO verklaart hoe het menselijk handelen gemotiveerd wordt, (in patronen) georganiseerd en uitgevoerd wordt en welke wisselwerking er is tussen het handelen van de persoon en zijn omgeving. Het model beschouwt de mens als samengesteld uit drie, nauw met elkaar samenhangende, componenten: wil (*volition*), gewenning (*habituation*) en uitvoeringsvermogen (*performance capacity*). Deze componenten reageren op elkaar en op de omgeving, en vormen zo het handelen. Het handelen vindt altijd plaats in een omgeving en wordt daardoor beïnvloed.

Wil verwijst naar de motivatie voor handelen, gewenning naar het proces waarbij handelen wordt georganiseerd in patronen of routines en uitvoeringsvermogen naar de fysieke en mentale capaciteiten die het handelen mogelijk maken (Kielhofner, 2008; Verhoef & Zalmstra, 2017).

De motivatie voor handelen of de wil (*volition*) wordt gevormd door de dynamische interactie tussen het beeld van persoonlijke effectiviteit (*personal causation*), waarden (*values*) en interesses (*interests*). Persoonlijke effectiviteit verwijst naar een innerlijk beeld van de eigen mogelijkheden om dingen te realiseren. Waarden verwijzen naar overtuigingen waardoor handelingen betekenis krijgen en waardoor eisen worden gesteld aan de uitvoering. Interesses verwijzen naar wat men leuk vindt om te doen en waar men plezier of voldoening aan beleeft. Persoonlijke effectiviteit, waarden en interesses zijn nauw met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar bij de motivatie voor activiteiten of handelen. Mensen vinden bijvoorbeeld activiteiten of taken waar ze goed in zijn ook vaak leuk.

Motivatie is een belangrijk uitgangspunt bij de interventie TraJect. Om de motivatie van de jongvolwassenen te achterhalen en hierbij aan te sluiten worden instrumenten gebruikt die zijn afgeleid van het Model of Human Occupation, zoals de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al., 1998) en het Occupational Performance History Interview (OPHI) (Kielhofner et al., 2004b).

2.2.1 COPM

Tijdens de interventie wordt de COPM als meetinstrument gebruikt. De COPM is ontworpen voor gebruik door ergotherapeuten om door de cliënt zelf ervaren veranderingen van problemen in het dagelijks handelen in de tijd vast te stellen. In een semi-gestructureerd interview wordt er gevraagd naar welke problemen, zorgen of aandachtspunten de jongvolwassenen in het dagelijks leven ervaren (Law et al., 2014). Tijdens deze probleeminventarisatie komen vaak verschillende werk-gerelateerde problemen naar voren zoals het vinden van werken en collega's of werkgever om hulp vragen.

De COPM is een individuele uitkomstmaat om veranderingen te bepalen in het dagelijks handelen ten aanzien van werk, zelfzorg en vrije tijd. De deelnemer scoort de uitvoering en tevredenheid met de uitvoering van één tot vijf geprioriteerde handelingen die hij wil of moet uitvoeren op een 10-puntsschaal, van 1 (niet in staat/zeer ontevreden) tot 10 (zeer goed in staat/zeer tevreden). Uit deze scores wordt een gemiddelde uitvoeringsscore en tevredenheidsscore berekend. Individuele veranderingen van twee of meer punten worden als klinisch relevant beschouwd (Law et al., 1998). De COPM is een valide meetinstrument dat gevoelig is voor veranderingen en geschikt is voor jongvolwassenen met lichamelijke beperkingen (Nieuwenhuijsen et al., 2009).

2.2.2 Occupational Performance History Interview (OPHI -II)

Het OPHI-II interview is ontwikkeld door Kielhofner vanuit het Model of Human Occupation (MOHO), een ergotherapeutisch behandelmodel. Vanuit het MOHO staan de motivatie voor handelen en rollen en gewoonten in het handelen centraal.

Het OPHI is een semi-gestructureerd interview waarin kwalitatieve en kwantitatieve informatie verzameld worden over dagelijks (rolgebonden) handelen in werk, vrije tijd en dagelijkse activiteiten in het heden en het verleden. Antwoorden uit het interview worden gecategoriseerd in drie schalen: handelingsidentiteit (11 items), handelingscompetentie (9 items), en handelingsomgeving (9 items). Per item worden 1 tot 4 punten gescoord: een score van 1 voor zeer dysfunctioneel handelen, tot een score van 4 voor zeer competent handelen op het betreffende item. Per schaal worden de itemscores opgeteld tot schaalscores.

De handelingsidentiteit schaal meet de mate waarin een persoon waarden, interesses en vertrouwen heeft en een beeld van het leven dat hij wenst of voor ogen heeft. De handelingscompetentie schaal meet de mate waarin een persoon in staat is een productief en bevredigend handelingspatroon te behouden. De handelingsomgeving schaal meet de invloed van de omgeving op het handelen (in werk, vrije tijd en wonen) van een persoon. In aanvulling op het interview wordt een 'levensverhaal' (*narrative*) geschetst door de belangrijkste (positieve en negatieve) levensgebeurtenissen van een persoon op een tijdlijn te plaatsen. Het levensverhaal kan een opwaartse richting tonen (progressief) en aangeven dat het leven beter gaat, maar het kan ook een neerwaartse richting laten zien. Een gelijkblijvend of stabiel levensverhaal geeft aan dat het leven in het algemeen hetzelfde blijft. Het OPHI-II is een valide instrument voor gebruik bij verschillende leeftijden en diagnoses (Kielhofner et al., 2001).

2.3 Inhoud van de interventie 'TraJect: Aan het werk?!'

De multidisciplinaire interventie TraJect 'Aan het werk?!' is ontwikkeld om de arbeidsparticipatie te bevorderen van jongvolwassenen met lichamelijke beperkingen die willen gaan werken. De jongvolwassenen worden gedurende één jaar begeleid bij het bewust worden en ontwikkelen van hun mogelijkheden ten aanzien van werk, en het vinden van een baan (Verhoef et al., 2015b). Een overzicht van het programma wordt gegeven in Tabel 2.1.

Tabel 2.1

Overzicht van de interventie 'Aan het werk?!'

Week	Groep	Individueel	Huiswerkopdrachten
Wk 1	Sessie 1: Introductie - Deelnemers & programma - Verhaal/advies van een ervaringsdeskundige	Assessment: - COPM interview - Interview arbeidssituatie - Vragenlijst (PRODISQ, SF-36)	▪ Zelf-presentatie ▪ Doelen t.a.v. werk ▪ Wensen en behoeften t.a.v. training
Wk 2	S 2: Werk & Gezondheid - Persoonlijke copingstijl - Omgaan met gezondheidsproblemen in werksituatie (groepsdiscussie)		▪ Utrechtse Coping Lijst ▪ Persoonlijke sterkte en zwakte-analyse
Wk 3		OPHI-II interview	
Wk 4	S 3: Occupational Balance - Interesses en capaciteiten - Werk, zelfzorg, vrije tijd		▪ Handelingsprofiel ▪ Toekomstdoelen n.a.v. OPHI-II levensverhaal grafiek
Wk 5	S 4: Vinden van passend werk - Zoeken naar vacatures - Taakeisen en lichamelijke mogelijkheden en beperkingen		▪ Zoeken naar vacatures ▪ Opstellen van een CV
Wk 6		Feedback op CV	
Wk 7	S 5: Sollicitatiegesprek - Individueel sollicitatiegesprek (met onbekende trainer) - Feedback op sollicitatiegesprek (presentatie van zichzelf)		▪ Schrijven van sollicitatiebrief ▪ Voorbereiden sollicitatiegesprek
Wk 8	S 6: Informatiemarkt - Wet- en regelgeving, ondersteuning - Evaluatie en vervolgspraken		▪ Nagaan mogelijke/wenselijke aanpassingen, voorzieningen, steun ▪ Vragen voorbereiden
Wk 9-52		Coaching , gericht op: - Arbeidsplaatsing - Vaardigheidstraining (arbeid/zelfmanagement) - Coaching on-the-job - Werkaanpassingen - Balancing work en andere rollen/activiteiten	
Wk 52		Assessment • COPM • OPHI-II • Vragenlijst (SF-36, PRODISQ, WAI, WLQ)	

Afkortingen: COPM: Canadian Occupational Performance Measure; PRODISQ: Productivity and Disease Questionnaire; SF-36: Medical Outcome Study 36-item Short-form Health Survey; OPHI-II: Occupational Performance History Interview; WAI: Vragenlijst Werkvermogen (Work Ability Index); WLQ: Vragenlijst Beperkingen Werk (Work Limitations Questionnaire).

Nieuw in de interventie en essentieel is de integratie van revalidatie en re-integratie. De interventie is gebaseerd op nauwe samenwerking tussen professionals in de revalidatie en re-integratie, en combinatie van de in beide velden aanwezige kennis en deskundigheid, en wordt aangeboden op het moment dat de jongvolwassene wil gaan werken. Op deze interdisciplinaire samenwerking komen we later terug.

Belangrijke aspecten zijn dat de interventie:

- voor jongvolwassene op het juiste moment (*'just in time'*) wordt aangeboden: als zij hun opleiding hebben afgerond en werk zoeken;
- intensiever en specifiek is dan in reguliere revalidatieprogramma's gebruikelijk is;
- een algemeen programma biedt waar (gaan) werken centraal staat, en niet de diagnose;
- bestaat uit een combinatie van een groepsprogramma met individuele begeleiding.

Het groepsprogramma bestaat uit zes bijeenkomsten van 2 uur in een periode van 8 weken. Een groep bestaat uit 6–10 deelnemers met verschillende lichamelijke beperkingen. Alle groepsbijeenkomsten worden begeleid door een ergotherapeut en een jobcoach, daarnaast worden andere professionals betrokken (zoals psycholoog of maatschappelijk werker, arbeidsdeskundige van het UWV) of een rolmodel: een werkende jongvolwassene met lichamelijke beperkingen die eigen ervaringen deelt over werk vinden. Groepsbijeenkomsten bieden informatie, uitwisseling en discussie over algemene werkgerelateerde thema's en zijn gericht op het vergroten van inzicht in eigen mogelijkheden en beperkingen, het trainen van communicatieve en sociale vaardigheden, het delen van ervaringen en het vergroten van zelfvertrouwen. Huiswerkopdrachten dragen bij aan actieve deelname en het trainen van planning en organisatie.

Individuele begeleiding door een ergotherapeut en een jobcoach is gericht op het onderzoeken van individuele mogelijkheden (in assessments) en het bepalen van doelen ten aanzien van werk, en op het coachen op de individuele doelen, het verbeteren van arbeidsvaardigheden, het bevorderen van zelfmanagement, het zoeken van passend werk, het opdoen van werkervaring en adviezen over mogelijke aanpassingen op de werkplek.

De interventie 'Aan het werk?!' staat onder andere stil bij het thema energie, belasting en belastbaarheid. Belasting gaat over hetgeen wat je doet op een dag. Belastbaarheid gaat over wat je aan kunt op een dag. Wanneer je doet op een dag wat het lichaam ook

daadwerkelijk aan kan is er een balans tussen belasting en belastbaarheid. Een disbalans krijg je door juist meer of minder te doen op een dag dan dat het lichaam aankan.

In de module wordt samen met de jongvolwassenen gekeken hoe hun balans in belasting en belastbaarheid er op dit moment uit ziet. Wat als er werk toegevoegd wordt in het leven? Er moet dan opnieuw gezocht waardoor naar een balans, omdat de belasting omhoog gaat maar de belastbaarheid niet veranderd.



Sommige chronische aandoeningen gaan gepaard met het hebben van een beperkt cognitief vermogen. Cognitieve vaardigheden of vermogens hebben te maken met de mate waarin je in staat bent om kennis en informatie op te nemen en te verwerken. Bij het verwerken van informatie spelen allerlei mentale processen een rol. Je hebt je geheugen nodig, maar ook taal, oriëntatie, aandacht en het vermogen om problemen op te lossen, concepten te vormen en dingen voor je te zien. Daarnaast zijn redeneren, rekenen, lezen en schrijven, plannen maken en initiatieven nemen cognitieve functies. Je gebruikt je cognitieve vaardigheden dus voortdurend. Cognitieve functies zijn verwant aan wat we 'intelligentie' noemen. Je ontwikkelt je cognitieve functies als kind. Hoe goed je deze ontwikkelt, is grotendeels genetisch bepaald. Tijdens afname van de COPM benoemen jongvolwassenen regelmatig problemen te ervaren met hun cognitief vermogen. Voorbeelden zijn beperkt de concentratie kunnen behouden, niet goed kunnen opslaan van informatie die zij lezen of tijdens een vergadering niet goed hoofd- en bijzaken kunnen scheiden.

2.4 Resultaten van de interventie 'TraJect: Aan het werk?!'

2.4.1 Onderzoeksopzet en meetinstrumenten

De haalbaarheid en toepasbaarheid van de interventie zijn geëvalueerd in een pilotstudie met een pre–post interventie design. Metingen zijn verricht bij de start (pre-interventie) en na 1 jaar (post-interventie) met vragenlijsten en semi-gestructureerde interviews. Aanvullend is de arbeidsparticipatie na 2 en 3 jaar nagegaan (Verhoef et al., 2015b). Het opleidingsniveau van deelnemers is gecategoriseerd als laag (VMBO), middel (Mavo, MBO) of hoog (havo/wvo, hbo, wo). Ernst van lichamelijke beperkingen is onderscheiden in drie niveaus (ernstige, matige, lichte beperkingen) op basis van scores op de schaal fysiek functioneren van de SF-36.

De haalbaarheid van de interventie is geëvalueerd op basis van de daadwerkelijke toepassing en inbedding van de interventie waarin revalidatie en re-integratie gecombineerd worden in de polikliniek jongvolwassenen van Rijndam Revalidatie en Erasmus MC in Rotterdam. Daarbij is ook de heterogene samenstelling van interventiegroepen betrokken met betrekking tot diagnoses. De tevredenheid van de deelnemers over de interventie is bepaald door hen (post-interventie) te vragen het gehele programma, het groepsprogramma en de individuele begeleiding te beoordelen met een cijfer van 1 (zeer slecht) tot 10 (uitstekend). De kosten van de interventie zijn bepaald volgens een methode voor economische evaluatie in de gezondheidszorg (Hakkaart-van Roijen et al., 2010); volgens per-protocol principe zijn uitsluitend jongvolwassenen die de interventie hebben afgerond betrokken in de kostenanalyse (n=12).

De toepasbaarheid van de interventie is geëvalueerd op basis van de veranderingen in (mogelijkheden tot) arbeidsparticipatie van deelnemers na de interventie. Arbeidsparticipatie is gedefinieerd als werkend gedurende 12 uur of meer per week. Er zijn twee categorieën onderscheiden: (1) werkzaam ≥ 12 uur/week (betaald of onbetaald), en (2) niet werkzaam (werkloos, studierend of werkzaam < 12 uur/week). Arbeidsparticipatie is bepaald bij de start en na 1 jaar (post-interventie) met behulp van de PROductivity and DISease Questionnaire (PRODISQ), module B (beroep, inkomen en werksituatie). De jobcoach heeft aanvullende gegevens over de arbeidsparticipatie na 2 en 3 jaar verstrekt.

Post-interventie zijn tevens het werkvermogen en de ervaren beperkingen in werk van werkende deelnemers onderzocht met behulp van de Work Ability Index (WAI) en de Nederlandstalige versie van de Work Limitations Questionnaire (WLQ-mdlv). De totale WAI score uit de zeven items ligt tussen de 7–49 punten, op basis waarvan werkvermogen wordt

geclassificeerd als slecht (7–27 punten), matig (28–36 punten), goed (37–43 punten), of uitstekend (44–49). Scores op de 25 items van de WLQ leiden tot vier schaalscores - tijdseisen, fysieke eisen, mentaal–interpersoonlijke eisen, en resultaten – die aangeven in hoeverre een werknemer beperkt was in het uitvoeren van het werk in de afgelopen twee weken. Hogere WLQ index-scores duiden op meer (arbeids)beperkingen.

Aanvullend zijn mogelijkheden voor arbeidsparticipatie pre- en post-interventie onderzocht met twee semi-gestructureerde interviews: de Canadian Occupational Performance Measure (COPM) en het Occupational Performance History Interview (OPHI-II).

De gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven is bepaald met behulp van de MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). De scores op de 36 vragen worden samengevat in een Fysieke (PCS) en een Mentale (MCS) dimensie, met een gemiddelde waarde van 50 (SD 10).

2.4.2 Resultaten

Twintig jongvolwassenen hebben deelgenomen aan de interventie; zeventien van hen namen deel aan de pilotstudie en van twaalf deelnemers zijn gegevens van de start en na 1 jaar beschikbaar. De kenmerken van de twaalf deelnemers worden gepresenteerd in Tabel 2.2. Zes deelnemers hadden ernstige lichamelijke beperkingen, vier van hen waren rolstoelafhankelijk.

De interventie is gedurende de pilotstudie ontwikkeld en succesvol geïmplementeerd in de polikliniek jongvolwassenen van Rijndam Revalidatie en Erasmus MC in Rotterdam. De interventie is ook na afronding van de pilotstudie structureel gecontinueerd met jaarlijks twee nieuwe groepen die worden begeleid door het revalidatieteam en de jobcoach. De heterogene samenstelling van de groepen wat betreft diagnose is door deelnemers en professionals als positief beoordeeld en vergemakkelijkt het werven van deelnemers.

Deelnemers beoordelen het gehele programma met 8,0, het groepsprogramma met 7,3 en de individuele begeleiding met 8,8 (mediaanwaarden). Deze beoordeling geeft aan dat de interventie goed is afgestemd op de doelgroep.

Tabel 2.2
Kenmerken van deelnemers (n=12)

Gemiddelde leeftijd in jaren (SD, range)	22,4 (2,9; 19-28)
	N
Geslacht (n)	
Man/vrouw	6/6
Chronische aandoening	
Cerebrale parese	4
Spierziekte	2
Dwarslaesie	1
Niet-aangeboren hersenletsel	2
Multiple sclerosis	1
Spina bifida	1
Chronische longaandoening	1
Ontstaan van chronische aandoening	
Geboorte	6
Voor de leeftijd van 12 jaar	3
Tussen 12-18 jarige leeftijd	1
Ouder dan 18 jaar	2
Woonsituatie	
Woont bij ouder(s)	8
Woont zelfstandig	4
Opleidingsniveau	
Laag	2
Middel	8
Hoog	2
Lichamelijk Functioneren (SF-36)	
Ernstige beperkingen	6
Matige beperkingen	4
Lichte beperkingen	2
Periode werkzoekend	
Nog niet	6
< 1 jaar	3
1-2 jaar	1
> 2 jaar	2

De kosten van de interventie voor de twaalf deelnemers aan de pilotstudie die de interventie gedurende één jaar hebben gevolgd in drie interventiegroepen worden weergegeven in Tabel 2.3.

De totale kosten van de interventie (mediaan, IQR) bedroegen € 3.128,32 (€ 1.286,30) per deelnemer voor het eerste jaar; € 2.308,72 voor arbeidskosten en € 819,60 voor overhead

kosten. Aanvullende kosten voor jobcoaching tot de 2-jaar follow-up waren € 1.380 per deelnemer, equivalent aan 33 uren (mediaan), besteed aan negen deelnemers (Verhoef et al., 2015b).

Tabel 2.3

Kosten van de interventie per deelnemer voor het eerste jaar (n=12) (Euros, peiljaar 2010)

		Totaal aantal uren	Mediaan (IQR) aantal uren	Unit kosten (Euros, 2010)*	Mediaan (IQR) kosten per deelnemer (Euros, 2010)
Arbeidskosten					2.308,72 (949,29)
Consult revalidatiearts	Revalidatiearts	12	1,00 (-)	88,06	88,06
Assessments (pre-post)	Ergotherapeut	73	6,00 (-)	33,64	201,84
Groepsprogramma**	Totaal	150			397,80
	<i>Ergotherapeut</i>	57	4,75 (-)	33,64	
	<i>Jobcoach</i>	57	4,75 (-)	30,85	
	<i>Andere experts</i>	36	3,00 (-)	30,49	
Individuele jobcoaching	Jobcoach	520	45,00 (28,5)	30,85	1.388,25 (879,23)
Individuele ergotherapie	Ergotherapeut	103	3,0 (12,0)	33,64	100,92 (403,68)
Overhead kosten¹					819,60 (337,00)
TOTALE KOSTEN					3.128,32 (1286,30)

* Collectieve arbeidsovereenkomst (Ergotherapeut: CAO Academische Ziekenhuizen schaal 9;

Job coach: CAO sociaal werk schaal 8; voor andere experts is CAO Academische Ziekenhuizen schaal 8 toegepast)

** Gebaseerd op drie groepen, en per-protocol-analyse (n=12)

IQR: interkwartiel afstand (interquartile range).

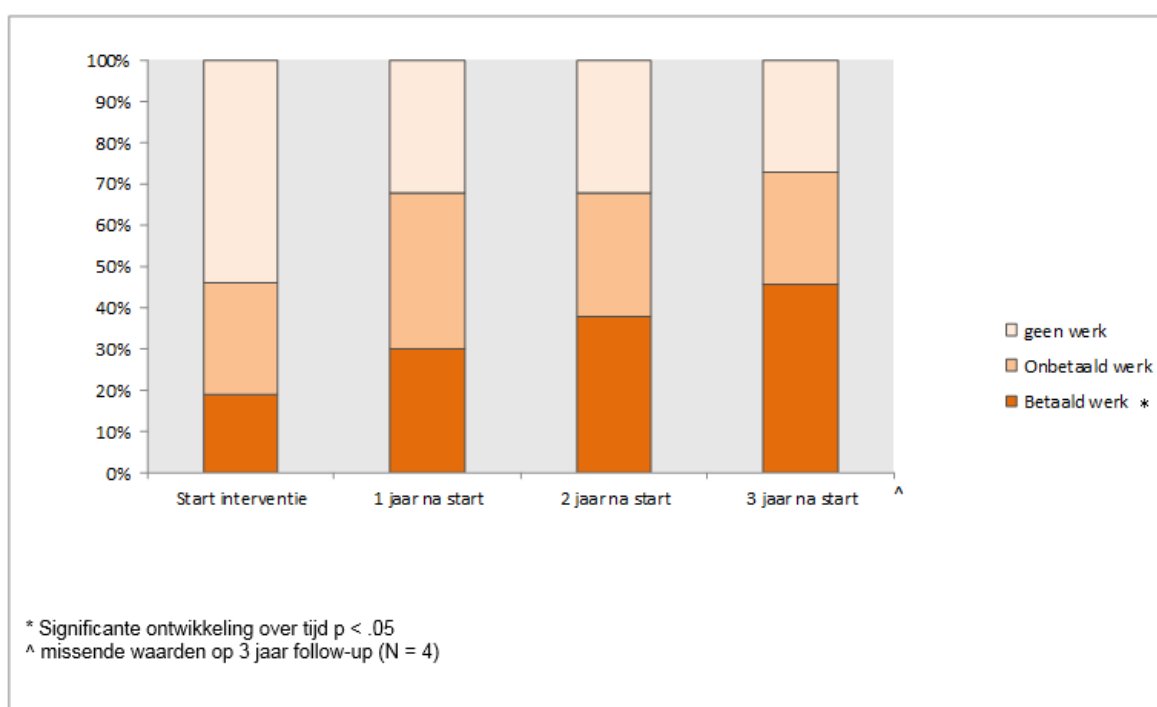
2.4.3 Bijdrage aan bevordering van de (mogelijkheden tot) arbeidsparticipatie

Bij de start waren twee deelnemers (16%) werkzaam in onbetaald of ongeschikt werk. Na de interventie waren acht deelnemers (67%) werkzaam; dit betekent dat een significant groter deel van de jongvolwassenen participeerde in arbeid in vergelijking met de start van de interventie (McNemar test, $p=0.031$; Figuur 2a). Na 1 jaar was de ratio betaald/onbetaald werk 4/4. Deelnemers werkten 12-32 uur/week (mediaan 18 uur/week) in verschillende typen banen, in de meeste gevallen laag tot middelbaar niveau en corresponderend met hun opleidingsniveau; zoals administratief medewerker, keukenhulp, museumwacht en grafisch ontwerper. Drie deelnemers waren na 1 jaar niet werkzaam; één van deze deelnemers was

¹ Hakkaart-van Roijen L, Tan SS, Bouwmans CAM. Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en standaardkostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Rotterdam: Instituut voor Medical Technology Assessment Erasmus University/CVZ Health Care Insurances Board, 2010.

gestart met een studie om zijn arbeidsmogelijkheden te vergroten, twee deelnemers waren niet in staat te werken door toegenomen gezondheidsproblemen.

Bal et al. (2017) onderzocht de dossiers van alle deelnemers van de interventie in de periode 2007-2011 (n=37), van 34 deelnemers kon de werkstatus tot drie jaar na de interventie bekeken worden. In totaal hadden 24 oud-deelnemers (71%) drie jaar na het volgen van de interventie een baan, waarvan 15 personen (63%) betaald en 9 personen (37%) vrijwilligerswerk.



Figuur 2a
Arbeidsparticipatie voor de interventie en na 1, 2- en 3 jaar (n=37)

Scores van werkende deelnemers na 1 jaar op de WAI duiden op een matig werkvermogen met mediaan scores van 31.0 (IQR 3.0) op de WAI index; scores op de WLQ-schalen geven aan dat zij gedurende 20-33% van de tijd beperkingen ervaren in hun werk (Tabel 2.4).

Twee personen ontvingen niet langer een uitkering; een aantal anderen ontving een gedeeltelijke uitkering als aanvulling op hun loon in plaats van een volledige uitkering (Verhoef et al., 2015b).

Een significante verbetering in scores op COPM Uitvoering, COPM Tevredenheid, OPHI-II totale scores, en op de OPHI-II schalen voor handelingsidentiteit en handelingscompetentie geeft aan dat het dagelijks handelen van deelnemers is verbeterd. Hogere scores voor

handelingsidentiteit en handelingscompetentie duiden op meer positieve waarden, interesses en een meer positief toekomstbeeld bij deelnemers, en op een toegenomen vermogen om doelgericht te handelen en te voldoen aan verwachtingen. Deze veranderingen kunnen bijdragen aan verbeterde mogelijkheden voor arbeidsparticipatie (Verhoef et al., 2014; Verhoef et al., 2015b).

Tabel 2.4
Mogelijkheden voor arbeidsparticipatie voor en na de interventie

	Pre-Interventie Mediaan (IQR) (n=12)	Post-Interventie Mediaan (IQR) (n=11)
COPM Uitvoering Subschaal*	4,9 (2,5)	7,0 (2,4)
COPM Tevredenheid Subschaal*	3,6 (3,3)	7,0 (2,5)
OPHI-II Totaalscore*	70,5 (10,8)	82,0 (22,0)
Handelingsidentiteit schaal*	27,0 (7,0)	33,0 (9,0)
Handelingscompetentie schaal*	22,5 (3,8)	24,0 (5,0)
Handelingssituaties schaal	22,0 (4,5)	30,0 (7,0)
SF-36		
Fysieke dimensie (PCS)	33,7 (19,3)	37,8 (13,3)
Mentale dimensie (MCS)	50,2 (21,3)	49,5 (13,6)
WAI index ¹	--	31,0 (3,0)
WLQ ¹ Tijdmanagement	--	25,0 (23,8)
WLQ ¹ Fysieke eisen	--	21,9 (17,1)
WLQ ¹ Mentaal-Interpersoonlijke eisen	--	19,4 (45,5)
WLQ ¹ Resultaat	--	20,0 (33,8)
WLQ ¹ index	--	5,8 (11,3)

Afkortingen: IQR: interkwartielafstand (Q3-Q1); COPM: Canadian Occupational Performance Measure; OPHI-II: Occupational Performance History Interview; SF-36: Medical Outcome Study 36-item Short-form Health Survey; WAI: Vragenlijst Werkvermogen (Work Ability Index); WLQ: Vragenlijst Beperkingen Werk (Work Limitations Questionnaire).

¹ n=7; alleen werkende deelnemers hebben de WAI en de WLQ ingevuld.

* significant verschil pre-post-interventie, p<0.05; Wilcoxon signed-rank test.

De samengevatte scores op de SF-36 fysieke en mentale hoofddimensies toonden dat de gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven van de deelnemers onveranderd was na de interventie; dit werd bevestigd voor werkende deelnemers in een sub-analyse.

Na 2 en 3 jaar waren acht deelnemers werkzaam, met een ratio betaald:onbetaald van 5:3 respectievelijk 7:1. Twee personen stelden zich niet langer tot doel te (gaan) werken, omdat werken leidde tot een toename van hun gezondheidsproblemen.

Van de acht personen die na 1 jaar werkten waren zes personen ook werkzaam bij 2-jaar follow-up, vijf van hen waren ook werkzaam bij 3-jaar follow-up. Deze resultaten geven aan dat de arbeidsparticipatie van de deelnemers overwegend duurzaam lijkt te zijn (Verhoef et al., 2013; Verhoef et al., 2015b).

Succes en faalfactoren bij het zoeken en vinden van werk	Ervaren werkende interventie onderdelen
• <u>Beperkte fysieke mogelijkheden</u>	• <u>Sollicitatietraining</u> • <u>Zoeken naar vacatures</u> • <u>Regelen van aanpassingen in werkomgeving of werkomstandigheden</u>
• Attitude leidinggevende	• <u>Informatie verstrekken aan leidinggevende over de (gevolgen van de) beperking en sociale verzekeringen</u>
• Zelfvertrouwen/geloof in eigen kunnen • Openheid en assertiviteit	• <u>Lotgenoten contact</u> • Geen

Figuur 2b
Succes- en faalfactoren bij het vinden en behouden van werk, en ervaren werkzame interventiecomponenten (n=19)

2.4.4 Ervaringen van oud-deelnemers

Bal et al. (2017) benaderde 37 van de 59 (63%) oud-deelnemers die de hele interventie hadden gevolgd in de periode 2007-2011). Negentien van hen werden bevraagd over de ervaren bevorderende en belemmerende factoren om werk te vinden en te behouden, en wat in hun ogen de werkende factoren zijn van de interventie. Deze zijn in Figuur 2b samengevat.

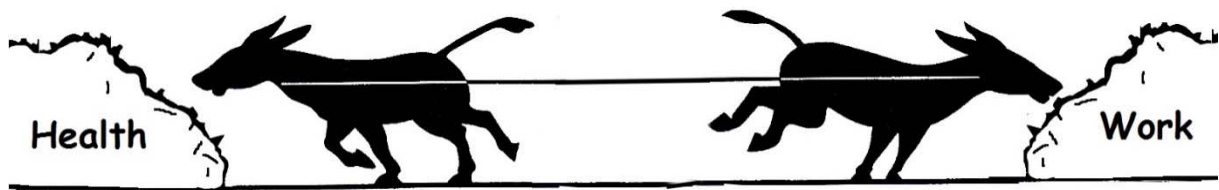
2.5 De kracht van de samenwerking bij de interventie: Aan het Werk?!

Zoals eerder is uitgelegd, is Aan het Werk?! ontwikkeld voor jongvolwassenen met een lichamelijke beperking die aan het begin staan van de arbeidsmarkt, met als doel het verbeteren van participatie op de arbeidsmarkt. Voor deze interventie is gekozen voor een multidisciplinaire aanpak, waarbij de non-profit revalidatiezorg samenwerkt met de profit re-integratie. En deze laatste paragrafen beschrijven we de kracht van deze samenwerking.

2.5.1 Gebruikelijke zorg

In de gebruikelijke zorg in Nederland worden revalidatie- en re-integratieprogramma's als gescheiden diensten aangeboden. Samenwerking tussen deze twee diensten is niet vanzelfsprekend georganiseerd en is er vaak sprake van een grote kloof tussen beiden partijen. Om samenwerking te bewerkstelligen moeten beide instanties actief stappen zetten. Voor gezondheidszorg en begeleiding rondom werk en sociale zekerheid zijn verschillende wetten van toepassing en verschillende vormen van financiering (Zorgverzekeraar versus UWV/gemeenten). Revalidatie richt zich op gezondheid, herstel en leren leven met de ziekte, de trauma's en de gevolgen hiervan. De re-integratiediensten richten zich op het weer zo snel mogelijk aan het werk komen. Re-integratie is vooral gericht op participatie in de arbeidsmarkt terwijl de revalidatie zich naast participatie in de samenleving, zich ook richt op algehele balans in het leven.

Door niet samen te werken, te communiceren en af te stemmen bestaat het gevaar dat er gewerkt wordt aan verschillenden doelen. Deze doelen kunnen zelfs tegenovergesteld zijn aan elkaar, waarbij de verschillende partijen tegenovergestelde bewegingen maken. Bijvoorbeeld als een verzekeringsarts of bedrijfsarts zegt dat een cliënt fulltime aan het werk moet, terwijl de behandelaar uit de revalidatie adviseert dat de cliënt elke 2 uur rust moet nemen op bed. Ook kunnen de partijen van mening verschillen over wat passend en gezond werk is of niet. Deze tegenstellingen werken inefficiënt en zijn verwarrend voor alle partijen die betrokken zijn. In het bijzonder voor de jongvolwassene zelf. Deze tegenstromen kunnen zelfs verlamdend werken.

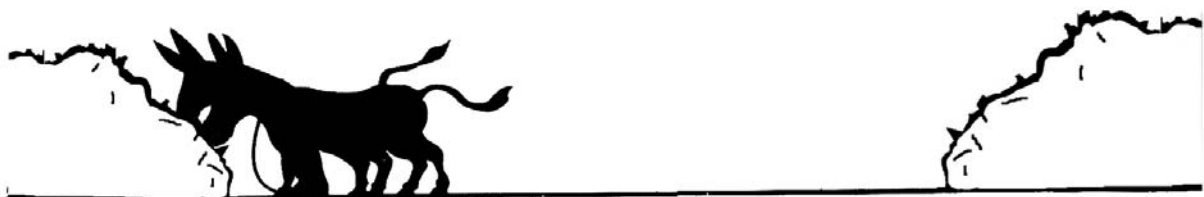


2.5.2 Een brug geslagen tussen zorg en werk met de interventie “ Aan het Werk?!”

Het unieke aan de in interventie ‘Aan het Werk?!’ is de bundeling van expertise van de revalidatie en de re-integratie. Juist de specifieke kennis van beide diensten dragen bij aan de interventie.



Het re-integratiebedrijf heeft kennis van de werkgelegenheid, wet- en regelgeving rondom werk en sociale zekerheid en de kansen op de arbeidsmarkt voor de jongvolwassenen met een lichamelijke handicap. Zij zijn vertrouwd met de arbeidsmarkt en ze hebben een netwerk met potentiële werkgevers. Op de werkplek zelf weten zij wat nodig is en kunnen ook *coaching on the job* bieden.



De revalidatie heeft specifieke kennis over stoornissen en de gevolgen daarvan voor het dagelijkse leven. Ze hebben ook kennis over de problemen van jongvolwassenen met fysieke beperkingen in overgang naar volwassenheid.



In de bijeenkomsten worden allerlei thema's rondom werk en handicap behandeld. Onder andere acceptatie en regie, vergroten inzicht mogelijkheden, belemmeringen en doelstellingen, belasting-belastbaarheid, copingstrategieën, solliciteren en voorlichting omtrent wet en regelgeving. De bijeenkomsten bieden de jongvolwassenen veel gelegenheid om hun ervaringen te delen. Hierdoor leren ze vooral veel van elkaar. Dit verhoogt hun eigenwaarde en zelfredzaamheid. Tijdens de groepsbijeenkomsten hebben de ergotherapeut en de jobcoach een gelijkwaardige en een op elkaar aanvullende rol. Afhankelijk van het thema neemt de één meer de regie dan de ander. Door de langdurige samenwerking en de gehele inrichting van het programma spreken beiden elkaars taal en zijn beiden partijen een waardevolle aanvulling op elkaar.

Het groepsprogramma wordt gevolgd door individuele begeleiding (afhankelijk van de persoonlijke situatie kan dit ook al eerder gestart zijn) die is toegesneden op de behoeften van elke deelnemende jongvolwassene. Alle deelnemers kunnen een individueel re-integratietraject van een jobcoach en behandeling van een of meerdere behandelaars vanuit de revalidatie krijgen. De inhoud, de frequentie en de duur van de individuele sessies worden aangepast aan individuele behoeften en mogelijkheden qua financiering.

2.5.3 Voordelen van de samenwerking

2.5.3.1 Elkaar aanvullen door samenvoegen kennis en informatie

Door het samenvoegen van de informatie uit de individuele sessies van de ergotherapeut (of andere behandelaars uit de revalidatie) en jobcoach en groepssessies, wordt samen met de

jongvolwassene een afgestemd actieplan opgesteld om zo zijn persoonlijke doelen te bereiken.

Door de informatie over het verloop van de handrevalidatie van Tim, weet de jobcoach wanneer Tim toe is aan een werkervaringsplaats in een supermarkt en wat de functionaliteit van de hand is. De jobcoach kan nu samen met Tim beschrijven waar een passend werkervaringsplek aan moet voldoen en een tijdspad maken wanneer hij op een werkervaringsplek kan starten. Het vooruitzicht op een werkplek motiveert Tim extra om therapietrouw te zijn, waardoor de behandeling bij de handtherapeut voorspoedig verloopt. Een goed inzicht over mogelijkheden en belemmeringen is belangrijk bij het verkrijgen van een passende werkervaringsplek. Tim en de jobcoach kunnen hierdoor aan een filiaalmanager van een supermarkt een volledig en reëel beeld schetsen ten aanzien van het vervullen van werkzaamheden. Anderzijds voorziet de jobcoach de handtherapeut van informatie die bijdraagt aan het stellen van nieuwe revalidatiedoelen voor het herstel van de hand.



2.5.3.2 Werken aan gezamenlijke doelen

Gezamenlijk worden de doelstellingen en de volgorde van het werken aan deze doelstellingen bepaald. Tevens wordt besproken wie wat samen met de jongvolwassene oppakt. In onderstaand voorbeeld wordt zichtbaar hoe gezamenlijk aan revalidatie- en re-integratiedoelstellingen gewerkt wordt.

De belastbaarheid van Naima is als gevolg van een neuromusculaire aandoening laag. Eén van de revalidatiedoelstellingen is het vergroten van de belastbaarheid. Naima heeft gedurende de dag weinig te doen, haar moeder en zussen nemen veel van haar over. Door dit beperkte dagbestedingspatroon is het lastig om te trainen met de principes van belasting-belastbaarheid.

Naima wil graag betaald werk. Volgens de verzekeringsarts van het UWV is zij 12 uur per week belastbaar voor werk, maar dit lijkt echter nu nog niet haalbaar.

Door in overleg met het UWV te starten met een werkervaringsplek van 2 x 3 uur per week kan Naima de principes van belasting-belastbaarheid in de praktijk leren toe passen en geleidelijk opbouwen naar het doel van 12 uur per week werken. De ergotherapeut focust zich hierbij op het algehele beeld en de jobcoach neemt hierbij de *coaching on the job* voor rekening.

2.5.3.3 Korte lijnen en open communicatie

Door deze gezamenlijke interventie kennen de jobcoach en de ergotherapeut en andere behandelaars elkaars werkstijl en expertises, is het maken van gezamenlijke doelstellingen vanzelfsprekend en weten ze van elkaar wat ze doen. Ze hebben geleerd om elkaars taal te spreken.

Marloes wil op advies van haar jobcoach een beoordeling arbeidsvermogen laten doen bij het UWV. Dit om in het kader van de participatiewet in aanmerking te komen voor 'de indicatie banenafpraak'. Voor de aanvraag en behandeling is de input van een behandelaar uit de revalidatie van grote toegevoegde waarde. Door de nauwe samenwerking begrijpt de revalidatie het belang hiervan en kan deze input eenvoudig verzorgd worden. Aan de hand van een door de ergotherapeut geschreven rapportage over het dagelijks functioneren van Marloes, vertaald en verwerkt de jobcoach deze informatie in de aanvraag. Bij de beoordeling van het UWV, zal de jobcoach meegaan met Marloes en onder andere de bevindingen vanuit de revalidatie toelichten. Door de nauwe samenwerking is deze vertaling door de jobcoach eenvoudig te maken.

2.5.3.4 Waardevol voor de jongvolwassene

De samenwerking is prettig en waardevol voor de jongvolwassenen. Jongvolwassenen met een chronische aandoening hebben veel te maken met behandelaars en begeleiders en zijn het vaak zat om alles keer op keer uit te leggen. Ook maken ze mee dat de verschillende partijen tegengestelde adviezen geven. Door de samenwerking zijn beiden partijen goed geïnformeerd over de issues die spelen bij de jongvolwassenen en weten beide partijen van elkaar waar ze met de jongvolwassene aan werken. Ook de onderlinge vertrouwde en

wens tot samenwerken van de revalidatie en re-integratie geeft de jongvolwassene vertrouwen in en bevestiging op zijn eigen proces.

2.5.3.5 Gezonde en duurzame loopbaan

Het maken van de juiste loopbaankeuze is lastig voor jongvolwassenen, zeker voor jongvolwassenen met een chronische lichamelijke aandoening. Deze laatste groep moet bij het maken ook nog eens rekening houden met de passendheid van een beroep in relatie tot de aandoening. Veel aan de interventie deelnemende jongvolwassenen hebben al verschillende niet afgeronde studies en/of vroegtijdige gestopte banen achter de rug. De jongvolwassenen zijn teleurgesteld en onzeker geworden in het nemen van stappen.

Door de samenwerking tussen revalidatie, re-integratie en de jongvolwassene, kan een reëel zoekprofiel opgesteld worden. De vragen “Wie ben ik, wat kan ik, wat wil ik? En, waar moet rekening mee gehouden worden?” staan hierbij centraal. Het streven is dat de jongvolwassene een baan vindt die aansluit bij zijn wensen, mogelijkheden en belemmeringen. Door passend werk te vinden is de kans groter dat de baan duurzaam is.

Eén van de rolmodellen (een secretaresse met een spastische parese) vertelt in de eerste bijeenkomst hier over altijd: “Ik kan wel paaldanseres willen worden, maar dat gaat nou eenmaal niet. Dus, ga op zoek naar werk wat je wel kan, en waar je het minst tegen je beperkingen op loopt. Mijn collega's en ik vergeten, door dat het zo goed gaat op mijn werk, soms dat ik bepaalde dingen niet kan”.

De kennis en expertise van de revalidatie wordt gebruikt bij bijvoorbeeld het uitproberen van hulpmiddelen en werkplekaanpassingen. De jobcoach faciliteert de aanvraag van de hulpmiddelen en zal desgewenst het gebruik van de hulpmiddelen op de werkplek verder oefenen.

Doordat de lijnen zo kort zijn en de drempels laag zijn is “de weg terug” naar de revalidatie ook eenvoudig als een jongvolwassene in de loop der jaren last van nieuwe of toegenomen klachten krijgt. Dit voorkomt uitval en vergroot de kansen op een duurzame plaatsing.

De zithouding van Michel in zijn elektrische rolstoel ging in de loop der jaren achteruit. Hierdoor kon hij zijn werk achter de computer minder goed uitvoeren. Hij had vaker hulp nodig van collega's om spullen aan te geven, wat invloed had op de productiviteit van hemzelf maar ook op die van zijn collega's. Daarnaast ontwikkelde hij rug- en schouderklachten. Zijn jobcoach adviseerde hem weer contact op te nemen met zijn ergotherapeut uit de revalidatie. Omdat dit voor hem bekend terrein was, maakte hij makkelijk een afspraak. De ergotherapeut kende Michel nog goed en was goed op de hoogte van zijn werksituatie door het nauwe contact met de jobcoach. Een nieuwe rolstoel die zowel geschikt was voor zowel de thuissituatie als de werksituatie werd samen met de gemeente aangemeten.

2.5.3.6 Financiële efficiëntie

Voor deze interventie is een gemeenschappelijke financiering, die zeer uniek voor Nederland is. De re-integratie wordt betaald door het UWV, de gemeente of een andere niet zorg-gerelateerde financieringsbron. De revalidatie wordt gefinancierd door de ziektekostenverzekering.

Tot 2015 liep deze gedeelde financiering vanzelfsprekend. De meeste deelnemende jongvolwassenen hadden een Wajong-uitkering en soms een WIA-uitkering van het UWV. De financiering voor "Aan het Werk?!" werd bekostigd uit de re-integratiebudgetten van het UWV. Echter met de invoering van de participatiewet sinds 2015 is de financiering voor het re-integratiegedeelte niet meer vanzelfsprekend. De deelnemende jongvolwassenen vallen nu over het algemeen onder de Participatiewet, welke is ondergebracht bij de gemeente waar ze wonen. Gemeentes hebben verschillende wijzen van invulling geven aan re-integratie voor jongvolwassenen in de Participatiewet. Het gefinancierd krijgen van de re-integratie bij de gemeente loopt helaas moeizaam. Momenteel wordt onderzocht hoe dit kan verbeteren en of er alternatieve financieringsmogelijkheden zijn.

2.5.4 Keuze samenwerkingspartner

Voor een goede samenwerking is de keuze voor een juiste samenwerkingspartner van groot belang. De interventie is tot nu toe gestart op initiatief van verschillende revalidatiecentra. In Rotterdam bij het Erasmus MC en later Rijndam Revalidatie is van het begin af aan re-integratiebedrijf Bureau VolZin betrokken geweest. In Rijnlands Revalidatie en Reade revalidatie en reumatologie werd begonnen met de samenwerking met andere re-integratiebedrijven. Sinds 2015 verloopt de samenwerking ook met Bureau VolZin. Wat maakt de samenwerking tussen de revalidatiecentra en dit re-integratiebedrijf tot een succes

en waar moet een revalidatiecentrum op letten bij het maken van een keuze voor een re-integratiebedrijf?

- Ervarings- en opleidingsachtergrond jobcoaches. Bij voorkeur een paramedische achtergrond of anders aantoonbare ervaring met de doelgroep. Bij Bureau VolZin hebben de betrokken jobcoaches een ergotherapeutische achtergrond.
- Heeft het re-integratiebedrijf een overeenkomst met het UWV tot het mogen uitvoeren van UWV-trajecten en contacten/contracten bij verschillende gemeentes om trajecten uit te mogen voeren. Dit laatste is in de praktijk lastig omdat de deelnemende jongvolwassenen uit veel verschillende gemeentes komen. In de praktijk hebben re-integratiebedrijven geen contracten die gelden voor een hele regio.
- De flexibiliteit om bij start vooral te investeren zonder dat daar al 100% zeker financiering tegenover staat
- Bereidheid tot samenwerking met revalidatieprogramma
- Bereidheid de taal en context van de revalidatie te leren begrijpen

Als laatste is het voor de samenwerkende trainers van de groep, van groot belang dat er een goede klik is tussen hen beiden en dat ze de flexibiliteit hebben om mee te bewegen met de groepsdynamiek en de actualiteiten binnen de groep. Humor en ontspanning zijn daarbij de sleutelwoorden.

2.6 Aanbevolen literatuur

Reportage Scanner mei 2010. (Bijlage 2)

Reportage UWV Magazine februari 2014. (Bijlage 3)

2.7 Videomateriaal

Film: TraJect: Aan het werk!? De trainers aan het woord.

(<https://www.youtube.com/watch?v=LkYosYdEhLg&t=9s>)

2.8 Opdrachten

Opdracht 1

Bespreek in groepjes van drie studenten hoe jij vanuit jouw beroep zou kunnen bijdragen aan het aan het werk komen van jongvolwassenen met lichamelijke beperkingen.

Opdracht 2

Maak in groepjes van drie studenten een overzicht van zowel de verschillen als de overeenkomsten tussen een jongvolwassene met en zonder beperking in het zoeken en het behouden van werk.

Opdracht 3

Kruip in de rol van werkgever. Je krijgt een sollicitant voor de functie administratief medewerker en dit blijkt een jongvolwassene met beperking X te zijn. Het bedrijf is gevestigd op de 2^e etage van een kantorencomplex. Denk *outside the box*; hoe zou deze jongvolwassenen bij jou toch aan het werk kunnen gaan?

Opdracht 4

Bedenk een invulling van de eerste groepsbijeenkomst van 2 uur. Wat is het doel van de bijeenkomst? Bedenk een geschikte kennismakingsactiviteit zodat deelnemers elkaar beter leren kennen. Zorg dat de activiteit ook past bij het onderwerp en doel van de module.

Bijlagen

Bijlage 1

[van Meeteren, J., Wiegerink, D.J.H.G., Hilberink, S.R., & Roebroek, M.E. \(2015\). Volwassen worden. In: M. Hadders-Algra, K. Maathuis, R.F. Pangalila, J.G. Becher, J. de Moor \(Eds\), Kinderrevalidatie \(pp 333-346\). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV. ISBN: 978-90-2325080-7.](#)

Bijlage 2

Solliciterende rolstoeler blijft in je geheugen. Scanner, mei 2010, 12.

Bijlage 3

Meedraaien, daar gaat het om. Revalidatie en re-integratie volgens TraJect. UWV Magazine februari 2014, 22-25.

Referenties

- Bal MI, Sattoe JN, van Schaardenburgh NR, Floothuis MC, Roebroek ME, Miedema HS. A vocational rehabilitation intervention for young adults with physical disabilities: participants' perception of beneficial attributes. *Child Care Health Dev.* 2017;43:114-125.
- Boekhoff J, Eekhout J. *Huishouden en Wonen*. Amsterdam: VU medisch centrum, 2010. (TransitieNet-serie)
- Buffart L, Niemantsverdriet Y, Veth R. *Actieve leefstijl en Sportstimulering*. Rotterdam: Erasmus MC / Rijndam revalidatiecentrum, 2007. (TransitieNet-serie)
- Campbell F, Biggs K, Aldiss SK, O'Neill PM, Clowes M, McDonagh J. et al. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016;4:CD009794.
- Crowley R, Wolfe I, Lock K, McKee M. Improving the transition between paediatric and adult healthcare: a systematic review. *Arch Dis Child.* 2011;96(6):548-53.
- Donkervoort M, Wiegerink DJ, van Meeteren J, Stam HJ, Roebroek ME; Transition Research Group South West Netherlands. Transition to adulthood: validation of the Rotterdam Transition Profile for young adults with cerebral palsy and normal intelligence. *Dev Med Child Neurol.* 2009;51:53-62.
- Geerlings RPJ, Aldenkamp AP, Gottmer – Welschen LMC, de With PHN, Zinger S, van Staa AL, de Louw AJA. Evaluation of a multidisciplinary epilepsy transition clinic for adolescents. *Eur J Paediatr Neurol.* 2016;20:385-92.
- Hakkaart-van Roijen L, Tan SS, Bouwmans CAM. *Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en standaardkostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Instituut voor Medical Technology Assessment Erasmus University/CVZ Health Care Insurances Board, 2010.
- Hilberink SR, van der Stege HA, van Ool M, Versteeg SE, de Louw A, van Staa AL. Opgroeien met epilepsie: de Epilepsie Groei-wijzer. *Epilepsie, Periodiek voor professionals.* 2015;13(3):3-5.
- Jager C de, Hulst T. *Regie over eigen leven*. Rotterdam: MEE Rotterdam Rijnmond, 2008. (TransitieNet-serie)
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (4th ed.) Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner G, Braveman B, Finlayson M, Paul-Ward A, Goldbaum L, Goldstein K. Outcomes of a Vocational Program for Persons with AIDS. *Am J Occup Ther.* 2004;58:64-72.

- Kielhofner G, Mallinson T, Crawford C, Nowak M, Rigby M, Henry A, et al. Occupational Performance History Interview-II. (OPHI-II): Version 2.1. Chicago (IL): College of Applied Health Sciences, University of Illinois, 2004b.
- Kielhofner G, Mallinson T, Forsyth K, Lai JS. Psychometric properties of the second version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *Am J Occup Ther*. 2001;55(3):260-7.
- Kooiker SER. Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2006.
- Kruijver E, Hilberink S, Wiegerink D, Vliet Vlieland T. Groepsprogramma 'Vriendschap, Verkering & Vrijen' laat jongeren met chronische lichamelijke beperkingen praten over liefde en seksualiteit. *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde*. 2013;4:182-184.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure. Ottawa: CAOT Publications ACE, 1998.
- Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure, 5th edition. Ottawa: CAOT Publications ACE, 2014.
- Lindsay S. Discrimination and other barriers to employment for teens and young adults with disabilities. *Disabil Rehabil*. 2011;33(15-16):1340-50.
- Maathuis CGB, Vos I, Roebroek ME, Hilberink SR. De Groei-wijzer. Een instrument om vaardigheden voor zelfstandigheid te vergroten. *NTR* 2012;34:115-119.
- Magill-Evans J. (2001) Are families with adolescents and young adults with cerebral palsy the same as other families?, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 466-472.
- Nieuwenhuijsen C, Donkervoort M, Nieuwstraten W, Stam HJ, Roebroek ME. Experienced problems of young adults with cerebral palsy: targets for rehabilitation care. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(11):1891-1897.
- Sattoe JNT, Hilberink SR, van Staa AL, Bal R. Lagging behind or not? Four distinctive social participation patterns among young adults with chronic conditions. *J Adolesc Health*. 2014a;54:397-403.
- Sattoe JNT, Hilberink SR, Peeters MAC, van Staa AL. 'Skills for Growing Up': supporting autonomy in young people with kidney disease. *J Renal Care*. 2014b;40:131-139.
- Shier M. Barriers to employment as experienced by disabled people: a qualitative analysis in Calgary and Regina, Canada. *Disabil Soc*. 2009;24:63-75.
- van den Berg M, Smit R. Betrokken Ouderschap. Leiden: Hogeschool Leiden, 2010. (TransitieNet-serie)
- van der Meer P, Angevaere A, Vos A, van Haastrecht K. Onder de pannen. Den Haag: Sophia Revalidatie Den Haag, 2010. (TransitieNet-serie)

- van Mechelen MC, Verhoef M, van Asbeck FW, Post MW. Work participation among young adults with spina bifida in the Netherlands. *Dev Med Child Neurol.* 2008;50(10):772-7.
- van Meeteren J, Wiegerink DJHG, Hilberink SR, Roebroek ME. Volwassen worden. In: M. Hadders-Algra, K. Maathuis, R.F. Pangalila, J.G. Becher, J. de Moor (Eds), *Kinderrevalidatie* (pp 333-346). Assen: Koninklijke Van Gorcum BV. ISBN: 978-90-2325080-7, 2015.
- Verhoef JA, Miedema HS, Van Meeteren J, Stam HJ, Roebroek ME. A new intervention to improve work participation of young adults with physical disabilities: a feasibility study. *Dev Med Child Neurol.* 2013;55:722-728.
- Verhoef JA, Roebroek ME, van Schaardenburgh N, Floothuis MC, Miedema HS. Improved occupational performance of young adults with a physical disability after a vocational rehabilitation intervention. *J Occup Rehabil.* 2014;24:42-51.
- Verhoef JAC, Bal M, Roelofs PDDM, Borghouts JAJ, Roebroek ME, Miedema HS. Effectiveness of interventions to improve participation in work: a systematic review. In: Verhoef, JAC (2015a). *Improving work participation of young adults with physical disabilities* (Doctoral thesis). Rotterdam: Erasmus University.
- Verhoef JAC, Roebroek ME, Meeteren J van, Floothuis MCSG, Schaardenburgh N van, Stam H, Miedema HS. Een nieuwe interventie om de arbeidsparticipatie te bevorderen van jongvolwassenen met een lichamelijke beperking: een pilotstudie. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.* 2015b;23(9):406-12.
- Verhoef JAC, Zalmstra A. Model of Human Occupation. In: Le Grasse M, van Hartingsveldt M & Kinébanian A. *Grondslagen van de ergotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2017.



van links naar rechts: Eric de Ronde, Natascha van Schaardenburgh, Monique Floothuis

Brand in...

Redactrice Ellen Brand gaat in huis op zoek naar bijzondere plekken. Ditmaal bezoekt zij de polikliniek Jongvolwassenen.

Solliciterende rolstoeler blijft in je geheugen

De polikliniek Jongvolwassenen stoomt jongeren met een chronische aandoening klaar voor werk. "Je moet zelf zorgen voor een klik met je potentiële werkgever", zegt wetenschappelijk medisch onderzoeker Goran Rudez, zelf gekluisterd aan een rolstoel. TEKST: ELLEN BRAND

Desiree, Engin en Eric nemen samen met vijf anderen deel aan de training 'Aan het werk'. Ze hebben goede hoop dat ze straks een baan vinden, ondanks hun lichamelijke beperkingen. De jongste is achttien en de oudste 29, maar minimaal één ding hebben ze met elkaar gemeen: ze zijn op zoek naar een werkgever die oog heeft voor hun kwaliteiten. Allen bezoeken de polikliniek Jongvolwassenen van de afdeling Revalidatiegeneeskunde en Fysiotherapie.

Spasmen

Engin Under heeft zijn hele leven al last van spasmen, waardoor hij krukken nodig heeft bij het lopen. Een paar jaar geleden heeft hij zich in het vrijwilligerswerk gestort als raadsman in een buurtcentrum bij de gemeente Dordrecht. Hier helpt hij mensen die vragen hebben over schuldsanering. "Ik ga dan samen met hen na wat het probleem is, welke oorzaak dat heeft en wat ze eraan zouden kunnen doen." Het werk bevalt hem en het is zijn wens

om in de toekomst hetzelfde te doen, maar dan betaald. Samen met zijn jobcoach van bureau Volzin - zie kadertekst - is hij dat nu aan het uitzoeken. Under heeft wel enige reserves. "Ik weet niet, of het haalbaar is een betaalde baan te vinden of dat ik er net buiten val omdat ik wel veel opleiding heb, maar geen diploma's."

Niet eenvoudig

Cursusleidster en ergotherapeut Monique Floothuis van het Erasmus MC legt uit dat het voor jongeren met een lichamelijke beperking niet eenvoudig is zomaar een baan te vinden. "Werkgevers staren zich soms blind op een handicap, zien vooral de nadelen en hebben minder oog voor de kwaliteiten van een sollicitant. Binnen de training 'Aan het werk' leren wij de jongeren hoe ze een sollicitatiebrief kunnen schrijven en hoe ze een gesprek met een werkgever kunnen voeren." Ze vervolgt: "De cursisten onderzoeken ook hun eigen mogelijkheden. De meesten zullen geen vijf dagen per week kunnen werken." Volgens Floothuis is het zaak dat ze hun doelen helder en reëel maken en dat ze van zichzelf weten wat hen aantrekkelijk maakt voor de arbeidsmarkt. "We maken ze ook wegwijs in het woud van wettelijke regelingen over uitkeringen, aanpassingen en vergoedingen, zodat ze die kunnen aanvragen. Als het nodig mocht zijn, helpen we hen hierbij."

Twaalf met baan

Floothuis is niet ontevreden "Als je kijkt naar de afgelopen drie jaar, zie je dat twaalf van de 22 deelnemers al een baan gevonden hebben. Eentje loopt er nu stage, zeven mensen zitten nog in het

gemonteerd is. Als hij zijn hoofd beweegt, volgt de muis diezelfde beweging en kan hij letters aanklikken die vervolgens in een tekstregel bovenin de computer verschijnen. Op die manier kan hij zinnen maken. Degene die ernaast zit, leest die. Deze computer heeft hij samen ontwikkeld met een medestudent. Eric is er blij mee, want in de toekomst is het een goed hulpmiddel als hij verslagen moet maken voor zijn baan. Hij zit in een rolstoel en kan niet praten, maar hij heeft twee jaar geleden zijn informaticastudie afgerond aan de Hogeschool Rotterdam en zou graag iets in de ICT doen. Of hem dat gaat lukken, weet hij niet. "Ik heb wel hoop iets te vinden, maar het zal ervan afhangen of ik een werkgever vind die *open minded* is. Mensen denken heel gauw dat als je niet kunt praten, je ook niet honderd procent bij je verstand bent." Cursusleidster Natascha van Schaardenburgh werkt bij bureau Volzin, een coaching- en re-integratiebedrijf dat mensen begeleidt naar werk. Zij herkent de uitspraak, maar voegt eraan toe dat het bedrijven ook extra voordelen kan opleveren om iemand met een beperking in dienst te nemen.

Financiële kortingen

Zo verschaft het UWV, het Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen, volgens haar allerlei financiële kortingen als de werknemer ziek is of relatief traag. Diezelfde organisatie zorgt ook voor vervoer van de werknemer en past, indien gewenst, de werkplek aan. Van Schaardenburgh: "Je kunt natuurlijk niet om de beperking heen, daar moet je eerlijk over zijn. Maar we leren de cursisten hoe ze bepaalde nadelen kunnen compenseren. Ze moeten zelf de oplossing bieden aan de werkgever."

Over dat laatste kan Goran Rudez meepraten. Hij werkt al sinds 2004 als wetenschappelijk medisch onderzoeker bij de afdeling Farmacologie en deels bij de afdeling Cardiologie in het Erasmus MC en zit vanwege een spierziekte in een rolstoel. Bij elke nieuwe groep cursisten vertelt hij zijn verhaal om hen een hart onder de riem te steken.

Volgens hem loopt het in een sollicitatiegesprek vaak vast op verkeerde beeldvorming, niet alleen bij de werkgever maar ook bij de sollicitant. "Die gaat er bij voorbaat al vanuit dat hij afgewezen wordt vanwege zijn handicap. Maar dat hoeft helemaal niet."

Plausibel

"Je moet je goed voorbereiden," vervolgt hij, "zodat de werkgever jouw verhaal plausibel vindt. Dan ben je al minimaal gelijkwaardig aan de andere sollicitanten. Door je handicap heb je al bewezen dat je goed kunt omgaan met beperkingen, dat kan een pré zijn. En je hebt natuurlijk het voordeel dat de werkgever zich het gesprek met jou goed zal herinneren, een rolstoel vlak je immers niet zomaar uit." Zelf is hij ook weleens afgewezen, maar hij is nooit aan zichzelf gaan twijfelen en dat wil hij de werkzoekenden van nu meegeven. ☑

Rolstoel

Eric de Ronde, die zwaar spastisch is, 'spreekt' met communicatieapparatuur. Hij heeft een stip op zijn bril, die in verbinding staat met de webcam van de computer die vóór hem op de rolstoel

Polikliniek Jongvolwassenen

De training 'Aan het werk' is ontwikkeld door de polikliniek Jongvolwassenen van de afdeling Revalidatiegeneeskunde en Fysiotherapie van het Erasmus MC en Rijndam Revalidatiecentrum. Bij deze training is ook bureau Volzin betrokken, een Rotterdams coachings- en re-integratiebedrijf dat mensen begeleidt naar werk. Dit bureau levert jobcoaches die elke cursist krijgt aangeboden. De cursus bestaat uit zes tot acht bijeenkomsten van twee uur. De meeste deelnemers zijn patiënt van het Erasmus MC.

Functiebeperking

De polikliniek Jongvolwassenen helpt jongeren met een functiebeperking bij de overgang van kind naar volwassene en biedt ook cursussen zoals 'regie over eigen leven' en 'actieve levensstijl'.

Meer informatie: www.opeigenbenen.nl



Engin Under en Desiree de Larie

A black and white photograph of three men in a garage. The man in the center is older, has a mustache, and is wearing a light-colored zip-up jacket over a dark shirt and dark jeans. He has his arms around the shoulders of two younger men on either side of him. The man on the left is wearing a dark jumpsuit and is holding a car tire. The man on the right is also wearing a dark jumpsuit and is holding a car tire. They are all smiling at the camera. The background shows a typical garage environment with tools and equipment.

Leerlingen van het Praktijkonderwijs moeten het qua werk vooral hebben van hun handen. Om hun kansen op de arbeidsmarkt zo groot mogelijk te maken, lopen zij vanaf hun zestiende jaar volop stage. Zoals deze twee leerlingen van praktijkschool MaxX in het Gelderse Neede. Zij konden terecht bij een plaatselijke garagehouder. Zonder hem zou de participatiesamenleving er een stuk fletser uitzien.

3 De participatie-samenleving volgens **MARTIN WAALBOER**

A large, dense crowd of people, mostly young adults, looking towards the camera. Many are wearing sunglasses. The image is in black and white with a blue tint.

Participatie-samenleving

'NIEMAND WEEET WAT HET IS'

N^o **1**
februari 2014

UWV
magazine

Participatie en decentralisatie ■ Wet in wording ■ **René Paas** ziet het wel zitten ■ Re-integratie in Rotterdam ■ De blues van Gijsbert Vonk





Marjanke de Vries: 'Ik heb geleerd mijn energie beter te verdelen'

Meedraaien, daar gaat het om

REVALIDATIE EN RE-INTEGRATIE VOLGENS TRAJECT

VOLWASSEN worden **MET** een **LICHAMELIJKE BEPERKING** vraagt veel van jongeren. Zo veel, dat ze soms vastlopen in hun zoektocht naar werk. **TRAJECT**, een samenwerkingsverband van Revalidatiegeneeskunde Rijndam en re-integratiebedrijf Bureau VolZin, helpt ze over de drempel. Ook UWV is nauw bij dit Traject betrokken.

Ik wil normaal zijn, net als andere mensen autorijden en mee kunnen draaien', zegt een jongen tegen een trainer. Hij is aanwezig op een bijeenkomst van TraJect in het Erasmus MC, een project dat revalidatie en re-integratie combineert om jongeren met een beperking voor te bereiden op de arbeidsmarkt. De muren zijn frissgroen gekleurd. Er is ruimte, zodat de aanwezige rolstoelen makkelijk kunnen manoeuvreren. Op de tafels staan chocolaatjes, mandarijntjes en zoute koekjes. Een beetje feestelijkheid hoort bij de afsluiting van de eerste helft van het TraJect waarin de drempels naar een baan zo veel mogelijk worden weggehaald. Vandaag wordt de deelnemers een hart onder de riem gestoken door ervaren oud-TraJectgangers die inmiddels langere tijd aan

het werk zijn. Zoals Robbert van Vondelen (27), een stoere Rotterdammer, die bij het pilotproject zat in 2006. 'TraJect stond toen nog in de kinderschoenen', vertelt hij. Het ging op dat moment niet goed met Robbert. Hij vulde zijn dagen op een activiteitencentrum, maar wat hij daar kon doen, was onder zijn niveau. Hij voelde zich nutteloos en raakte in een neerwaartse spiraal. 'Als ik zo 80 moet worden, hoeft het niet meer voor mij', zei hij tegen zijn revalidatiearts. Robbert werkt nu vier halve dagen per week als administratief medewerker in een kabelfabriek. Zijn werk geeft hem voldoening. 'Toen ik begon aan het traject, dacht ik dat het alleen maar mooie verhalen waren, maar hier deden ze er écht alles aan om me aan een baan te helpen. Ik heb fijne collega's en werk inmiddels drie jaar op deze plek. Mijn levenslust is weer teruggekomen.'



‘JE KOMT NERGENS ALS JE JE HANDICAP NIET ACCEPTEERT EN GEEN RESPECT VOOR JEZELF HEBT’

De jongeren die deelnemen aan TraJect stromen meestal binnen via een revalidatiecentrum en UWV. Hun beperkingen zijn het gevolg van een chronische lichamelijke aandoening zoals MS, een spierziekte of cerebrale parese (letterlijk ‘hersenvlamming’: een bewegingsstoornis). De jongeren moeten klaar zijn voor de arbeidsmarkt. Vervolgens worden ze onder andere gescreend op motivatie, vertelt Monique Floothuis, ergotherapeut van Revalidatiegeneeskunde Rijndam en trainer van TraJect. ‘Een belangrijk aspect is dat de jongeren ontdekken hoe groot hun belastbaarheid is en waar hun grenzen liggen. Wat geeft ze energie en wat kost ze energie? Als daar problemen liggen, komt er een individueel revalidatietraject. TraJectpartner Bureau VolZin probeert ze al vanaf het begin een werkervaringsplek te bezorgen, zodat ze binnen de revalidatie kunnen oefenen.’ Ook wordt er alles aan gedaan om jongeren te coachen en te helpen bij de onvermijdelijke ‘papierberg’, om voorzieningen op de werkplek te regelen, of om de werkgever te attenderen op regelgeving of subsidies voor aanpassingen. Een lichamelijke beperking is meestal niet het enige wat speelt, vertelt Natascha van Schaardenburgh van Bureau Volzin, die ook trainer is binnen TraJect. ‘Vaak is er een periode geweest met wisselende baantjes. Daar kunnen de jongeren onzeker van worden, waardoor het lijkt alsof ze niet gemotiveerd zijn, terwijl er iets anders achter zit: ontmoediging of frustratie. Ook lukt het ze niet altijd om goed in te schatten waar de eigen grenzen liggen.’

In het plaatje passen

Geen goed zicht op de eigen grenzen: dat speelde bij Marjanke de Vries (24). Een sprankelende jonge meid. Ze werd geboren met spina bifida, in de volksmond ‘een open rug’. Ze wilde doktersassistente worden. De opleiding doorliep ze moeiteloos, maar tijdens stages liep ze aan tegen bepaalde zaken. ‘Ik bleek niet zo mondig te zijn, ik kwam onzeker over. Maar zelf had ik voor ogen dat ik het goed kon, ik zag het probleem niet zo. Toen ik bij de derde stage weer niet in het plaatje paste, werd ik onzeker.’ Ook haar eerste baan in een grote praktijk met drie huisartsen bleek te hoog gegrepen. Lichamelijk liep ze tegen haar grenzen aan. ‘De druk was te groot, waardoor ik steekjes liet vallen. Ik kwam in de WW, maar vier maanden solliciteren leverde niets op. Toen kwam het besef: ‘Ik moet eerst aan mezelf gaan werken’. TraJect raadde een therapie aan waarin ze leerde zichzelf en haar grenzen te accepteren. Daarnaast kreeg ze jobcoaching. Ze is inmiddels weer doktersassistente, dit keer in een rustiger omgeving, een verpleeghuis. Nu gaat het goed. ‘Het werk is beter te overzien, compacter en beter afgebakend. En ik heb geleerd mijn energie beter te verdelen. Mijn functie gaat in de toekomst misschien vervallen. Maar dat kan ik relativeren. Het ligt niet aan mij. Ik ben weerbaarder geworden en beter opgewassen tegen wat werken van me

vraagt.’ De aanwezige jongeren krijgen een seintje om van stoel te wisselen en in gesprek te gaan met een andere ervaringsdeskundige, trainer of begeleider. Bart Pompe, ergonomist en arbeidskundige op het gebied van voorzieningen, is hier namens UWV. Pompe had al eerder samengewerkt met Natascha van Schaardenburgh en voelde zich betrokken bij de inhoud van TraJect. ‘Wij kijken wat er nodig is op de werkplek om elke belemmering weg te halen. Kan iemand moeilijk lopen, dan komt er een lift, heeft iemand moeite met een toetsenbord, dan komt er een spraakcomputer. Ik heb het idee dat we jongeren hier écht iets kunnen meegeven.’ Uniek aan TraJect is dat UWV, re-integratie en revalidatie samenwerken. De lijnen met UWV zijn kort en er kan snel worden geschakeld. De zorgverzekeraar betaalt het deel van TraJect dat de jongeren als groep volgen. UWV neemt de re-integratie financieel voor zijn rekening.

Peer support en empowerment

De resultaten van TraJect worden vanaf 2011 geëvalueerd aan de hand van wetenschappelijk effectonderzoek. Marjolijn Bal van Erasmus MC en Hogeschool Rotterdam is een van de onderzoekers die verbonden zijn aan het project. Tot nu toe blijkt dat 71% van de deelnemers na drie jaar (nog steeds) aan het werk is. Het gaat dan in 56% van de gevallen om betaald werk. Of dit effect puur toe te schrijven is aan TraJect, kan ze nu nog niet met zekerheid zeggen. ‘We vergelijken momenteel de resultaten van centra die de module toepassen en centra die deze niet aanbieden. Maar die resultaten hebben we nog niet.’ Desondanks verwacht ze dat TraJect hoger zal scoren. Met name het effect van *peer support* en *empowerment* is volgens Bal van cruciaal belang. ‘Vrijwel alle jongeren die ik heb gesproken, geven aan dat het echt heeft geholpen om hun ervaringen te delen met leeftijdgenoten die in een vergelijkbare situatie zitten. Dat geeft ze het zelfvertrouwen om een werkgever te overtuigen van hun kwaliteiten. De toegevoegde waarde zit echt in het groepsprogramma.’ Dat het in 21% van de gevallen om onbetaald werk gaat, doet niets af aan het resultaat, meent Bal. ‘Onbetaald werk is vaak een tussenstap. Daarmee krijgt een jongere meer zelfvertrouwen en de werkgever loopt minder risico.’ Belangrijk voor het slagen van TraJect is de goede samenwerking met UWV, re-integratiebedrijf en de revalidatiecentra, meent Bal. ‘Dat de revalidatiecentra één contactpersoon hebben bij Bureau VolZin. Daar staan of vallen de groepsbijeenkomsten bij. Ook is het belangrijk dat er voldoende jongeren meedoen.’

Afhaakrisico

Volgens Monique Floothuis is de grote betrokkenheid van de trainers een belangrijke succesfactor. ‘Er is bij deze jongeren een groot ‘afhaakrisico’. Ze moeten veel stappen zetten naar een meer zelfstandig leven. Binnen TraJect gaat het om inzicht krijgen in hun eigen functioneren



Robbert van Vondelen: ‘Mijn levenslust is weer teruggekomen.’

en ontdekken waar ze hulp bij nodig hebben. Daarom zitten we er hard achteraan.’ Omdat TraJect zo succesvol is, hebben Floothuis en Van Schaardenburgh inmiddels implementatietrainingen gegeven aan revalidatieteams en jobcoaches in Den Haag, Leiden en Amsterdam. En er is goede hoop dat andere plaatsen zullen volgen. Floothuis: ‘Deze jongeren hebben vaak veel achter de rug, ook mislukkingen. Het is belangrijk voor hun zelfbeeld, hun identiteit dat ze een plek vinden in de samenleving.’ Kevin Kramer (26) zit nog midden in het TraJect. Een enthousiaste jongeman, die te vroeg werd geboren en daar spasmes aan overhield. In de zoektocht naar zijn droombaan liep hij daar tegenaan. De horeca bleek praktisch niet haalbaar en werk in de gehandicaptenzorg liep vooral door de houding van zijn werkgever uit op een enorme teleurstelling. Zijn moeder stimuleerde hem om hulp te zoeken. Via UWV is hij bij TraJect terechtgekomen. Inmiddels is hij omgeschoold tot administratief medewerker. In zijn vriendenkring is hij de enige met een beperking. ‘Ik wilde ontdekken hoe andere jongeren zoals ikzelf in het leven staan, waar ze tegenaan lopen. Wat ik vooral heb opgepikt is dat je nergens komt als je je handicap niet accepteert en geen respect voor jezelf hebt.’

TRAJECT IN HET KORT

TraJect is een training die zich richt op jongeren met een lichamelijke beperking in de ‘transitieleeftijd’ van 16 tot 25 jaar: dan maken ze immers de overgang naar werk, relaties en zelfstandig wonen. Om deze jongeren aan werk te helpen en aan het werk te houden is een forse investering nodig, waarbij de baten vaak pas op de langere termijn zichtbaar zijn. TraJect loopt in Rotterdam, Leiden en Amsterdam. De training is ontwikkeld door de Hogeschool Rotterdam, Revalidatiegeneeskunde Rijndam/Erasmus MC en Bureau VolZin. Lichamelijke revalidatie en re-integratie lopen via één

loket. Trainers, ergotherapeuten, psychologen en maatschappelijk werk, jobcoaches en arbeidskundigen werken samen. Tijdens het eerste deel van TraJect worden groepsactiviteiten georganiseerd die inzicht geven in de lichamelijk en mentale belastbaarheid, zoals een rollenspel dat voorbereidt op het echte solliciteren. Als er knelpunten zijn kan een aanvullend traject worden geadviseerd. Na het groepsge-deelte volgt een individuele begeleiding door de jobcoach van het re-integratiebureau. Korte lijnen met de arbeidskundige van UWV zorgen ervoor dat drempels snel weggenomen worden.