

Proceसेvaluatie activeringstrajecten voor personen met een medische, mentale, psychische, psychiatrische en/of sociale problematiek

Goedroen Juchtmans & Monica Wouters

Projectleiding: Sofie Cabus & Peter De Cuyper



KU LEUVEN

HIVA

ONDERZOEKSINSTITUUT VOOR
ARBEID EN SAMENLEVING

PROCESEVALUATIE ACTIVERINGSTRAJECTEN VOOR PERSONEN MET EEN MEDISCHE, MENTALE, PSYCHISCHE, PSYCHIATRISCHE EN/OF SOCIALE PROBLEMATIEK

Goedroen Juchtmans & Monica Wouters

Projectleiding: Sofie Cabus & Peter De Cuyper

Onderzoek in opdracht van het departement Werk & Sociale economie

Gepubliceerd door
KU Leuven
HIVA - ONDERZOEKSINSTITUUT VOOR ARBEID EN SAMENLEVING
Parkstraat 47 bus 5300, 3000 LEUVEN, België
hiva@kuleuven.be
<http://hiva.kuleuven.be>

D/2021/4718/016 – ISBN 9789055507214

© 2021 HIVA-KU Leuven

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means, without permission in writing from the publisher.

Voorwoord

Dit rapport kwam tot stand dankzij de medewerking van vele betrokkenen. Zonder hen was dit rapport er niet geweest en was het niet zo rijk en divers geweest aan perspectieven.

Graag willen we daarom al die betrokkenen danken voor hun medewerking en input: de penhouders om centraal aanspreekpunt te willen zijn voor onze vragen, alsook voor de organisatie van focusgroepen en van de gesprekken met de deelnemers; de verschillende professionals die de activeringstrajecten concreet vorm geven en samen met de deelnemers de kroongetuigen zijn van de activeringstrajecten; de deelnemers die aan ons hun verhaal wilden vertellen; de VDAB voor het aanleveren van de data en hun betrokkenheid; het Departement Werk en Sociale Economie voor de organisatie van de stuurgroep en voor alle ondersteuning bij onze vragen, SAMvzw voor de fijne samenwerking waardoor we onverwacht boeiende nieuwe data en inzichten konden verwerven; en de stuurgroep voor hun constructieve adviezen en suggesties die de kwaliteit van het onderzoek en de rapportage verbeterden.

We hopen dat dit rapport en de aanbevelingen in het laatste hoofdstuk inspiratie mogen bieden voor de beleidsmakers om de goede praktijken binnen de activeringstrajecten te versterken en aanpassen te doen die, waar nodig, de effectiviteit van de activeringstrajecten en de beleving ervan door verschillende betrokkenen kunnen verbeteren.

Het onderzoeksteam KU Leuven-HIVA
(Monica Wouters, Goedroen Juchtmans en Peter De Cuyper)

Inhoud

Voorwoord	3
Lijst afkortingen	9
Lijst tabellen	11
Lijst figuren	13
Beleidssamenvatting	15
Inleiding	29
1 Voorstelling en analyse van de maatregel 'activeringstrajecten' binnen het decreet houdende de werk- en zorgtrajecten	31
1.1 Afbakening van doel en doelgroep	31
1.2 De samenwerking tussen werk en zorg: van een focus op zorg naar een focus op werk in de ondersteuning	33
1.3 Een trajectbenadering	33
1.4 Samenwerkingsmodel: integraal werken	34
1.5 Concrete uitwerking	35
1.5.1 Functies, rollen en taken professionals	35
1.5.2 Concreet stappenplan zoals uitgewerkt in de draaiboeken	36
2 Methodologie en aanpak van de procesevaluatie	39
2.1 Kwantitatieve databronnen	39
2.1.1 Analyse administratieve data (VDAB en DWSE)	39
2.1.2 Bevraging VDAB	41
2.1.3 Vragenlijst werkgevers	41
2.2 Kwalitatieve databronnen	42
2.2.1 Focusgroepen en individuele casusbespreking	42
2.2.2 Diepte-interviews met de deelnemers	42
2.2.3 Participerende observatie	43
3 Toeleiding naar activeringstrajecten en profiel deelnemer	45
3.1 Drempels tot toeleiding activeringstraject	46
3.1.1 Kennis toeleidingsmogelijkheden	46
3.1.2 Taalvaardigheid als drempel voor toeleiding	47
3.2 Profiel deelnemer	47
3.2.1 Algemeen profiel deelnemers activeringstraject op basis van VDAB-data	47
3.2.2 Een specifieke doelgroep: verschillen met andere groepen werkzoekenden	50
3.2.3 Drempels tot de arbeidsmarkt volgens begeleiders en kandidaat-deelnemers	54
3.2.4 Hoe het profiel van de deelnemer best registreren in de ICF?	56
3.2.5 Verschillen in deelnemersprofielen tussen provincies	57
3.3 Beoordeling van de kansen van de deelnemer om na het traject betaald werk te verrichten	61
3.3.1 Gehanteerde criteria voor toeleiding en de gevolgen hiervan voor begeleiders	61
3.3.2 Deelnemers zien activeringstrajecten als laatste kans na ontoereikende reguliere dienstverlening	63
3.4 Het belang van engagement van de kandidaat-deelnemer bij de start	64

4 Opstartfase activeringstrajecten	67
4.1 Focus en reflecties van begeleiders bij de opstartfase	67
4.2 Ervaringen van deelnemers met de opstartfase	69
5 Uitvoeringsfase	73
5.1 Begeleiding op het vlak van werk	73
5.1.1 Ervaringen met de zoektocht naar een geschikte stageplaats	74
5.1.2 De geschikte werkvloer is divers	76
5.1.3 Begeleiding tijdens de stage en op de werkvloer	77
5.2 Begeleiding bij het zorgaspect	80
5.2.1 Een blik op de zorgacties en de beleving ervan	80
5.2.2 Wisselwerking tussen werk- en zorgbegeleiding	82
5.3 Administratie: registratie en financiering	83
5.3.1 Voorschriften uit en toelichting bij het decreet	84
5.3.2 Financiering in de praktijk	85
5.4 Administratieve belasting	86
6 Samenwerking binnen het netwerk en binnen het traject	87
6.1 Samenstelling netwerk: werkwijze en spanningsvelden	87
6.2 Samenwerking binnen een activeringstraject	89
6.2.1 Afspraken op niveau van het netwerk	89
6.2.2 Kenmerken van een goede samenwerking tussen professionals en effecten hiervan op de deelnemer en het traject	90
6.2.3 Als samenwerking minder vlot verloopt	92
6.3 Deelnemers over de samenwerking tussen de professionals	93
7 Van eindadvies naar nazorg en intrede op de arbeidsmarkt	95
7.1 Het eindadvies: welk toekomstperspectief voor de deelnemer na het activeringstraject?	95
7.1.1 Kwantitatief overzicht van de eindadviezen	96
7.1.2 Eindadvies is geen eindpunt: het belang van een toekomstperspectief en een vervolgtraject	97
7.2 Doorstroom naar de arbeidsmarkt na het activeringstraject	99
7.2.1 Waar vinden we de deelnemers terug na hun activeringstraject?	99
7.2.2 Een duurzame tewerkstelling?	101
7.2.3 Een bredere doelstelling dan enkel tewerkstelling	103
8 Conclusies en aanbevelingen	105
8.1 Toeleiding	105
8.1.1 Conclusies	105
8.1.2 Aanbevelingen	106
8.2 Begeleiding: werken met een team rond de deelnemer is meest succesvol en dus aangewezen	107
8.2.1 Conclusies	107
8.2.2 Aanbevelingen	108
8.3 Administratie en registratie van de begeleiding	110
8.3.1 Conclusies	110
8.3.2 Aanbevelingen	110
8.4 Naar duidelijkere omschreven en minder rollen of functies binnen activeringstrajecten?	111
8.4.1 Conclusies	111
8.4.2 Aanbevelingen	111
8.5 Van verschillen in aanpak naar een gedeeld kwaliteitskader	113
8.5.1 Conclusies	113
8.5.2 Aanbevelingen	113
8.6 Een activeringsstage op maat van de deelnemer	114
8.6.1 Conclusies	114
8.6.2 Aanbevelingen	114

- BIJLAGEN -	117
bijlage 1 Specifieke onderzoeksvragen	119
bijlage 2 Online vragenlijst werkgevers	121
bijlage 3 Interviewleidraad deelnemers	125
bijlage 4 Kans op eindadvies 'Niet toeleidbaar' naar provincie	127
bijlage 5 Vergelijking algemeen profiel en drempels tot de arbeidsmarkt tussen zij die ooit gewerkt en zij die nooit gewerkt hebben na hun traject	129
Referenties	135

Lijst afkortingen

AB	Activeringsbegeleiding
AD	Arbeidszorg doorstroom
ADVPSY	Advies psycholoog
ASO	Algemeen secundair onderwijs
ASS	Autismespectrumstoornis
AT	Activeringstraject
AZ	Arbeidszorg
BA	Burgerlijke aansprakelijkheid
BC	Beschermd circuit
BGLTAB	Activeringsbegeleiding
BSO	Beroepssecundair onderwijs
BuSO	Buitengewoon secundair onderwijs
CAW	Centrum voor algemeen welzijn
CM	Casemanager
CV	Curriculum Vitae
DABP	Dienst gespecialiseerde screening
DBSO	Deeltijds beroepssecundair onderwijs
DERZRG	Zorgbegeleiding
DGS	Dienst arbeidsbeperking
DWSE	Departement Werk en Sociale economie
EAK	Europese enquête naar arbeidskrachten
EU	Europese Unie
GTB	Gespecialiseerd team bemiddeling
HBO	Hoger beroepsonderwijs
IBO+	Individuele beroepsopleiding voor kwetsbare werkzoekenden
ICF	
LCA	Latent class analysis
LDE	Lokale diensteneconomie
MLP	Mijn Loopbaan voor partners
MMPPS	personen met een beperking van medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale aard
NEC	Normaal economisch circuit
NT	Niet toeleidbaar
OCMW	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
SCR TAB	Screening activeringsbegeleiding
SE	Sociale economie
TAZ	Tender activerende zorgbegeleiding
TSO	Technisch secundair onderwijs
VAPH	Vlaams agentschap voor personen met een handicap
VDAB	Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling
VOP	Vlaamse ondersteuningspremie

WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
AB	Activeringsbegeleiding
AD	Arbeidszorg doorstroom
ADVPSY	Advies psycholoog
ASO	Algemeen secundair onderwijs
ASS	Autismespectrumstoornis
AT	Activeringstraject
AZ	Arbeidszorg
BA	Burgerlijke aansprakelijkheid
BC	Beschermd circuit
BGLTAB	Activeringsbegeleiding
BSO	Beroepssecundair onderwijs
BuSO	Buitengewoon secundair onderwijs
CAW	Centrum voor algemeen welzijn
CM	Casemanager
CV	Curriculum Vitae
DABP	Dienst gespecialiseerde screening
DBSO	Deeltijds beroepssecundair onderwijs
DERZRG	Zorgbegeleiding
DGS	Dienst arbeidsbeperking
DWSE	Departement Werk en Sociale economie
EAK	Europese enquête naar arbeidskrachten
EU	Europese Unie
GTB	Gespecialiseerd team bemiddeling
HBO	Hoger beroepsonderwijs
IBO+	Individuele beroepsopleiding voor kwetsbare werkzoekenden
ICF	
LCA	Latent class analysis
LDE	Lokale diensteneconomie
MLP	Mijn Loopbaan voor partners
MMPPS	personen met een beperking van medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale aard
NEC	Normaal economisch circuit
NT	Niet toeleidbaar
OCMW	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
SCR TAB	Screening activeringsbegeleiding
SE	Sociale economie
TAZ	Tender activerende zorgbegeleiding
TSO	Technisch secundair onderwijs
VAPH	Vlaams agentschap voor personen met een handicap
VDAB	Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling
VOP	Vlaamse ondersteuningspremie
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Lijst tabellen

Tabel 1.1	Omschrijving rollen en taken professionals	16
Tabel 1.2	Methodologie	17
Tabel 1.1	Omschrijving rollen en taken verschillende professionals	36
Tabel 2.1	Overzicht opgeleverde data VDAB en Departement Werk en Sociale Economie	40
Tabel 2.2	Onderzoeksvragen deelnemer	42
Tabel 3.1	Hoe vaak in aanraking met MMPPS-klienten	46
Tabel 3.2	Nationaliteit van de deelnemers aan het activeringstraject	48
Tabel 3.3	Origine van de deelnemers aan het activeringstraject	48
Tabel 3.4	Hoogst behaalde diploma deelnemer	49
Tabel 3.5	Werkloosheidsduur deelnemers activeringstraject	50
Tabel 3.7	Vergelijking profiel werkzoekenden, deelnemers activeringstraject en MMPP-klienten	51
Tabel 3.8	Verschillen tussen MMPP-klienten die wel en niet kunnen deelnemen aan het activeringstraject	54
Tabel 3.9	Rangschikking problematische factoren	54
Tabel 3.10	Sterktes deelnemers (in volgorde)	55
Tabel 3.11	Meest voorkomende ernstige problemen, naar provincie	60
Tabel 7.1	Advies op moment van afsluiting van het activeringstraject	96
Tabel 7.2	Tewerkstelling na het activeringstraject	99
Tabel 7.3	Tewerkstelling op bepaalde tijdstippen na het activeringstraject	101
Tabel b4.1	Eindadviezen naar provincie	127

Lijst figuren

Figuur 1.1	Visuele voorstelling participatieladder	32
Figuur 1.2	Stappenplan activeringstraject	37
Figuur 1.3	Schematisch overzicht samenwerking	38
Figuur 3.1	Deelnemers activeringstraject naar provincie	47
Figuur 3.2	Kans om doorverwezen te worden naar activeringstraject, naar leeftijd	53
Figuur 3.3	Kans om doorverwezen te worden naar activeringstraject, naar provincie	53
Figuur 3.4	Verschillen in achtergrondkenmerken deelnemers tussen de provincies	59
Figuur 3.5	Gemiddeld aantal ernstige problemen, naar provincie	60
Figuur 3.6	3 meest voorkomende ernstige problemen (EP), naar provincie	61
Figuur 7.1	Kans dat de deelnemer binnen x aantal maanden na het activeringstraject gewerkt heeft, naar eindadvies	102
Figuur 7.2	Doorstroom na activeringstraject	103
Figuur b4.1	Kans op eindadvies 'Niet toeleidbaar' naar provincie	127

Beleidssamenvatting

1.1 Activeringstrajecten als maatregel binnen het decreet houdende werk- en zorgtrajecten

In oktober 2014 werd het decreet houdende de werk- en zorgtrajecten goedgekeurd. Een van de maatregelen binnen dit decreet is het activeringstraject, dat goedgekeurd werd met het Besluit van de Vlaamse Regering van 2 februari 2018 en startte op 1 juli 2018. Activeringstrajecten zijn gericht op *“deelnemers waarvoor betaalde beroepsarbeid tijdelijk niet mogelijk is door één of meer belemmeringen van medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale aard. Om deze belemmeringen te remediëren, heeft de kandidaat deelnemer nood aan een begeleidingsprogramma dat zich zowel richt op het vlak van begeleiding naar en op een werkvloer als op het vlak van zorg. Het moet aannemelijk zijn dat de kandidaat deelnemer na deelname aan een activeringstraject (van maximum 18 maanden) in staat is om door te stromen naar betaalde beroepsarbeid.”* Tabel 0.1 geeft een overzicht van alle actoren die betrokken zijn bij dit traject. Zij trachten elk op hun eigen wijze bij te dragen aan het wegwerken van de drempels bij de deelnemer. De begeleiding van de activeringstrajecten gebeurt in regionale netwerken onder de coördinatie van een penhouder. Typisch aan activeringstrajecten is de focus op samenwerken binnen een breed, divers en interdisciplinair netwerk met werk- en zorgpartners waarin ook de deelnemer zelf een centrale en actieve rol speelt. Achterliggende overtuiging is dat integraal werken voor deze doelgroep noodzakelijk is om drempels richting de arbeidsmarkt weg te werken.

Tabel 0.1 Omschrijving rollen en taken professionals

Functie	Rol	Taak
Toeleiding	VDAB-bemiddelaar	Stelt een aanvraag op waarin voldoende wordt gemotiveerd waarom de klant baat zou hebben bij een activeringstraject. Dit gebeurt op basis van informatie van de klant over zij/haar functioneren of van vroegere werkgevers of diensten waar de werkzoekende in begeleiding is/was. Op basis van deze informatie bepaalt de bemiddelaar het huidige en het te bereiken participatieniveau van de klant.
	DGS (Dienst gespecialiseerde screening)	Bepaalt aan de hand van het voorgelegde dossier of de kandidaat-deelnemer voldoet aan de voorwaarden ¹ en dus mag deelnemen aan het activeringstraject.
Casemanagement	Casemanager Werk (GTB), CM Werk	Geeft informatie over het traject aan de deelnemer, stelt en volgt het trajectplan en het eindadvies op, coördineert werkgerelateerde aspecten traject, overlegt met Casemanager Zorg.
	Casemanager Zorg, ² CM Zorg	Geeft informatie over het traject aan de deelnemer, stelt en volgt het trajectplan en het eindadvies op, coördineert zorggerelateerde aspecten traject, overlegt met Casemanager Werk.
Coördinatie netwerk	Penhouder	Faciliteert de uitvoering van de activeringstrajecten, beheert het budget op traject- en projectniveau, en coördineert en fungeert als aanspreekpunt (VDAB, n.d., p. 33).
Begeleiding	Dienstverlener Werk	Gaan op zoek naar een geschikte plek voor de activeringsstage, zorgen voor opmaak stageovereenkomst, bereiden de deelnemer voor op de stage, en begeleiden de deelnemer (en werkgever) tijdens de stage.
	Dienstverlener Zorg	Voorzien zorgbegeleiding, i.c. hulp, dienstverlening en ondersteuning met het oog op de voorbereiding op werk.

1.2 Een procesevaluatie naar de werking van de activeringstrajecten

In opdracht van het Departement Werk en Sociale economie (DWSE) voerde KU Leuven-HIVA een procesevaluatie uit van de activeringstrajecten. Zoals de term “proces” al aangeeft, ligt de nadruk van deze evaluatie op het verloop van de maatregel eerder dan de uitkomsten voor de deelnemers. Daarbij ging de aandacht in de eerste plaats naar de uitvoering van en de samenwerking binnen de activeringstrajecten. Bedoeling van de procesevaluatie is dat de overheid op basis van de geleverde informatie en de beleidsaanbevelingen die uit de conclusies van deze studie voortvloeien op een geïnformeerde wijze aanpassingen kan doen aan het decretaal kader.

Voor deze procesevaluatie consulteerden we alle betrokken actoren en beschikbare informatiebronnen (zie ook Tabel 0.2). Daarbij lieten we de ervaringen en het perspectief van de verschillende betrokkenen (professionals én deelnemers) uitgebreid klinken. We brachten hun ervaringen ook

1 Voor een uitgebreid overzicht van de criteria, zie “Draaiboek AT voor casemanagers en dienstverleners” te raadplegen op <https://partners.vdab.be/cvs/activeringsprojecten>

2 Organisaties die deze taken op zich mogen nemen, worden erkend door de Vlaamse regering (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG)) op basis van de volgende criteria (art. 10):

1. “het gaat om een van de volgende welzijns- en zorgvoorzieningen:
 - a) een centrum voor algemeen welzijnswerk;
 - b) een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds, erkend conform het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019;
 - c) een centrum voor geestelijke gezondheidszorg;
 - d) een initiatief voor beschut wonen;
 - e) een psychiatrisch ziekenhuis;
 - f) een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis;
 - g) een welzijns- en zorgvoorziening, erkend door het VAPH of het agentschap Jongerenwelzijn, om ondersteuning te bieden;
 - h) een revalidatiecentrum;
 - i) een OCMW.
2. de welzijns- en zorgvoorziening, vermeld in punt 1°, a) tot en met i), heeft voor het casemanagement Zorg een of meerdere medewerkers ter beschikking die over professionele deskundigheid beschikken en zorgt ervoor dat de continuïteit van het casemanagement Zorg ten aanzien van de deelnemer verzekerd is.”

voortdurend in dialoog met het decretale kader. Op basis daarvan kwamen we tot onderstaande conclusies en aanbevelingen. Die conclusies en aanbevelingen zijn gepresenteerd aan de hand van een aantal centrale thema's die ook in het onderzoeksrapport uitgebreid aan bod komen. Het gaat om: het toeleidingsproces naar de activeringstrajecten (hoofdstuk 3 in rapport), de begeleiding binnen de activeringstrajecten (hoofdstuk 4 en 5 in het rapport), de administratieve belasting (hoofdstuk 5 in het rapport), de afbakening en samenwerking tussen de verschillende actoren of rollen (hoofdstuk 6 in het rapport), en de verschillen in aanpak tussen de netwerken (hoofdstuk 6 en 7 in het rapport).

Tabel 0.2 Methodologie

Bevraagde actor	Toegepaste methode
<i>Kwantitatieve databronnen</i>	
Deelnemers	Data-analyse administratieve gegevens
Bemiddelaars intensieve dienstverlening Dienstverleners werk en zorg Casemanagers werk en zorg	Interne bevraging door VDAB
Werkgever stageplaats	Online bevraging
<i>Kwalitatieve databronnen</i>	
Professionals (casemanagers, dienstverleners en penhouders)	Regionale focusgroepen + online workshop aanbevelingen
Deelnemers	Diepte-interviews (telefonisch en digitaal)
Casemanagers zorg	Participerende observatie tijdens vormingen SAMvzw

1.3 Toeleiding

1.3.1 Conclusies

Aan de hand van geanonimiseerde data van VDAB kennen we het type profiel van de kandidaat-deelnemers die toegeleid worden naar een activeringstraject en later ook effectief deelnemen. Die deelnemers zijn bij aanvang van hun activeringstraject gemiddelde 39 jaar oud. Naar geslacht toe is er een gelijke verdeling, met 47.5% mannen en 52.5% vrouwen. Zij wonen verspreid over heel België. De provincies Antwerpen, Limburg en Oost-Vlaanderen tellen de meeste deelnemers. Terwijl de overgrote meerderheid van de deelnemers de Belgische nationaliteit heeft (76.8%) zien we meer variatie naar origine. De helft van de deelnemers is laaggeschoold en was voor aanvang van het activeringstraject al meer dan 2 jaar werkloos. Wanneer we kijken naar de MMPPS-factoren, zien we dat 72.8% van de deelnemers een erkende arbeidsbeperking heeft. 66.9% kampt met een arbeidshandicap en 13.2% heeft recht op een Vlaamse ondersteuningspremie. Uit de ICF-dossiers blijkt dat er gemiddeld 7 factoren als ernstig probleem worden ingeschaald. Het gaat dan voornamelijk over maatschappelijke stabiliteit, psychische stabiliteit en werkervaring. De combinatie van een grote meerderheid aan deelnemers met een erkende arbeidsbeperking of arbeidshandicap, in combinatie met de aanwezigheid van sociaal-emotionele problematieken, lijkt er alvast op te wijzen dat de beoogde groep in een activeringstraject terecht komt en baat kan hebben bij het aanbod aan begeleiding.

Vooraleer de deelnemers in het activeringstraject terecht komen, hebben ze al vaak een heel parcours in de reguliere begeleiding afgelegd (cf. vaststelling dat helft van hen al meer dan twee jaar werkloos is). Uit de interviews met de deelnemers komt naar boven dat de deelnemers het aanbod binnen de reguliere dienstverlening - zoals VDAB, mutualiteiten - niet altijd hebben beleefd als een hefboom

om de oorzaken van hun afstand tot de arbeidsmarkt te verkleinen. Niettemin merken we in hun verhalen op dat de problematieken die bij deze deelnemers een drempel tot de arbeidsmarkt vormen, vaak reeds aanwezig zijn waren vanaf de start van hun periode van werkloosheid of ziekte. Bovendien blijkt uit de interviews met de deelnemers dat de begeleiding vanuit de reguliere dienstverlening die drempels soms nog versterkte, en vooral negatief inspeelde op hun zelfvertrouwen. In dat geval kan de reguliere dienstverlening contraproductief werken. De deelnemers blijven in de werkloosheid hangen. Die vaststellingen doen de vraag rijzen in welke mate de toeleiding naar activeringstrajecten voor deze doelgroep niet te laat gebeurt. Nochtans stimuleert de VDAB hun bemiddelaars om tijdig aan een traject als activeringstraject te denken en inclusief te werken, dit wil zeggen het meest passend aanbod aan de klant voor te stellen, bv. via de cluster intensieve dienstverlening. Zelfs met die stimuli, blijken VDAB-bemiddelaars en ook de screeningdienst van de VDAB er in de praktijk vaak van uit te gaan dat best eerst de ‘traditionele’ reguliere dienstverlening wordt uitgeput vooraleer ze hun klanten (willen, kunnen of mogen) doorverwijzen naar een activeringstraject. Hetzelfde lijkt te gelden voor arbeidsgeneesheren of mutualiteiten. In dat geval wordt het activeringstraject een soort ‘laatste kans’ voor deze werkzoekenden om alsnog werk te vinden.

De hierboven beschreven toeleidingsstrategie zorgt er volgens de begeleiders voor dat er regelmatig deelnemers met te ernstige problematieken naar een activeringstraject worden toegeleid. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de toeleiders hun toeleiding nog met een TAZ-bril aanpakken. Binnen TAZ, de voorloper van de activeringstrajecten, was de doelgroep immers breder (begeleiding richting arbeidszorg was inbegrepen) en werd de begeleiding meer vanuit een zorg- dan vanuit een werkperspectief georganiseerd. Dat de toeleiding vanuit die TAZ-bril gebeurt, is op zich niet zo verwonderlijk. De maatregel ‘activeringstrajecten’ is immers pas betrekkelijk recent in voege (juni 2018). Deze verklaring biedt echter geen antwoord op de vraag waarom de toeleiders ervan overtuigd zijn dat het beter is om eerst de reguliere dienstverlening uit te putten. Hier zou eerder het federaal regulerend kader rond activering een rol kunnen spelen. Dit kader stimuleert de reguliere dienstverlening om al hun klanten zo snel mogelijk richting werk toe te leiden. Dat die overtuiging de toeleiding beïnvloedt, blijkt inderdaad het geval. Zo wijst de interne VDAB-bevraging uit dat heel wat bemiddelaars tijdens hun dienstverlening met personen uit de MMPPS-doelgroep in aanraking komen, maar dat zij relatief gezien weinig doorverwijzen naar de maatregel ‘activeringstrajecten’.

Eenmaal doorverwezen, beschouwen deelnemers hun activeringstraject als een belangrijk keerpunt. Vanaf dan, zo stellen ze, kregen ze de ondersteuning die ze nodig hadden. Dit is een intensieve begeleiding waar ook aandacht is voor het zorgaspect, voor een begeleiding die gelijktijdig op zorg en werk inspeelt of aandacht heeft voor hun ervaring, expertise en de extra opleidingen die ze deden (in plaats van een uitsluitende focus op het diploma). Een groep die volgens de begeleiders van die baten te weinig gebruik kan maken, maar wel over het juiste profiel beschikt, zijn vluchtelingen of anderstalige personen. Om toegelaten te worden tot een activeringstraject, heeft men een visum of erkenningsnummer nodig, waardoor ze niet kunnen deelnemen aan een activeringstraject. Of de kennis van het Nederlands wordt als een drempel beschouwd om het traject te kunnen volgen. Begeleiders geven aan dit jammer te vinden omdat de expertise van hen vaak goed zit of omdat een activeringstraject voor hen ideaal zou zijn om de afstand naar de arbeidsmarkt te verkleinen.

1.3.2 Aanbevelingen

1. Een **inclusief bemiddelings- of dienstverleningsmodel in de reguliere dienstverlening** (VDAB) is de beste garantie dat werkzoekenden met een MMPPS-profiel zo snel mogelijk een passend aanbod krijgen. Dit model houdt in dat de reguliere bemiddelaar zoekt naar passende werkplekken of naar trajecten die de specifieke drempels tot de arbeidsmarkt weten te verkleinen.

Vanuit die insteek de reguliere dienstverlening aanpakken, zal er voor zorgen dat toeleiding naar het activeringstraject tijdig verloopt. Dit voorkomt dat de afstand tot de arbeidsmarkt bij de doelgroep verder vergroot en geeft ook meer kansen om deze deelnemers met succes op betaald werk voor te bereiden.

2. **Gerichte en intensere communicatie over de maatregel ‘activeringstrajecten’ voor toeleiders en reguliere dienstverleners** kan zorgen voor een tijdige toeleiding. Een goede communicatiestrategie op verschillende niveaus lijkt ons daarbij de belangrijkste hefboom. Zo kan de VDAB acties uitwerken voor VDAB-bemiddelaars, GTB en andere reguliere dienstverlening (zoals mutualiteiten, arbeidsgeneesheren, OCMW, etc.) om de kennis over de doelgroep en de inhoud van activeringstrajecten te verhogen. Volgende acties zijn mogelijk:
 - *professionaliseringsmomenten* over activeringstrajecten met VDAB-bemiddelaars en medewerkers van de screeningsdienst. Dit kan bijvoorbeeld door binnen de intensieve dienstverlening bemiddelingsadviezen ruimer te gaan kaderen. Tijdens de geplande leertafels hierover kan VDAB informatie verspreiden over wat een profiel activering juist is, welke zaken belangrijk zijn, wat de meerwaarde is;
 - via *brede bekendmakingsacties* vanuit de VDAB voor de reguliere dienstverlening, bijvoorbeeld door dit onderzoek voor te stellen aan een breed publiek in combinatie met getuigenissen van professionals, en;
 - door *GTB*-medewerkers die activeringstrajecten begeleiden te stimuleren om op bijvoorbeeld een *dossieroverleg* collega’s zonder ervaring met een activeringstraject te vertellen over positieve trajecten en hen duidelijk te maken dat een tijdige toeleiding tot meer resultaat leidt (omdat de problematiek dan nog duidelijker afgebakend is).
3. **Meer structurele samenwerking en dwarsverbanden tussen reguliere dienstverleners en toeleiders enerzijds en begeleiders binnen activeringstrajecten anderzijds** kunnen ervoor zorgen dat verwachtingen en wensen van beide groepen met betrekking tot het profiel van de deelnemers beter op elkaar worden afgestemd.
4. Als een zorgactor regelmatig aanwezig is in bijvoorbeeld de werkwinkel of in het VDAB-gebouw (om daar aan dienstverlening te doen), dan groeit ook de kans dat VDAB-bemiddelaars bij hen komen aftoetsen of een klant geschikt zou kunnen zijn voor een activeringstraject. De omgekeerde beweging is ook mogelijk door vanuit een outreachend perspectief ervoor te zorgen dat voor het brede aanbod rond werk bemiddelaars een plek krijgen in de zorg (via gezamenlijke zitdagen of vaste infomomenten, ...). Daarnaast moet het mogelijk blijven en eventueel gestimuleerd worden dat zorginstellingen (bv. psychiatrisch ziekenhuis) klanten doorverwijzen naar activeringstrajecten waarvoor de begeleiding afloopt en die terug de stap willen zetten naar de arbeidsmarkt. Waar dit gebeurt, heeft men hier goede ervaringen mee. Te vermijden valt dan volgens professionals wel dat de begeleider van de zorginstelling niet de zorgactor wordt binnen het activeringstraject. Tot slot zou het zinvol zijn om decretaal in te bouwen dat toeleiders (VDAB-bemiddelaars en DGS) en netwerken op regionaal gebied concrete afspraken maken over de toeleiding en samenwerking in functie van een efficiënte toeleiding.
5. Toeleiding van vluchtelingen en anderstaligen gebeurt amper, ook al beschikken ze over het juiste profiel. Mogelijke oplossingen zijn de **toeleidingsvoorwaarden voor vluchtelingen en andersstaligen te herbekijken** of de externe zorgpartners te verruimen zodat ze zorgbegeleiding en therapie kunnen krijgen in hun taal (in kader van op maat werken).

1.4 Begeleiding: werken met een team rond de deelnemer is meest succesvol en dus aangewezen

1.4.1 Conclusies

Hoewel dit decreetaal niet eenduidig wordt aanbevolen, gebeurt het in de praktijk regelmatig dat de activeringstrajecten tot aan de stage lineair verlopen. Het samenwerkingsmodel dat de professionals dan uittekenen, is te vergelijken met een estafette waarbij de professionals vanuit hun expertise met de deelnemer meegaan en vervolgens de stok doorgeven aan een volgende professional die opnieuw vanuit zijn expertise het traject verder zet. De overtuiging achter die lineaire aanpak is dat elk activeringstraject specialisatie vereist waarbij experts de kans krijgen om op het gepaste moment en op individuele basis het beste begeleidingsplan op te stellen of de begeleiding vorm te geven.

Kiezen begeleiders voor zo een lineaire aanpak dan ziet een activeringstraject er vaak, maar niet per definitie, als volgt uit. In de toeleidingsfase vinden er gesprekken plaats met de reguliere dienstverlener die doorverwijst (en soms ook de medewerker van DGS). Daarna komt de deelnemer bij de casemanager werk terecht. Na enkele gesprekken met deze casemanager werk is de casemanager zorg aan de beurt. Afhankelijk van de doelstellingen en het trajectplan die beide casemanagers opstelden, komen daarna de werk- en zorgactor tegelijk in actie, of beslist men om eerst de zorgactor, en pas later de werkactor in het traject te betrekken.

Uit het onderzoek blijkt dat een lineaire aanpak zoals hier omschreven verschillende risico's met zich meebrengt. Problematisch is vooral dat deelnemers in de opstartfase verschillende professionals na elkaar spreken en dit op korte tijd (in casu mogen er 6 weken zitten tussen het eerste gesprek met de casemanager werk en de goedkeuring van het trajectplan). Deelnemers geven aan dit verwarrend te vinden en het overzicht over hun traject te verliezen. Het is hen niet altijd duidelijk hoe het traject in elkaar zit, en wie wat doet. Opeenvolgende gesprekken met verschillende professionals impliceren ook vaak dat deelnemers hun verhaal opnieuw moeten doen en gevraagd worden telkens nieuwe begeleiders te vertrouwen. Dit is voor sommige deelnemers een drempel. Verder is het voor de deelnemer soms verwarrend dat professionals (zoals de casemanagers) die ze hun vertrouwen hebben gegeven, weer op de achtergrond verdwijnen en pas op het einde van hun traject, in functie van het eindadvies, terugkeren. Professionals geven tot slot knelpunten aan met het 'doorgeven van de stok' naar de volgende begeleider. In partnerschappen die weinig overleggen met elkaar, is er enkel de ICF om op terug te vallen. Die informatie blijkt echter niet altijd voldoende om het traject naadloos te kunnen voortzetten. Of anders, een warme overdracht van de deelnemer naar een andere professional vereist dat de volgende professional volledig op de hoogte is van het traject en meteen weet welke stappen er gezet moeten worden.

Hoewel het decreet het traject heeft uitgetekend in verschillende opeenvolgende fases vraagt het decreet niet letterlijk om ook de samenwerking lineair te organiseren. Een analyse van succesvolle cases binnen dit onderzoek laat bovendien zien dat de professionals een team rond de deelnemer vormen, die regelmatig overleggen en samen alle nodige stappen en begeleiding bespreken, waardoor elke professional op elk moment mee en betrokken is in het traject. Ook de deelnemers merken op wanneer er een team rond hen is gebouwd en voelen dit aan als versterkend voor hun traject.

1.4.2 Aanbevelingen

Volgende aanbevelingen zijn gebaseerd op de al bestaande best practices.

1. Het decreet stelt dat de **casemanager zorg en werk** samen het trajectplan opstellen (art. 16). Het decreet laat in die zin toe om het **traject in tandem op te starten** met een kennismakingsgesprek waarin ze ook samen de info over het traject geven. Daarna kunnen ze dan gelijktijdig

gesprekken met de deelnemer hebben vanuit hun expertise. Op een zelfde manier zou ook het **moment van de ondertekening van het trajectplan** het startschot kunnen zijn om voor de deelnemer de **zorg- en werkactor te introduceren** en de volgende stappen samen met hen te verduidelijken. In één van de netwerken is dit laatste al een standaardpraktijk. Om ervoor te zorgen dat deze praktijk overal de norm wordt is het cruciaal dat de draaiboeken, die op dit vlak een lineair pad uittekenden, hierop worden aangepast.

2. Een andere denkpiste is om de **fase van het trajectplan in tijd te verlengen**, zodat de professionals zich hierop praktisch kunnen organiseren (bijvoorbeeld door in die fase wekelijks een vast (digitaal) moment voor overleg te blokkeren). Anders loopt men het gevaar dat men hervalt in een lineaire aanpak omwille van de tijdsdruk en aansluitend praktische redenen (cf. we vinden op korte termijn geen moment om het kennismakings- en afsluitingsgesprek te doen). Deze fase mag echter niet teveel worden opgerekt zodat de continuïteit van de dienstverlening niet in het gedrang komt. Een andere optie zou ook kunnen zijn om de huidige 6 weken te behouden, maar met die periode in de praktijk (nog) flexibeler te kunnen omspringen, als de omstandigheden hierom vragen.
3. Het decreet spreekt vanuit een integrale benadering zijn voorkeur uit voor een begeleidingstraject waarin **werk en zorg zo gelijktijdig mogelijk** worden opgestart en voortdurend in samenspraak en met betrokkenheid van de deelnemer gebeurt. Die aanbeveling vanuit het decreet zelf maakt een lineaire aanpak in de praktijk minder wenselijk. Ze realiseren vraagt wel dat er geen deelnemers zijn met te grote zorgnoden of te complexe problematieken. Is dat toch het geval, dan zou het gangbaar moeten worden om voor hen toch een (eerste) stage, zoals een kijkstage of belevingsstage, op te zetten (vanuit een zorgbril, met daarbij bijvoorbeeld coaching van de zorgactor op de werkvloer). Ook hier kunnen toelichtingen bij het decreet en draaiboeken die wisselwerking tussen werk en zorg in de uitvoeringsfase nog sterker in de verf zetten en aanbevelen.
4. In het decreet of op zijn minst in de draaiboeken zou men kunnen **toevoegen** dat de **casemanagers de taak** krijgen om, in samenspraak met de deelnemer, een **team rond en met de deelnemer te vormen**. Dat team zal dan vervolgens samen het design en de praktische afspraken binnen dit samenwerkingsverband concreet vormgeven, beschrijven en met de deelnemer communiceren. Die inspanning impliceert wel dat de tijd die naar de samenwerking gaat, structureel en explicieter een plaats krijgt in de financiering. Gaten in de begeleiding, bijvoorbeeld door het wegvallen van begeleiders omwille van ziekte of zwangerschap, ondermijnen het traject. Hoe sterker men in teamverband rond een deelnemer werkt, hoe gemakkelijker dit op te vangen is. Daarbij moet men er wel steeds rekening mee houden dat de nodige specifieke expertise aanwezig blijft. Indien dit niet kan gegarandeerd worden, is het zinvol om in het team voor elke rol 'back ups' te voorzien die vanuit dezelfde rol kunnen inspringen bij (lange) afwezigheid van één van de betrokken spelers.
5. Het traject eindigt officieel met een eindadvies waarin ook een toekomstperspectief geformuleerd moet worden. Er is echter veel consensus onder de professionals dat de **uitwerking van nazorg** (of een begeleidingstraject na het traject) **expliciteer aandacht** zou moeten krijgen. Op dit moment is het eindadvies bepalend voor het natraject. Wie een advies betaald werk krijgt en niet meteen uitstroomt naar werk, komt in de reguliere bemiddeling van VDAB terecht. Krijgt men een ander advies, dan bestaat de nazorg er uit dat de deelnemers een jaar lang contact kunnen opnemen met de casemanagers. Na een jaar bekijkt men dan wat de deelnemer aan begeleiding nodig heeft. Om de nazorg te versterken, zou bijvoorbeeld kunnen nagedacht worden over de uitwerking van een nazorgplan dat liefst al tijdens het traject en samen met de deelnemer vorm krijgt. Wordt dit een advies betaald werk, dan kunnen begeleiders, deelnemer en de reguliere bemiddelaar al samenzitten om het vervolg af te spreken. In de andere gevallen, moet duidelijk zijn welke begeleiding op vlak van zorg nog kan gecontinueerd worden. Dit voorkomt dat de deelnemer nadien in een 'zwart gat' valt en vangt de onzekerheid op die leeft bij de deelnemers net voor het afsluiten van hun traject. Meer aandacht voor nazorg betekent ook dat de middelen

voor de nazorg hiermee samen sporen (zodat begeleiding, indien nodig, intensiever kan worden in de nazorgperiode) en dat de zorg-/werkactoren hierin nog een rol krijgen. Ook de werkgevers vragen meer focus op het vervolgtraject. Zo stellen ze voor om sollicitatietraining in te bouwen tijdens de laatste maand van de training om zo het perspectief op werk te kunnen vergroten. Dit is een taak van de werkactor, maar ook de reguliere VDAB-bemiddelaar zou hierin betrokken kunnen worden.

1.5 Administratie en registratie van de begeleiding

1.5.1 Conclusies

Het kader voor de administratieve afhandeling en registratie is uitgewerkt volgens een lineair model. Iedere actie waarvoor men financiering wil ontvangen moet geregistreerd worden. De professionals geven aan dat dergelijke administratie veel tijd vergt. Dit gaat ten koste van de begeleiding van de deelnemer. Bovendien staat het administratiesysteem, dat vraagt om te werken met een vast aantal, vooraf bepaalde acties die vervolgens geregistreerd moeten worden, in spanning met de dynamiek van de activeringstrajecten en de begeleidingsstijl van de professionals. De begeleiders werken immers graag organisch en gaan graag mee met op het tempo van de deelnemer. Tijd nemen, 'er zijn voor de deelnemer op elk moment' en optimaal inspelen op wat nodig is voor een deelnemer, is voor hen maatwerk leveren, en dit is wat volgens hen het decreet ook in de eerste plaats van hen vraagt. Dat begeleiders beschikbaar zijn voor de deelnemer, en snel op hun vragen reageren, waarden deelnemers enorm. Net dit aspect maakt volgens hen de begeleiding in een activeringstraject verschillend van de reguliere begeleiding.

Een gelijkaardige vaststelling betreft de vormgeving van en registratie binnen het ICF-dossier, waar professionals gevraagd worden om per problematiek de specifieke drempels en ernst van deze problematiek aan te duiden. Concreet betekent dit dat het verhaal van een deelnemer in het ICF-dossier uitgesplitst wordt per problematiek en daarbij horende drempels. Bovendien merken we in de ICF-dossiers op dat de focus van de professionals vooral ligt op een beschrijving van problematieken, en minder op de krachten of kwaliteiten van de deelnemer. Uit de verhalen van de deelnemers valt echter op dat hun profiel een complex samenspel vormt van allerlei problematieken, drempels, competenties en krachten die voortdurend op elkaar inspelen. In die zin is het de vraag of de huidige vormgeving van het ICF-dossier volstaat om het totale beeld van de deelnemer, zijnde hun levensgeschiedenis, problematiek en krachten van deelnemers, in beeld te brengen.

1.5.2 Aanbevelingen

Het vastgestelde spanningsveld tussen het financieel en administratief systeem en de begeleidingsstijl van de professionals werkt de kwaliteit van de begeleiding niet in de hand. Er is met andere woorden meer afstemming nodig tussen die begeleidingsstijl van de professionals enerzijds en het administratief- en financieel systeem anderzijds. Dit kan door te werken aan:

1. een **administratieve vereenvoudiging**. Dit kan de administratieve last verlagen, ook voor de casemanager werk, en meer tijd genereren voor de begeleiding van de deelnemers;
2. een **verhoging van de budgetten per traject**, zodat noodzakelijke begeleiding niet moet worden stopgezet omdat het geld op is;
3. een financieringssysteem zoals in TAZ, dat gebaseerd was op een **uitbetaling per traject en niet per actie**. Die aanpassing zal op zich al zorgen voor administratieve vereenvoudiging. Bovendien kan binnen dit systeem wel gekozen worden om in schijven uit te betalen, bijvoorbeeld één bij

aanvang van het traject en één indien de deelnemer na x-aantal tijd nog in traject is, zoals bv. bij de tender BICT het geval is. Voor deze aanbeveling is er een groot draagvlak bij de professionals.

Wat het ICF-dossier betreft, noteren we dat er bij GTB en VDAB momenteel een proces loopt om de complexiteit van het profiel van de deelnemers beter te vatten in het ICF-dossier. De aanbeveling is hier om de uitkomsten van dit proces ook concreet en effectief formeel in de ICF op te nemen.

1.6 Naar duidelijkere omschreven en minder rollen of functies binnen activeringstrajecten?

1.6.1 Conclusies

De taken van iedere professional zijn over het algemeen duidelijk omschreven in het decreet. Een uitzondering hierop is de casemanager zorg. De functiebeschrijving van deze actor is volgens de professionals teveel beschreven als een kopie van de casemanager werk. Ook de deelnemers vinden het vaak moeilijk de specifieke rol van de casemanager zorg te onderscheiden.

Hoewel er in het decreet, de toelichting en in de draaiboeken veel inspanning is geleverd om de functies en bijhorende taken in detail te beschrijven, blijken de verschillende rollen in de praktijk niet altijd even duidelijk te zijn afgebakend (zowel voor de deelnemers als de professionals). Ze lopen door elkaar. Zo kunnen deelnemers zich hechten aan een vertrouwenspersoon waarna ze met alle vragen naar die persoon stappen. Zorgvragen kunnen dan bij werkgactoren terecht komen, en ook door werkgactoren opgenomen worden. Sommige deelnemers geven ook expliciet aan dat ze de (externe) psycholoog die als zorgactor optreedt, niet zo nuttig vinden, omdat ze al een klik hebben met hun casemanager zorg. Hier tekent zich een spanningsveld af tussen het belang aan het krijgen van gespecialiseerde begeleiding enerzijds en de noodzaak aan anderzijds een professional die de deelnemer begeleidt vanuit een meer generalistische en zo als een vertrouwenspersoon van een deelnemer kan fungeren. Bovendien is niet altijd zo duidelijk welke vragen en noden van een deelnemer een specialist vereisen. Uit de verhalen van de deelnemers maken we op dat ze liefst beide hebben (gespecialiseerde begeleiding in combinatie met een vertrouwenspersoon) en dat op basis van een klik met één van de professionals vaak al op organische wijze een vertrouwensband groeit. Vaak zien we ook dat die professional, bovenop de vooropgestelde acties, die rol ook effectief zal invullen.

In verschillende netwerken of samenwerkingsverbanden lost men bovengenoemd spanningsveld op door, zoals in TAZ al het geval was, alle taken die te maken hebben met de zorgbegeleiding (m.n. die van de casemanager zorg en zorgactor) door één professional, gespecialiseerd in zorg, te laten uitvoeren of de rol van casemanager zorg te laten opnemen door een van de vaste zorgpartners binnen het netwerk (in plaats van een externe zorgpartner). Op die manier staat ofwel één persoon, ofwel één organisatie in voor het zoeken en zelf uitvoeren van het meest geschikte zorgaanbod, waardoor het mogelijk wordt dichtbij de deelnemer te staan en een goede samenwerkings- en vertrouwensrelatie uit te bouwen. Indien casemanager zorg en zorgactor samenvallen (zij het in één persoon of in één organisatie), lukt het volgens de professionals ook beter om een team uit te bouwen rond de deelnemer. Er zijn immers minder professionals waarmee men overleg moet organiseren waardoor er kortere communicatielijnen ontstaan.

1.6.2 Aanbevelingen

De suggestie tot aanbeveling vanuit vooral de casemanagers zorg zelf is hier om decretaal of in de draaiboeken de rol van de casemanager te herdenken en/of duidelijker te maken wat de specifieke

rol is van de casemanager zorg. De professionals schoven op dit punt verschillende pistes naar voren. Een duidelijke consensus ontbrak echter.

Een **eerste piste** is om de **functie van casemanager zorg en zorgactor te versmallen tot één persoon**. Terwijl sommige professionals (vaak zij die al zo werken) hier grote voorstander van zijn, hebben andere professionals bedenkingen. Die laatste groep vreest vooral dat de diversiteit in expertise hierdoor zal verloren gaan, net als de mogelijkheid om op maat van de specifieke noden en problematieken van de deelnemer te werken. Voor een aanpassing van het decreet in die zin is dus geen draagvlak. Belangrijker is te benadrukken dat het decreet een combinatie van rollen in één persoon (of organisatie, zie verder) niet verbiedt. Het is dus perfect mogelijk, zoals nu al gebeurt, om dit binnen een netwerk zo te organiseren. Vraag van de professionals is in die zin om de ruimte die het decreet op dit punt geeft te behouden.

Een **tweede piste** is om de **functie van de casemanager zorg te verruimen tot een generalistische functie**, waarin hij/zij als ‘compagnon de route’ en centraal aanspreekpunt van de deelnemer fungeert en, bij nood aan specialisatie, doorverwijst naar de zorgpartner. In een team rond de deelnemer zou men echter ook met de deelnemer kunnen afspreken wie die taak best op zich neemt. Een bedenking die professionals bij deze piste maken, is dat ze enkel zinvol is wanneer de casemanager zorg de zorgbegeleiding opvat in overeenstemming met de ‘filosofie’ van een activeringstraject waarin drempels wegwerken richting arbeidsmarkt centraal staat. Daartoe is het volgens hen noodzakelijk dat de casemanager zorg steeds uit een organisatie komt die vaste zorgpartner is binnen het netwerk en dat deze casemanager weet dat in een activeringstraject zorg in functie van werk staat. Verder benadrukken professionals dat een generalistische invulling van de casemanager zorg niet in spanning mag komen met de rol van GTB die als casemanager werk de lead neemt met het oog op de MLP-registratie.

Een **derde en laatste piste** is om de rol van de **casemanager zorg steeds** (of verplicht?) te laten opnemen door een **vaste zorgpartner binnen het netwerk** die in andere trajecten of hetzelfde traject ook de rol van zorgactor kan opnemen (die dan door een collega kan worden opgenomen). Die zorgpartner staat dan in voor het zoeken en het snel ontsluiten van het meest geschikte zorgaanbod en weet tegelijk hoe hij dicht genoeg kan staan om een goede samenwerkingsrelatie uit te bouwen. Volgens de voorstanders van deze piste zal de CM zorg op die manier een specifieke waarde aan het proces toevoegen (als schakel naar het geschikte zorgaanbod) en vermijdt men dat de rol van de casemanager zorg in spanning komt met die van de CM werk.

Zoals gesteld, verhoogt het combineren van rollen in één persoon of organisatie volgens de professionals de werkbaarheid van de trajecten. Het vergemakkelijkt immers om samen te werken en het is duidelijker voor de deelnemer wie de zorgbegeleiding op zich neemt. Tegelijk kan die combinatie van rollen de eis om een uitgebreid en gebiedsdekkend netwerk te organiseren ondergraven. Op dit vlak is het vooral zaak als netwerk een evenwicht te vinden tussen een werkbaar netwerk enerzijds en een uitgebreid en gebiedsdekkend netwerk anderzijds. Netwerken die ingezet hebben op een beperkt partnerschap, zeggen dit evenwicht te kunnen behouden door, waar nodig, het netwerk te verbreden. Deze netwerken vragen op dit punt geen aanpassingen, en hebben het gevoel hierin een evenwicht te kunnen vinden. Dit is anders voor één van de netwerken dat sterk op een divers en breed netwerk aan partners heeft ingezet. De veelheid en diversiteit aan vooral casemanagers zorg maakt dat sommige partners zelden een activeringstraject opvolgen. Die organisaties hebben dan ook weinig ervaring met de begeleiding van activeringstrajecten. Ze weten niet wat er precies van hen verwacht wordt. Een ander probleem van een divers en uitgebreid netwerk is dat er vaak in nieuwe samenwerkingsverbanden moet worden samengewerkt. Het decreet zou de negatieve gevolgen van die diversiteit en veelheid kunnen vermijden door, analoog met het casemanagement werk dat enkel bij GTB ligt, het

aantal organisaties te beperken die casemanagers zorg kunnen aanleveren. Die beperking zal er voor zorgen dat de betreffende organisaties meer trajecten in begeleiding hebben en dus beter mee zijn. Tegelijk blijft het mogelijk om door te verwijzen naar interne of externe zorgpartners, indien nodig. Het vrijwaren van een diversiteit aan zorgactoren om op maat van de deelnemer te kunnen werken is immers belangrijker dan de diversiteit met betrekking tot het casemanagement zorg. Voor deze beperking bleek er onder de professionals veel draagvlak te zijn. Bovendien geldt dat sommige netwerken dit al in de praktijk doen. Belangrijk is dan wel dat de overheid of het netwerk transparante criteria opstelt om te bepalen welke organisaties als casemanager zorg kunnen fungeren.

1.7 Van verschillen in aanpak naar een gedeeld kwaliteitskader

1.7.1 Conclusies

Het decreet heeft bepaald dat men de activeringstrajecten in regionale netwerken organiseert, onder coördinatie van de penhouder. Dit samenwerkingsmodel wordt geapprecieerd. De activerings-trajecten regionaal organiseren in netwerkverband, in combinatie met de vrijheid die het decreet geeft, maakt het mogelijk om als netwerk een eigen identiteit uit te bouwen met eigen accenten en doelstellingen, om zich vervolgens rond die accenten te organiseren. Penhouders en andere professionals vinden het daarom belangrijk dat het decreet daar ruimte toe geeft en blijft geven. Er is een grote vraag om zeker dat aspect van het decreet te behouden.

Een grote variatie in de wijze waarop netwerken zich kunnen organiseren kan echter ook leiden tot verschillen in aanpak die zeer bepalend kunnen zijn voor de deelnemers. De vraag rijst hier hoe een overheid stimulansen kan geven om er voor te zorgen dat elke deelnemer een gelijke behandeling en dezelfde kwaliteit van begeleiding krijgt, ongeacht de provincie waarin hij of zij woont en het netwerk dat de begeleiding voorziet.

1.7.2 Aanbevelingen

Aangezien een activeringstraject een voortraject is om drempels richting werk weg te werken (eindigend met een diversiteit aan adviezen), zijn gemeenschappelijke te behalen outputindicatoren of targets die top-down door de overheid worden vastgelegd geen optie. Dergelijke outputindicatoren kunnen de toeleiding versmallen (cf. leiden tot cherrypicking van de sterkste profielen om de targets te kunnen halen). Uit het onderzoek blijkt dat professionals geen vragende partij zijn om de toeleiding te versmallen, net omdat ze activeringstrajecten als een groei- en geen eindpad zien richting werk. Een advies 'niet-toeleidbaar' kan vanuit dat perspectief dan ook even waardevol zijn dan een advies 'betaald werk'.

Om een goede kwaliteit van de trajecten te kunnen verzekeren, is het ten eerste noodzakelijk dat er voldoende ruimte is voor **interne intervisiemomenten** en dat de visie en aanpak binnen een netwerk met de partners voortdurend wordt doorgesproken. De penhouder moet voldoende tijd hebben om deze taak te organiseren en te coördineren. Om te vermijden dat de aanpak van de activeringstrajecten tussen netwerken niet te ver uit elkaar lopen, kan het ten tweede nuttig zijn om een **netwerkoverschrijdend lerend netwerk** te installeren. Hierin kunnen professionals van elk netwerk en van DGS, en met liefst ook input van de deelnemers, de opdracht krijgen een **gedeeld kwaliteitskader** te ontwikkelen. Daarnaast kan het netwerk professionals de mogelijkheid bieden om elkaar te inspireren door goede praktijken te delen (wat spontaan tot een kwaliteitsinjectie kan leiden). In dat licht zou het zinvol zijn om het traject voor de casemanagers zorg, begeleid door SAMvzw, te verruimen en te verduurzamen.

Ten tweede zou het interessant zijn om in dit overkoepelende lerend netwerk een **feedbackinstrument** uit te werken die de **deelnemer** de kans geeft terug te blikken op het activeringstraject. Dit instrument moet het meer specifiek mogelijk maken om als deelnemers feedback te geven op de aangeboden begeleiding en de nazorg, op de door hem/haar gepercipieerde uitkomsten en op het reële toekomstperspectief met betrekking tot werk. De resultaten kunnen interessante informatie opleveren voor de kwaliteitszorg binnen de netwerken, en passen ook helemaal binnen de filosofie van het decreet, die de actieve rol van de deelnemer centraal zet.

Om de kwaliteit van de begeleiding binnen de netwerken beter te garanderen, is het tot slot noodzakelijk dat **netwerken** de resultaten van de trajecten in hun netwerk **zelf kunnen monitoren en evalueren**. Nu is dit niet het geval. De geregistreerde informatie kan hiervoor nog te weinig benut worden. De VDAB levert wel algemene cijfers voor de penhouders, maar die volstaan niet om de werking binnen het netwerk zelf te kunnen monitoren en evalueren, en zo de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren. Om monitoring en evaluatie binnen de het netwerk te garanderen, zou het mogelijk moeten zijn voor de penhouders om zelf overkoepelende, geanonimiseerde data voor hun netwerk te trekken uit de VDAB-data. Een andere optie is dat de VDAB op basis van concrete vragen uit de netwerken hierop zelf onderzoek verricht en de resultaten terugspeelt naar de netwerken. Tot slot zou met de penhouders nagedacht kunnen worden over overkoepelende indicatoren of een systeem van monitoring en evaluatie die bruikbaar kunnen zijn voor om de dienstverlening binnen de netwerken te verbeteren.

1.8 Een activeringsstage op maat van de deelnemer

1.8.1 Conclusies

De oriënterende stage is de meest geregistreerde actie tijdens het activeringstraject. We zien een grote variatie in de invulling en de vormgeving van die activeringsstage. Die variatie betreft zowel het aantal uren per week dat deelnemers presteren als de inhoud van het traject. De doelstellingen van de activeringsstage variëren van proeven van werk (de activeringsstage wordt dan ingevuld als een kijkstage of belevingsstage), meer ritme opdoen, tot het effectief voorbereiden op betaalde tewerkstelling. Verder kan het aantal stages per traject verschillen. Tot slot constateren we verschillen in de aanwezigheid en geboden begeleiding op de werkvloer van een mentor van het bedrijf of de organisatie, net als het belang van een goede match tussen werkgever, werkplek en werksfeer (collega's) enerzijds en de deelnemer anderzijds tijdens de stage. Is die match er, dan kan de stage soms leiden tot aanwerving in het desbetreffende bedrijf of organisatie. Uit de online-bevraging met de werkgevers weten we dat de werkgevers inderdaad bijkomende inspanningen doen om die match te genereren en daarin de steun van de werkfactor appreciëren.

Een tweede vaststelling betreft de rol die de stage speelt in de beleving van de deelnemer. Zo blijkt dat de term “stage “ voor sommige deelnemers een dubbele connotatie kan hebben. Langs de ene kant leggen ze zelf veel nadruk op de stage. Voor vele deelnemers is de activeringsstage de kernactiviteit van het activeringstraject. Ze willen dan ook zo snel mogelijk starten met een stage. Maar het woord “stage” roept soms ook weerstand op. De stage percipiëren ze als schools, waardoor ze verbonden wordt met negatieve ervaringen op school. Of ze associëren stage met onbetaald werk, wat hen het gevoel kan geven dat ze niet op waarde worden geschat of dat van hen geprofiteerd kan worden.

Tot slot bleek dat het initiatief op vlak van zorgbegeleiding nog te vaak bij de deelnemer wordt gelegd. De deelnemer krijgt de boodschap dat hij/zij de begeleiders altijd mag contacteren wanneer er problemen met de stage zijn. Niet elke deelnemer doet of durft dit. Andere begeleiders werken die drempel weg door ook in die fase outreachend en aanklampend te werken.

1.8.2 Aanbevelingen

Op basis van de eerste conclusie over de diversiteit in stages, stellen we voor om die **brede en flexibele invulling** van de **stages** in de praktijk **decretaal of in de toelichtingen** explicieter te **verankeren** en te **stimuleren**. Nu spreekt het decreet enkel over ‘de stage’. Die term laat variatie wel toe, maar moedigt ze niet aan. Verder zou het decreet, zoals gesteld, ook explicieter dan nu het geval is, het netwerk aan kunnen aanmoedigen om bij deelnemers met (vrij) grote zorgnoden te starten met een laagdrempelige activeringsstage vanuit een zorgbril met zorgbegeleiding (ook op de werkvloer). Focus kan hier liggen op het wegnemen van angsten of het opdoen van succeservaringen. In een volgende fase kan de deelnemer dan doorgroeien naar een activeringsstage die richting betaald werk toewerkt waarbij de zorgbegeleiding de werkbegeleiding flankeert en ondersteunt. Werken met zo een groeipad maakt het mogelijk om het zorgaspect meer te integreren in de stage. Een andere piste zou kunnen zijn om de zorgactor ook toe te laten (mee) begeleiding te doen op de werkvloer vanuit een zorgperspectief, zodat men zorgnoden op de werkvloer meteen kan detecteren en aanpakken. Dit kan nu enkel door de werkactor.

Kortom, op dit punt stellen we een toevoeging bij het decreet voor dat aangeeft dat er meerdere stages per traject kunnen zijn en dat stages kunnen worden ingevuld, dit zowel vanuit zowel een zorg- als werkbril, maar steeds met oog op een de (verplichte) finale stage vanuit een werkperspectief. Let wel: we pleiten bewust niet om een lijst van mogelijke stagevormen in het decreet te includeren. Zo een lijst zou immers net flexibiliteit en maatwerk bemoeilijken. Ook willen we benadrukken dat meerdere stages per traject best niet als een streefdoel geformuleerd worden. Uit het onderzoek blijkt dat stageplekken vinden al een uitdaging op zich is en veel inspanning vraagt (zeker in de context van de coronacrisis). Met die context moet rekening gehouden worden.

Een tweede vaststelling betrof de rol die de stage speelt in de beleving van de deelnemer en de kritiek van sommige deelnemers op de onbezoldigde stage. Die laatste vaststelling doet de vraag rijzen in welke mate de stage onbezoldigd moet zijn. Een stage bezoldigen betekent de deelnemer een ‘loon’ geven of een eenmalige premie bovenop de werkloosheidsuitkering (zoals al het geval is in het decreet dat het duaal leren in het onderwijs regelt). Sommige professionals zijn te vinden voor een vorm van bezoldiging, omdat dit de motivatie kan verhogen om zes maanden durende stage vol te houden. Andere professionals wijzen er echter op dat een betaalde stage verwarring en wrevel kan veroorzaken. Veel deelnemers kunnen het onderscheid niet maken tussen activeringsstages en andere begeleiding die vanuit GTB of VDAB geboden wordt. Wanneer bepaalde stages wel betalend zijn en andere niet, kan dit leiden tot shopgedrag en frustraties. Deze professionals vinden dus dat er hierin één duidelijke lijn moet behouden blijven. Op dit moment zijn er onkostenvergoedingen mogelijk voor kinderopvang en vervoer in kader van de stage. Meer consensus is er om te **voorzien in extra vergoedingen die inspelen op financiële drempels om de stage (en de begeleiding) te kunnen uitvoeren**. Een uitgebreidere vergoeding rond mobiliteit die alle vervoersmiddelen (ook trein) vergoedt, is aan te bevelen. Ook vergoedingen om tot bij een begeleider of therapeut te raken zouden financiële drempels kunnen wegwerken. Of een vergoeding die het mogelijk maakt om tijdens de stage of begeleiding de (betalende) zorg voor zieke kinderen of ouders op te vangen of om de naschoolse opvang van de kinderen te betalen.

Een laatste aanbeveling gaat in op het cruciale belang van de match tussen werkplek en deelnemer tijdens de stage. Niet alleen de werkactor, maar ook de stageplaats zelf kan hieraan bijdragen. Hoewel het decreet op dit vlak geen eisen stelt aan de werkgevers, maar hen ook niet compenseert voor de geleverde inspanningen, is er meer kans op een succesvolle stage als de werkgever en/of mentor mee is in het verhaal van het activeringstraject. Dit biedt **betere garanties op een passende en maatgerichte opvolging op de werkvloer**. Om werkgevers en mentoren te stimuleren een passende en maatgerichte opvolging aan de deelnemer aan te bieden, is het cruciaal dat de werkactor hier met de werkgever en/of mentor actief op inzet. Dit kan bijvoorbeeld door de werkgever te informeren over al bestaande instrumenten, zoals de werkgeverdienstverlening of Talentoscoop.³ Daarnaast is het belangrijk dat er tussen de werkactor en de werkgever/mentor van de stageplaats voldoende communicatie en overleg is. Ook de werkgevers zelf zijn vragende partij voor voldoende opvolgingsmomenten met de werkactor en de deelnemer op de werkvloer. Dergelijke momenten zijn belangrijk om de stage tot een gedeelde verantwoordelijkheid te maken en te zorgen voor een betere overgang van de stage naar betaald werk. Beide taken vallen binnen de vastgelegde taken van de werkactor, maar een nauwgezette opvolging hiervan door de VDAB zou nuttig kunnen zijn. Niettemin blijft de (kwaliteit van de) begeleiding op de werkvloer door de werkgever cruciaal, net omdat het financieel kader niet toelaat om als werkactor een langdurige begeleiding op de werkvloer aan te bieden.

³ Talentoscoop is een recent ontwikkeld model dat kan bijdragen tot meer open werkgevers, en zo ook betere stageplaatsen. De hoofddoelstelling van talentoscoop is hoe een werkgever zijn bedrijf meer inclusief kan maken. Zo krijgen ook stagiaires betere omkadering op een concrete werkplek. Zie www.talentoscoop.be

Inleiding

Het activerend arbeidsmarktbeleid in Vlaanderen evolueerde de afgelopen decennia sterk naar een meer omvattende benadering voor de hele arbeidsmarkt en de hele populatie van werkzoekenden. Steeds meer wordt ingezet op een gedifferentieerde aanpak om te kunnen aansluiten bij de (soms complexe) noden en competenties van werkzoekenden (Leroy & Ranschaert, 2018; Knipprath & Cabus, 2020). Die visie op activerend arbeidsmarktbeleid vraagt om een accurate inschatting van de ‘afstand tot de arbeidsmarkt’ van een diverse groep van personen (Desiere et al., 2018). Het vereist ook een evolutie van een lineaire aanpak (i.e. kansengroepenbeleid) naar een meer individuele benadering en maatwerk (m.n. versterken van talenten en competenties om de positie van het individu op de arbeidsmarkt te versterken) (OECD, 2003).

Die focus op ‘maatwerk’ en ‘inclusief arbeidsmarktbeleid’ vormt ook de basis voor het decreet houdende de werk- en zorgtrajecten (oktober 2014). Dit decreet is erop gericht de drempels tot betaalde arbeid te verkleinen voor personen met een beperking van medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale aard (MMPPS) die baat hebben bij een gecombineerde begeleiding rond zowel zorg als werk. Die drempels zijn multidimensioneel. Uit onderzoek van Desiere et al. (2018) blijkt dat socio-economische kenmerken (leeftijd, opleiding, competenties), arbeidsmarkthistoriek (aantal jobs in afgelopen jaren, aantal maanden werkloos in het verleden), gedragsvariabelen (motivatie, zoekgedrag) en informatie over de lokale arbeidsmarkt, belangrijke drempels zijn om de arbeidsmarkt te betreden. Bovenop deze klassieke drempels ervaren MMPPS-persoon mogelijk nog specifieke drempels die te maken hebben met hun beperking. Het feit dat deze specifieke drempels een (duurzame) intrede op de arbeidsmarkt verhinderen, blijkt ook uit cijfers van de Europese Enquête naar Arbeidskrachten (EAK). Onderzoekers schatten op basis van de EAK van 2011 (ad-hoc module) dat slechts 38% van de personen met een arbeidshandicap of arbeidsbeperking tewerkgesteld is op de arbeidsmarkt. Dit cijfer is 68% voor personen zonder een medische problematiek. In België worden gelijkaardige tewerkstellingspercentages geobserveerd van 33% resp. 67% (Lamberts & Van Peteghem, 2016).

Om de drempels tot de arbeidsmarkt voor deze doelgroep te verkleinen krijgt de deelnemer binnen de maatregel ‘activeringstrajecten’ een begeleidingstraject dat zowel inspeelt op de noden en competenties met betrekking tot werk als die met betrekking tot zorg. De begeleiding omvat casemanagement en begeleiding op de werkvloer tijdens een stage. De zorgbegeleiding pakt de drempels tot de arbeidsmarkt waaraan bepaalde zorgnoden ten grondslag liggen aan.

Het concept van de maatregel ‘activeringstrajecten’ werd goedgekeurd met het Besluit van de Vlaamse Regering van 2 februari 2018 waarna de uitvoering zelf startte op 1 juli 2018. Dit onderzoek is een procesevaluatie, dit wil zeggen een evaluatie van het implementatieproces van de maatregel dat de verschillende betrokkenen sinds de invoering van de maatregel gelopen hebben. Op basis van VDAB-data en een koppeling van deze data met DWSE-data, alsook verschillende kwalitatieve dataverzamelingstechnieken, proberen we in deze studie het profiel van de deelnemers en het proces in de praktijk te schetsen. Daarbij laten we de ervaringen en het perspectief van de verschillende betrokkenen (professionals én deelnemers) uitgebreid klinken. We brengen hun ervaringen ook voortdurend in dialoog met het decretale kader. Bedoeling van de procesevaluatie is dat de overheid op basis van

de informatie uit de procesevaluatie en de beleidsaanbevelingen die uit de conclusies van deze studie voortvloeien op een geïnformeerde wijze aanpassingen kan doen aan het decretaal kader. De geformuleerde aanbevelingen werden daarbij ook getoetst bij de professionele betrokkenen.

Na een voorstelling en analyse van de maatregel ‘activeringstrajecten’ binnen het decreet (hoofdstuk 1) en een methodologisch hoofdstuk (hoofdstuk 2), doorlopen we het globale proces van een activeringstraject: toeleiding en profiel van de deelnemer (hoofdstuk 3), opstart van het traject met opstellen trajectplan (hoofdstuk 4) en uitvoeringsfase. Tijdens de uitvoeringsfase valt de zorg- en werkbegeleiding (stage) (hoofdstuk 5) en wordt ook volop binnen het interdisciplinair netwerk van partners samengewerkt voor en met de deelnemer (hoofdstuk 6). Het traject eindigt met een eindadvies (arbeidszorg, betaald werk, niet toeleidbaar). In hoofdstuk 7 geven we op basis van kwantitatieve en kwalitatieve data enerzijds een zicht op welke eindadviezen de deelnemers aan een activeringstraject krijgen en hoe de betrokkenen deze fase beleven. Anderzijds werpen we een blik op de arbeidssituatie van de deelnemers na een activeringstraject. De studie eindigt met een hoofdstuk (hoofdstuk 8) waarin we de belangrijkste conclusies bundelen en beleidsaanbevelingen formuleren.

1 | Voorstelling en analyse van de maatregel ‘activeringstrajecten’ binnen het decreet houdende de werk- en zorgtrajecten

Het decreet houdende de werk- en zorgtrajecten, waarvan activeringstrajecten één van de maatregelen vormt, bouwt voort op gelijkaardige projecten in het verleden, met name de Tender activerende zorgondersteuning (TAZ) gevolgd door de TAZbis en TAZtris. Aanleiding om die tenders te verlaten was de wens om nog explicieter op maat van de deelnemers te gaan werken en wat projectmatig gebeurde structureel te verankeren via een decretaal kader, waardoor meer rechtszekerheid voor de doelgroep en betrokken organisaties kon worden gegarandeerd.

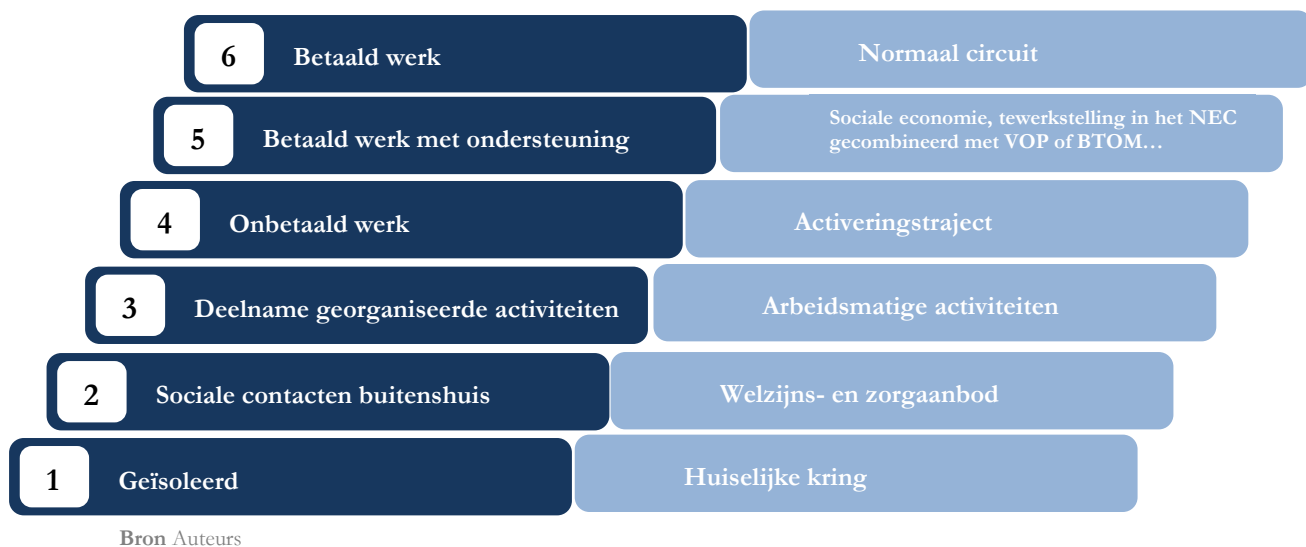
Hoewel doelstelling en aanpak gelijkaardig zijn met de TAZ, legt het decreet inhoudelijk ook enkele belangrijke accentverschillen. De doelgroep wordt sterker afgebakend, de wisselwerking werk en zorg wordt in de maatregel ‘activeringstrajecten’ sterker vanuit een werkperspectief ingezet, en de aanpak hierop geënt. In dit hoofdstuk bespreken we, met een focus op de maatregel ‘activeringstrajecten, de wijze waarop het decreet de doelgroep afbakt, de wisselwerking tussen werk en zorg opvat, het traject met daarbij de aard van de begeleiding en de verschillende rollen uittekent. Waar relevant wordt het verschil met de TAZ geduid.

1.1 Afbakening van doel en doelgroep

De doelstelling van TAZ, nl. “de aanpak van de medische, mentale, psychische of psychiatrische problematiek en de sociaal-economische, sociale en/of psychosociale drempels op weg naar werk, om een vervoltraject naar werk mogelijk te maken” (VDAB, 2012) is zeer gelijkaardig aan die van activeringstrajecten. De doelgroep is echter versmald. De TAZ werkte aan de drempels richting NEC, sociale economie en arbeidszorg, terwijl activeringstrajecten zich uitsluitend richt tot MMPPS-persoon die (tijdelijk) niet in staat zijn betaald werk te verrichten. Voor MMPPS-persoon met een grotere afstand tot de arbeidsmarkt, werden andere maatregelen dan activeringstrajecten uitgewerkt met specifieke doelstellingen en een specifieke aanpak. Die beleidskeuze is niet toevallig. Ze moet vooral een garantie bieden voor maatwerk op basis van de specifieke competenties van de deelnemers.

De wijze waarop het decreet dit maatwerk uitwerkt is gebaseerd op de idee van de participatieladder (zie figuur 1.1). In het algemeen gaat het decreet houdende de werk- en zorgtrajecten (oktober 2014) er volgens de nota aan de Vlaamse regering (2017) van uit dat het noodzakelijk is om elke MMPPS-persoon maximaal de kans te geven en te ondersteunen om te participeren aan de samenleving. Niet elke persoon in deze groep bezit evenwel de competenties om (meteen) de hoogste participatietreden te behalen, zijnde betaald werk. De participatieladder bevat zes trappen die de participatiegraad van individuen met betrekking tot werk uitdrukt. De doelgroep per maatregel is afgebakend op basis van die treden. Afhankelijk van de trap waarin een MMPPS-persoon bij aanvang wordt ingeschaald, krijgt de deelnemer een traject of aanbod op maat aangeboden en zijn ook de te behalen doelstellingen verschillend geformuleerd. Activeringstrajecten bevinden zich op trap 4.

Figuur 1.1 Visuele voorstelling participatieladder



Het specifiek doel van de activeringstrajecten is om in een tijdsspanne van maximum 18 maanden met MMPPS-personen die op trap 4 worden ingeschaald, aan de drempels te werken die hen beletten om betaalde arbeid te verrichten zodat ze vervolgstappen kunnen zetten op vlak van betaalde arbeid. Of nog, via een stage (onbetaald werk) is het de bedoeling dat ze van trede 4 naar trede 5 of 6 kunnen doorgroeien.

Met die focus op het wegwerken van drempels naar betaalde arbeid (trap 5 en 6) onderscheiden activeringstrajecten zich van de twee andere maatregelen voor MMPPS-personen die zich (tot januari 2021)⁴ op een lagere trede in de participatieladder bevinden. Ten eerste is er de maatregel arbeidsmatige activiteiten (trap 3) die deelnemers helpt om daarna onbetaalde activiteit te kunnen uitoefenen (trap 4), alsook (activerende) arbeidszorg met een focus op onbetaalde arbeid in de sociale economie met mogelijk betaalde arbeid op middellange termijn. Ten tweede is er een welzijns- en zorgaanbod in de vorm van onthaaltrajecten voor personen die als niet-toeleidbaar worden beschouwd (trap 1 en trap 2). In vergelijking met andere MMPPS-personen, zijn de MMPPS-personen die deelnemen aan activeringstrajecten dus ingeschat als bijna klaar voor de reguliere arbeidsmarkt.

Belangrijk is evenwel dat bij de start van het traject de drempels nog duidelijk aanwezig zijn en de kandidaat-deelnemer deze drempels niet voldoende onder controle heeft. Het oordeel over wie in aanmerking komt voor welke maatregel, wordt ten eerste beïnvloed door reguliere dienstverleners (bemiddelaars VDAB, mutualiteiten, OCMW...) die doorverwijzen naar een activeringstraject en zorgen dat er een aanvraag wordt ingediend. Ook de doelgroep zelf kan een aanvraag indienen. Vervolgens worden de aanvragen behandeld door de dienst DABP⁵ van VDAB die bepaalt of een kandidaat-deelnemer kan deelnemen aan een activeringstraject. Ze hanteren hiervoor de volgende, meer concrete, criteria (Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin, 2018, p. 3):

- *de kandidaat deelnemer heeft ernstige belemmeringen van medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale aard die hem op dit moment verbinderen om betaalde beroepsarbeid te verrichten. Die belemmeringen zijn prominent aanwezig en onvoldoende onder controle om nu betaald aan het werk te gaan;*
- *om deze belemmeringen te remediëren, heeft de kandidaat deelnemer nood aan een begeleidingsprogramma dat zich zowel richt op het vlak van begeleiding naar en op een werkvloer als op het vlak van zorg.*

⁴ Sinds 8 januari 2021 legt AMA sociale economie de nadruk op betaald werk op tredes 5 en 6. Zij komen daardoor op de 4^e trede in plaats van de 3^e trede. Wij baseren ons echter op de situatie in juli 2020.

⁵ Deze benaming werd recent gewijzigd naar team TOM (Tewerkstellingsondersteunende maatregelen). Wij verwijzen in dit rapport echter nog naar de benamingen die in de zomer van 2020 in de draaiboeken vermeld werden.

1.2 De wisselwerking tussen werk en zorg: van een focus op zorg naar een focus op werk in de ondersteuning

In de TAZ ligt de focus op zorgondersteuning, zoals ook in het bestek staat verwoord (VDAB, 2012): *“Met zorgbegeleiding wensen we de MMPP-drempels weg te werken die een traject naar tewerkstelling of arbeidszorg verhinderen.”* De zorgondersteuning is activerend, omdat ze rechtstreeks inspeelt op de specifieke randvoorwaarden die participatie aan de arbeidsmarkt verhinderen. In die begeleiding kan ook een activeringsstage passen die *“de behandeling of empowerment kadert binnen een concrete werksituatie.”* (VDAB, 2012). In het decreet verdwijnt voor de maatregel activeringstrajecten de centrale focus op zorg. Dat blijkt meteen in de eerste zin uit het hoofdstuk in het decreet dat specifiek het activeringstraject behandelt. Daar beschrijft het decreet het activeringstraject als een *“voorbereiding op betaalde beroepsarbeid”*, via acties gericht op werk en zorg. Nieuw is daarbij ook de expliciete vermelding van begeleiding naar en op de werkvloer. Meer dan in de TAZ het geval was, vormt in een activeringstraject de stage een centrale actie. Een activeringstraject zonder (begeleiding richting een) stage is geen activeringstraject.

Vraag blijft hoe de zorgbegeleiding zich tot die focus op werk verhoudt. Het decreet is ook daarin duidelijk: *“de zorg moet ondersteunend zijn aan het arbeidsmarktgerichte traject”*. Dit wil zeggen dat ze moet streven naar *“herstel of draaglijk maken van medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale problemen”* zodat intrede op de arbeidsmarkt terug mogelijk wordt, en bovendien gericht moet zijn op het *“versterken van competenties in functie van de stage op een werkvloer en de joboriëntatie.”*

1.3 Een trajectbenadering

In een activeringstraject wordt de ondersteuning uitgetekend in de vorm van een traject. In de TAZ ligt de nadruk op begeleiding. GTB staat in voor de trajectbegeleiding, terwijl de begeleiding met focus op zorg twee luiken omvat: zorg en empowerment. Verschillende elementen die nu ook in het activeringstraject zijn opgenomen (zoals het opmaken van een zorgbegeleidingsplan) worden al vermeld, maar niet gekaderd in een traject.

Typisch aan een traject is dat de ondersteuning niet bestaat uit losstaande activiteiten, maar is uitgetekend als een af te leggen weg bestaande uit verschillende, logisch geordende, fases die moeten doorlopen worden richting het gewenste doel. Een traject stuurt de betrokkenen in die zin altijd in een bepaalde richting, waarbij het doorlopen van elke fase progressie of ontwikkeling inhoudt richting het uiteindelijke doel. In vele gevallen zien we dat de trajectmodellen in de zorgbegeleiding (zoals het 8-fasen-model van Movisie, zie van Leeuwen-den Dekker, 2014) bestaan uit fasen die lineair zijn uitgetekend. Dit wil zeggen: de begeleider(s) nemen de deelnemer mee in fasen die na elkaar lopen, en op elkaar voortbouwen. Een traject hoeft echter niet per definitie lineair te verlopen, ze kan ook (deels) cyclisch zijn opgebouwd. Het activeringstraject kenmerkt zich door een lineaire en cyclische opbouw. Het bevat stappen die over een afgebakende periode lineair lopen, met achtereenvolgens volgende stappen: toeleiding, opstellen trajectplan, uitvoeringsfase en het eindadvies. Typisch aan dit lineaire traject is ook dat het einde van elke fase formeel wordt bekrachtigd (bijvoorbeeld ondertekend plan of verantwoord eindadvies). De uitvoeringsfase waar de begeleiding zelf centraal staat, is echter cyclisch uitgetekend. De activeringsstage op de werkplek, de opvolging en ondersteuning van werk-, zorg- en welzijnsfactoren van die stage en de bijsturing van het trajectplan kunnen zich immers meerdere keren tijdens deze fase voordoen.

1.4 Samenwerkingsmodel: integraal werken

Hoewel de grote lijnen van het activeringstraject lineair zijn uitgetekend, hoeft dit niet per definitie te leiden tot een samenwerkingsmodel dat ook lineair loopt. Dit laatste zou het geval zijn als de samenwerking vanuit een estafettemodel wordt gedacht, waarbij elke fase door een andere begeleider zou worden uitgevoerd en de bij een overgang van de éne naar de volgende fase de stok (of de verantwoordelijkheid) moet worden doorgegeven. De wijze waarop het activeringstraject in het decreet is uitgewerkt, bevat elementen van het estafettemodel, maar legt tegelijk de focus op samenwerken binnen een breed, divers en interdisciplinair netwerk waarin ook de deelnemer zelf een centrale en actieve rol speelt. Die dubbele focus is het gevolg van de achterliggende visie van het decreet dat integraal werken voor deze doelgroep als noodzakelijk acht om drempels richting de arbeidsmarkt aan te pakken.

Verweij e.a. (2018) definieert integraal werken als: *‘voltallig en volledig, rekening houdend met alle achterliggende aspecten. Het gaat over een brede aanpak van de problematiek, waarin aandacht is voor alle leefgebieden van een cliënt. Om tot één samenhangend plan te komen voor de diverse vraagstukken van de cliënt of het huishouden, is het samenbrengen van verschillende professies nodig die met elkaar samenwerken.’* Integraal werken omvat daarmee drie principes die ook in het design van de activeringstrajecten terug te vinden zijn (SARWWG, 2012):

Eén: de vraag, nood of de doelstelling van de *deelnemer staat centraal* in het traject. Dit principe is uitgewerkt in het activerend Vlaams arbeidsmarktbeleid waar men inzet op een individuele benadering en maatwerk. De deelnemer is actief aanwezig en betrokken in alle fases van het activeringstraject, behalve bij de formulering van het eindadvies. De begeleiding gebeurt op maat van de noden en competenties van de deelnemer.

Twee: integraal werken gaat uit van een *holistische kijk* op de voorliggende problematiek (hier: uitstroom naar betaalde arbeid). Onderliggend aan het design van het activeringstraject is de aanname dat een geslaagd traject vraagt om zowel de noden op het vlak van werk als de zorg- en welzijnsnoden aan te pakken. Dit uit zich in het systematisch en structureel betrekken van zowel professionele arbeids- als zorg/welzijnsactoren tijdens het traject, die allebei, maar elk vanuit hun expertise het traject richting einddoel voortstuwen.

Drie: ook in organisatorisch opzicht staat integraal werken voorop in de activeringstrajecten, met *professionals die samenwerken ter ondersteuning van de deelnemer*. Een grote groep van instituties is betrokken in één traject, waarbij ze zowel een horizontale als verticale samenwerking aangaan. Horizontaal: professionals geven de fakkel door aan andere professionals bij de overgang van de éne naar de andere trajectfase. De idee is dat elke fase om andere expertises vraagt of andere taken inhoudt die best door verschillende professionals worden ingevuld. Hier is de samenwerking opgebouwd volgens het estafettemodel. Daarnaast is er ook verticale samenwerking. Professionals werken samen binnen één fase, vaak met de deelnemer. Die samenwerking gebeurt concreet middels (regelmatig) overleg tussen professionals met een andere expertise die samen (met de deelnemer) tot een product moeten komen (bv. trajectplan) of in een netwerkverband tijdens de uitvoeringsfase. Dit netwerk bestaat uit professionals uit instituties van zowel de arbeids-, zorg- als welzijnssector en is regionaal georganiseerd (binnen zes regio's over heel Vlaanderen).⁶ De samenstelling van het netwerk is decretaal vastgelegd en bevat minimaal een werkactor die instaat voor de activeringsstage, een maatwerkbedrijf, een OCMW, een CAW, een organisatie uit de geestelijke gezondheidszorg of psychiatrie, en een organisatie erkend door het VAPH of Jongerenwelzijn. Door de samenstelling decretaal vorm te geven en de samenstelling decretaal te sturen, heeft de overheid vooral beoogd netwerken samen te stellen die gebiedsdekkend en voldoende diverse actoren telt. Die gebiedsdekking en diversiteit moet immers garanderen dat ook effectief op maat van de deelnemer kan en zal gewerkt worden.

⁶ De regio's zijn: Antwerpen, Limburg, Oost-Vlaanderen, West-Vlaanderen, Oostende-Brugge-Roeselare en Kortrijk.

1.5 Concrete uitwerking

Het decreet bevat, weliswaar summier, ook de verschillende functies binnen het traject, hun rollen en hun samenwerking. Nadien kwamen de nota aan de Vlaamse regering (2017) en verschillende draaiboeken (voor hele traject en per functie) die de dagelijkse uitvoering van de activeringstrajecten sturen en tot doel hebben de verschillende professionals te ondersteunen in de begeleiding.

1.5.1 Functies, rollen en taken professionals

In het decreet vallen vier algemene functies op: toeleiders (door bemiddelaars VDAB en gespecialiseerde screeningsdienst-DGS), coördinatie netwerk (door penhouder), casemanagement (door casemanager werk en casemanager zorg) en begeleiding (door dienstverlener werk en dienstverlener zorg, ook werk- en zorgactor genoemd). In tabel 1.1 vatten we alle functies en rollen samen en bespreken we hun voornaamste taak. Meer gedetailleerde info over de specifieke taken komen aan bod in de volgende hoofdstukken.

In vergelijking met de TAZ vervalt, althans expliciet, de partner empowerment die zich focuste op de sociaal-economische en/of psychosociale drempels die de weg naar werk bemoeilijkten. In het decreet worden die sociaal-economische drempels ook verder niet meer benoemd. Dit leidt er toe dat ook niemand meer verantwoordelijk is voor deze taak. Tegelijk werden de casemanager zorg en een werkactor toegevoegd (bij een activeringsstage binnen TAZ was de trajectbegeleider van GTB die ook het casemanagement op zich nam hier ook voor verantwoordelijk). Dit betekent concreet dat ten opzichte van TAZ meer rollen en dus professionals tijdens het traject aanwezig zijn. Het decreet verplicht echter niet om alle rollen ook door verschillende professionals te laten uitvoeren. Het is dus perfect mogelijk om rollen in één persoon te combineren.

Voor de activeringsstage kunnen deelnemers zowel terecht bij bedrijven uit het Normaal Economisch Circuit (NEC) als uit het beschermd circuit (BC), zij het dat zij op Vlaams grondgebied gevestigd moeten zijn (VDAB, n.d.). De rol die het stagebedrijf in een activeringstraject krijgt, wordt in het decreet echter niet geëxpliciteerd. Er zijn decretaal dus geen verplichtingen voor stagebedrijven. In de draaiboeken wordt deze rol wel expliciet vernoemd en enkele verplichtingen opgesteld (VDAB, n.d., p. 50). Die gaan over het in orde brengen van administratieve zaken, het maken van de nodige (praktische) afspraken met de werkactor en overleg tijdens de stage (indien nodig), de begeleiding van de stagiair op de werkvloer en de rapportage over het functioneren en registratie van de gepresteerde uren.

Tabel 1.1 Omschrijving rollen en taken verschillende professionals

Functie	Rol	Taak
Toeleiding	VDAB-bemiddelaar	Stelt een aanvraag op waarin voldoende wordt gemotiveerd waarom de klant baat zou hebben bij een activeringstraject. Dit gebeurt op basis van informatie van de klant over zij/haar functioneren of van vroegere werkgevers of diensten waar de werkzoekende in begeleiding is/was. Op basis van deze informatie bepaalt de bemiddelaar het huidige en het te bereiken participatieniveau van de klant.
	DGS	Bepaalt aan de hand van het voorgelegde dossier of de kandidaat-deelnemer voldoet aan de voorwaarden ⁷ en dus mag deelnemen aan het activeringstraject.
Casemanagement	Casemanager Werk (GTB), CM Werk	Geeft informatie over het traject aan de deelnemer, stelt en volgt het trajectplan en het eindadvies op, coördineert werkgerelateerde aspecten traject, overlegt met Casemanager Zorg.
	Casemanager Zorg ⁸ , CM Zorg	Geeft informatie over het traject aan de deelnemer, stelt en volgt het trajectplan en het eindadvies op, coördineert zorggerelateerde aspecten traject, overlegt met Casemanager Werk.
Coördinatie netwerk	Penhouder	Faciliteert de uitvoering van de activeringstrajecten, beheert het budget op traject- en projectniveau, en coördineert en fungeert als aanspreekpunt (VDAB, n.d., p. 33).
Begeleiding	Dienstverlener Werk	Gaan op zoek naar een geschikte plek voor de activeringsstage, zorgen voor opmaak stageovereenkomst, bereiden de deelnemer voor op de stage, en begeleiden de deelnemer (en werkgever) tijdens de stage.
	Dienstverlener Zorg	Voorzien zorgbegeleiding, i.c. hulp, dienstverlening en ondersteuning met het oog op de voorbereiding op werk.

Bron Auteurs

1.5.2 Concreet stappenplan zoals uitgewerkt in de draaiboeken

Figuur 1.2 geeft een overzicht van de verschillende stappen die doorlopen worden voor en tijdens het activeringstraject, zoals concreet is uitgewerkt in de draaiboeken van VDAB. Opvallend in de uitwerking is de lineaire voorstelling van een activeringstraject in de draaiboeken. In het decreet komt die lineaire aanpak minder sterk tot uiting. Een interessant voorbeeld hiervan is de keuze om in de opstartfase de deelnemer eerst kennis te laten maken met de casemanager werk, waarna naar de deelnemer naar de casemanager wordt doorverwezen. Die lineaire invulling vinden we hier echter niet in het decreet terug. Daar ligt bij de opmaak van het trajectplan in de eerste plaats de focus op samenwerking tussen beide actoren (zie ook advies SERV, 2017, die die samenwerking ook sterk aanbeveelt). Zo stelt het decreet enkel dat beide casemanagers met de deelnemer het trajectplan opstellen, en krijgt ook de casemanager zorg de taak om informatie te geven over het verloop van het activeringstraject.

7 Voor een uitgebreid overzicht van de criteria, zie "Draaiboek AT voor casemanagers en dienstverleners" te raadplegen op <https://partners.vdab.be/cvs/activeringsprojecten>

8 Organisaties die deze taken op zich mogen nemen, worden erkend door de Vlaamse regering (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG)) op basis van de volgende criteria (art. 10):

1. "het gaat om een van de volgende welzijns- en zorgvoorzieningen:
 - a) een centrum voor algemeen welzijnswerk;
 - b) een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds, erkend conform het Woonzorgdecreet van 15 februari 2019;
 - c) een centrum voor geestelijke gezondheidszorg;
 - d) een initiatief voor beschut wonen;
 - e) een psychiatrisch ziekenhuis;
 - f) een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis;
 - g) een welzijns- en zorgvoorziening, erkend door het VAPH of het agentschap Jongerenwelzijn, om ondersteuning te bieden;
 - h) een revalidatiecentrum;
 - i) een OCMW.
2. de welzijns- en zorgvoorziening, vermeld in punt 1°, a) tot en met i), heeft voor het casemanagement Zorg een of meerdere medewerkers ter beschikking die over professionele deskundigheid beschikken en zorgt ervoor dat de continuïteit van het casemanagement Zorg ten aanzien van de deelnemer verzekerd is."

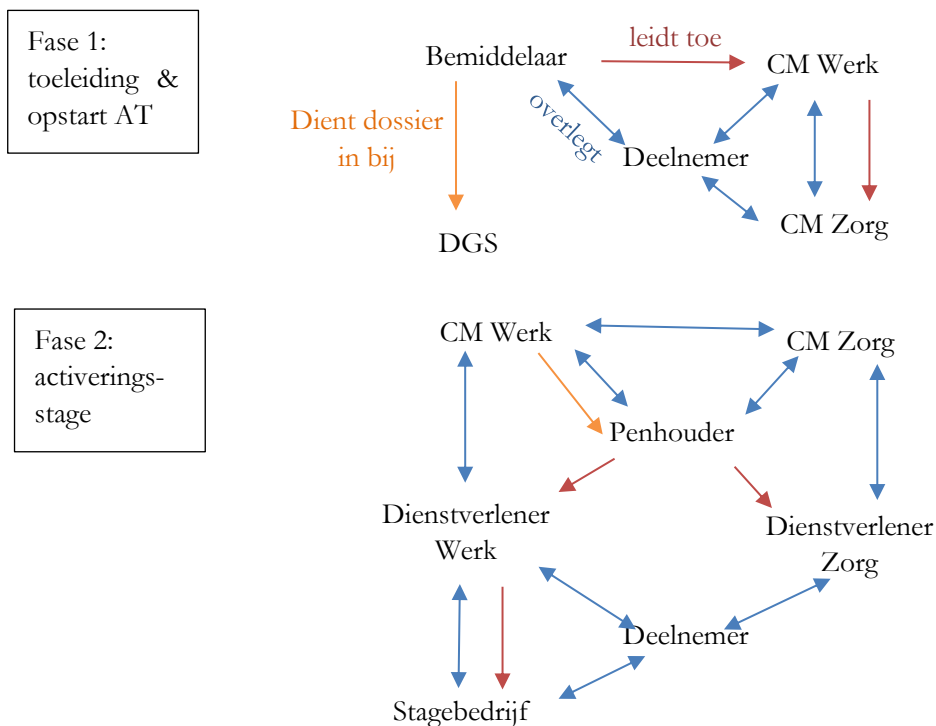
Figuur 1.2 **Stappenplan activeringstraject**



Bron Eigen verwerking schema en tekst ‘Handleiding AT voor casemanagers en dienstverleners’ (VDAB, n.d.)

Samengevat kunnen we het verloop van het traject onderverdelen in twee grote fases: voor en tijdens het activeringstraject. Voor aanvang van het traject leidt de bemiddelaar van VDAB de deelnemer toe naar het activeringstraject, waarna de deelnemer bij de casemanager werk terecht komt. Deze casemanager gaat samen met de deelnemer op zoek naar een casemanager zorg waarna beide casemanagers samen met de deelnemer het trajectplan opstellen. Tijdens het activeringstraject verschuift de rol van de casemanagers naar een coördinerende rol, en nemen de dienstverleners werk en zorg - die aangeduid werden door de penhouder- de begeleidende rol over. De dienstverlener werk gaat op zoek naar een stageplaats zodat de deelnemer (opnieuw) werkervaring kan opdoen op een (aangepaste) werkvloer, en begeleidt de deelnemer tijdens het verdere verloop van deze stage. Figuur 1.3 geeft dit schematisch weer. Dit schema laat goed zien hoe in activeringstrajecten een grote groep instituties en organisaties betrokken zijn die vanuit verschillende expertises specifieke taken vervullen, maar ook voortdurend over de disciplines heen met andere professionals én de deelnemer in overleg gaan om samen de afgesproken doelstellingen te bereiken. Op maat en integraal werken leidt in die zin tot een gelaagd en complex traject om te implementeren. In de volgende hoofdstukken beschrijven we hoe de professionals en de deelnemers met het decreet (en de invulling ervan in de draaiboeken) op weg gaan. Hoe geven ze de trajecten concreet in de dagelijkse praktijk vorm? Op welke wijze werken professionals en deelnemers hierin met elkaar samen? En hoe beleven ze zelf het verloop van de verschillende fases in het traject en het succes ervan?

Figuur 1.3 Schematisch overzicht samenwerking



Bron Verwerking decreet door auteurs

2 | Methodologie en aanpak van de procesevaluatie

In opdracht van het Departement Werk en Sociale economie (DWSE) voerden we een procesevaluatie uit van de maatregel ‘activeringstrajecten’, zoals decretaal vastgelegd in het decreet houdende de werk- en zorgtrajecten (2014). In een procesevaluatie is de onderzoeksfocus het proces en niet het resultaat of de effecten van een maatregel. Dergelijk onderzoek is relevant, omdat begrijpen hoe een interventie in de praktijk werkt, vitaal is voor overheden om *evidence based* (tussentijdse) aanpassingen te kunnen doen aan de regelgeving (Moore e.a., 2015). Dit is ook de inzet van dit onderzoek. Binnen de Vlaamse overheid staat immers een mogelijke aanpassing van de regelgeving van de activeringstrajecten gepland. Daarbij is er vooral vraag naar de ervaringen van de verschillende actoren met de begeleiding, de samenwerking en betrokkenheid van de actoren binnen het decretaal vastgelegde netwerk en de plaats van de deelnemer hierin, zodat bij een volgende mandatering op de onderzoeksmatig opgebouwde kennis kan ingespeeld worden. Bijkomend wilde de opdrachtgever ook meer zicht op het profiel van de deelnemer (voor en na het traject). De inzichten daaruit kunnen duidelijk maken in welke mate de gewenste profielen ook daadwerkelijk in een activeringstraject terecht gekomen. In bijlage 1 geven we een overzicht van de specifieke onderzoeksvragen.

In het vorige hoofdstuk werd duidelijk dat er verschillende actoren betrokken zijn bij het activeringstraject. In dit onderzoek kregen de verschillende actoren de kans om hun perspectief op de uitvoering van de activeringstrajecten in de praktijk te delen. Dat perspectief, zijnde hun ervaringen, beleving en beoordelingen, in kaart brengen is belangrijk omdat elk activeringstraject een sociaal proces is waarin actoren op basis van hun (eigen) overtuigingen en ervaringen met het traject dit proces en de samenwerking in een bepaalde richting beïnvloeden. Kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn het meest geschikt om dit perspectief in beeld te brengen (via focusgroepen met professionals, diepte-interviews met deelnemers en participerende observaties tijdens de trefdagen van SAMvzw). De schets van het profiel van de deelnemers werd opgenomen als één van de thema’s in het kwalitatief onderzoek, maar de VDAB-en DWSE-data laten toe om dit profiel ook in de breedte te schetsen via een kwantitatieve data-analyse. Daarnaast deden we nog een online-bevraging van de werkgevers. In dit hoofdstuk beschrijven we in detail de dataverzameling die de basis vormt voor de bespreking van de resultaten. We putten daarbij uit meerdere en diverse databronnen.

Vanwege de COVID-19-crisis verliep alle dataverzameling digitaal of telefonisch (met uitzondering van de focusgroep bij de penhouders).

2.1 Kwantitatieve databronnen

2.1.1 Analyse administratieve data (VDAB en DWSE)

Wanneer een klant zich inschrijft bij VDAB of op gesprek gaat bij een bemiddelaar, wordt heel wat informatie over de klant geregistreerd in een elektronisch dossier. Aan de hand van deze dossiers kon

VDAB ons dan ook geanonimiseerde informatie bezorgen over de deelnemers aan het activerings-traject. Het betrof informatie over het profiel van de deelnemer (zie sectie 3.1.13 |), de inhoud van het activeringstraject en de tewerkstellingsstatus⁹ na afronding van het activeringstraject (sectie 7.2). Tabel 2.1 geeft een meer gedetailleerd overzicht van de verkregen variabelen.

Tabel 2.1 Overzicht opgeleverde data VDAB en Departement Werk en Sociale Economie

Variabelen		
Intern klantnummer	Nationaliteit	Werkzoekendecategorie
Status traject	Origine	Werkzoekendecategorie op moment dat bezig met traject
Datum dat traject geïnitieerd werd	Arbeidsbeperking (ja/nee)	dtm_begin
Datum dat traject aanvaard werd	Arbeidshandicap (ja/nee)	dtm_einde
Datum dat traject bezig was	Indicatie BuSO (ja/nee)	Per intensifiërende activiteit of geregistreerd is geweest tijdens activeringstraject (ja/nee)
Datum dat 1e CM zorg toegang kreeg	Geeft recht op VOP (ja/nee)	Deelnemer bereikt met intensifiërende activiteit of niet
Datum einde AT	IBO+ (ja/nee)	Datum X maanden na activeringstraject
Geslacht	Studieniveau	Werkzoekendecategorie per maand na activeringstraject
Geboortedatum	Studieniveau in detail	Aan het werk (sociale economie of normaal circuit) tijdens maand X na activeringstraject
Postcode	Advies op moment van geïnitieerd	Aan het werk in de sociale economie in maand X
NIS-code	Advies op moment van bezig	
In bezit van rijbewijs of niet	Advies op moment van afgesloten	
Eurodat	Volledig ingevuld ICF-dossier (ja/nee)	
Kennis van het Nederlands	Per factor ICF score (sterkte, geen probleem, licht probleem, ernstig probleem)	
Kennis van het Engels		
Kennis van het Frans		
Kennis van het Duits		

Bron Auteurs

⁹ Voor deze variabelen werd de informatie van VDAB aangevuld met informatie van het departement Werk en Sociale economie.

2.1.2 Bevraging VDAB

Om het verloop van de activeringstrajecten te monitoren, nam VDAB zelf al enkele bevestigingen af bij verschillende betrokken actoren. Meer concreet werden zowel de bemiddelaars intensieve dienstverlening, de dienstverleners werk en zorg als de casemanagers werk en zorg bevestigd aan de hand van een vragenlijst. De bevindingen uit deze vragenlijsten vormen interessante achtergrondinformatie die gebruikt werd om de bevindingen uit ons onderzoek af te toetsen.

Een eerste bevestiging werd gehouden onder de bemiddelaars intensieve dienstverlening. Dit zijn de personen die vanuit VDAB instaan voor de detectie van de doelgroep en klanten toeleiden naar het activeringstraject. De vragenlijst spitte zich dan ook toe op de frequentie waarmee deze bemiddelaars personen met een MMPPS-problematiek tegenkomen, of zij op de hoogte zijn van het aanbod van de activeringstrajecten, en hierrond voldoende informatie terugvinden (op intranet en in de voorziene folders). Daarnaast werd gevraagd of zij ook effectief klanten toeleiden, en wat hen hierin tegenhoudt. Zij die ervaring hadden met het toeleiden van klanten, konden aangegeven hoe tevreden ze waren over het effect van het activeringstraject. In totaal vulden 151 bemiddelaars de vragenlijst in, met de meeste respondenten uit de provincies Antwerpen (31.1%), Limburg (25.2%) en Oost-Vlaanderen (18.5%).¹⁰ Ook werden de dienstverleners werk en zorg bevestigd over hun kennis van de mogelijkheid om cliënten vanuit hun reguliere dienstverlening door te sturen naar een activeringstraject. Daarnaast ging de vragenlijst in op de dienstverlening binnen het activeringstraject en de tevredenheid met de verschillende fases en betrokken aspecten (vb. administratieve belasting, samenwerking binnen het netwerk, profiel deelnemer).

Tot slot kregen ook de casemanagers werk en zorg een gelijkaardige vragenlijst voorgelegd. Het ging hier over de screening en de doelgroep, de rol en de ondersteuning als casemanager, de samenwerking met de andere casemanager en het netwerk van dienstverleners. Daarnaast bekeek men ook of de organisatie waar de casemanager zorg tewerkgesteld is ook andere rollen binnen het activeringstraject opnam -en zo ja waarom- en of zij de rol als CM zorg als een meerwaarde voor de werking van de organisatie zien.

2.1.3 Vragenlijst werkgevers

Een belangrijk onderdeel van het activeringstraject is de activeringsstage die de deelnemer helpt te ontdekken welke beroepen bij hem/haar passen, en/of welk arbeidsregime (naar tijd, lichamelijke belasting, ...) haalbaar is. Om deze stage te kunnen aanbieden, moeten werkgevers hun werkvloer open stellen voor personen uit een activeringstraject. Aan de hand van een online vragenlijst (zie bijlage 2), die via het netwerk verspreid werd onder alle werkgevers binnen het activeringstraject, gingen we na hoe het traject door de werkgevers ervaren wordt. Wat zien zij als positief en versterkend, en welke behoeften blijven tot op vandaag nog ongedekt?

In totaal vulden 36 personen de online vragenlijst in. Uit de data van VDAB blijkt dat 795 deelnemers een oriënterende stage deden tijdens hun activeringstraject. Wanneer we dit nemen als indicatie¹¹ voor het totaal aantal te bereiken werkgevers, heeft 4.5% van de werkgevers deelgenomen aan onze bevestiging. Hun antwoorden geven een indicatie van hoe de werkgevers het activeringstraject ervaren (hebben), maar is geenszins representatief. Wel zijn er respondenten van alle provincies en ook naar sector zien we een grote spreiding. De werkgevers die deelnemen kwamen vanuit zowel de klus- en tuindiensten, over zorgberoepen zoals kinderopvang en verzorgenden, tot horeca en textiel. Het betreft vaak uitvoerende jobs. Een deel van de organisaties zijn actief binnen de sociale economie.

¹⁰ De cijfers betreffen percentages van het aantal respondenten. Aangezien er geen informatie beschikbaar is over het totaal aantal aangeschreven of betrokken bemiddelaars, konden geen relatieve percentages berekend worden. Vlaams-Brabant (15.9%) en West-Vlaanderen (9.3%).

¹¹ Dit zien we enkel als een indicatie, aangezien één werkplek ook voor meerdere cliënten een stageplaats kan zijn. Het effectieve cijfer zal mogelijks dus lager liggen.

Zeven op de tien respondenten hebben dan ook al ervaring met het begeleiden van werknemers uit andere begeleidingstrajecten. Aangezien we niet beschikken over algemene data van alle stageplekken, kunnen we geen verdere beschrijving geven van het profiel van de stagevloeren (grootte, sociale economie of normaal economisch circuit)... Verder onderzoek is hier aangewezen.

De maatregel ‘activeringstrajecten’ bestaat nog niet zo lang, en is in die zin relatief nieuw voor de werkgevers. De meeste respondenten geven aan een beperkt aantal deelnemers uit een activeringstraject te hebben begeleid. Toch begeleidde 15% al meer dan 10 personen uit een activeringstraject.

2.2 Kwalitatieve databronnen

2.2.1 Focusgroepen en individuele casusbespreking

In het najaar van 2020 werden 8 focusgroepen georganiseerd. Naast een algemene focusgroep met alle penhouders, werd per regio een focusgroep georganiseerd waarop alle leden van het netwerk werden uitgenodigd.¹² Tijdens deze focusgroepen gingen we samen met zowel de penhouder, casemanagers als dienstverleners in gesprek over hun ervaringen met het activeringstraject. Iedere deelnemer beschreef individueel een succesvolle casus, waarna ze in kleine groepjes dieper ingingen op de succesfactoren en drempels binnen een activeringstraject. De nadruk werd daarbij gelegd op de samenwerking binnen het netwerk.

In februari 2021 waren er tot slot 2 focusgroepen waarin we de betrokken professionals en medewerkers van VDAB en WSE uitnodigden. Doel was om onze conclusies af te toetsen en de geformuleerde aanbevelingen te verfijnen en op draagvlak te onderzoeken. Kennis over dit draagvlak kan voor de regelgever belangrijk zijn. Hoe groter het draagvlak, hoe meer garanties er immers zijn voor een betere implementatie van de trajecten in de toekomst.

2.2.2 Diepte-interviews met de deelnemers

Naast het perspectief van de professionals en de werkgevers zijn de ervaringen van de deelnemers van groot belang. Zij zijn de personen waar het hele traject om draait. Aan de hand van individuele interviews polsten we hoe zij het activeringstraject ervaren hebben en wat zij als succes- en werkpunten aanduiden. In de periode december 2020-januari 2021 hadden we zo 18 interviews. Dit gebeurde zowel telefonisch als via een online videogesprek. Aan de hand van de onderzoeksvragen (zie bijlage 1) werd een interviewleidraad opgesteld die de rode draad vormde doorheen deze interviews (zie bijlage 5).

Tabel 2.2 Onderzoeksvragen deelnemer

<p>Toereikendheid aanbod</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe ervaren de deelnemers hun activeringstraject? Welke ervaringen hebben de deelnemers reeds gehad met ander (reguliere) trajecten, inclusief zorg en hulpverlening? - Welke drempels ervaren ze tijdens het traject? - Vinden de deelnemers een activeringstraject een meerwaarde? - Welke knelpunten ervaren zij nog na het doorlopen van een activeringstraject? <p>Samenwerking netwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoe ervaren de deelnemers de samenwerking in het netwerk? - Hoe staan de deelnemers tegenover de casemanagers en dienstverleners
--

Bron Auteurs

¹² In Oost-Vlaanderen vonden, gezien het groot aantal geïnteresseerden, 2 focusgroepen plaats.

De respondenten (18) werden geselecteerd via de penhouders en hun netwerk. Met toestemming van de personen in kwestie werden de contactgegevens doorgegeven, waarna we met hen contact opnamen. De penhouders konden aangeven welke deelnemers zij geschikt achten om ons te woord te staan over hun ervaringen. Gezien de delicate materie lieten we hen aangeven wie er open zou staan voor een gesprek. Terugblikkend op het profiel van de deelnemers waarmee we uiteindelijk een gesprek hadden, vallen volgende algemene kenmerken op. Onder de respondenten bevonden zich zowel jongere als oudere deelnemers. Het overwicht ligt wel bij de 40-plussers. Dit impliceert dat de grote meerderheid onder de respondenten al een hele tijd op beroepsactieve leeftijd is. Er zijn daarnaast meer vrouwen vertegenwoordigd (12 van de 18 respondenten). Naar woonplaats zien we een mooie verdeling over de verschillende provincies, alsook naar landelijke en stedelijke gebieden. Verdere details over de profielen van de respondenten komen in de volgende hoofdstukken aan bod.

We zijn er ons van bewust dat het selectieproces voor een mogelijke vertekening van de verhalen kan zorgen. De kans bestond bijvoorbeeld dat vooral de meer mondige personen bereid zouden zijn om hun verhaal te doen. Uiteindelijk bleek er echter veel variatie in de profielen van de respondenten. Enkel personen met een verstandelijke handicap en deelnemers met een advies maatwerk ontbreken nagenoeg. We zien daarnaast ook een variatie in goede en minder positieve verhalen over hun ervaringen met het activeringstraject.

2.2.3 Participerende observatie

Gelijklopend aan het onderzoeksproces liepen ook de vormingen voor en ondersteuning van de Casemanagers Zorg waarvoor SAMvzw (Steunpunt Mens en Samenleving) verantwoordelijk is. Focus in de ondersteuning vanuit SAMvzw ligt op de positie en rol van de casemanagers Zorg. Doel is hen inhoudelijke en methodische ondersteuning te bieden. We participeerden 2 keer aan een trefdag die SAMvzw in dat kader organiseerde (deelname aan geheel en modereren van breakout-rooms). In de tweede sessie presenteerden we ook analyses uit het onderzoek, die daarna door de aanwezigen werd besproken en waarop werd verder gewerkt. SAMvzw bezorgde de verslagen van de trefdagen, waardoor ook van deze informatiebronnen gebruik kon worden gemaakt.

3 | Toeleiding naar activeringstrajecten en profiel deelnemer

Activeringstrajecten zijn volgens het decreet bestemd voor een specifieke doelgroep, met name voor bij de VDAB ingeschreven niet-werkende werkzoekenden (zowel verplicht als vrijwillig ingeschreven) voor wie betaalde beroepsarbeid tijdelijk niet mogelijk is wegens belemmeringen van medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale aard. Doel van een activeringstraject is om in een tijdsperiode van maximum 18 maanden met deze personen aan de drempels te werken die hen beletten betaalde arbeid te verrichten zodat ze vervolgstappen kunnen zetten op het vlak van betaalde arbeid.

Om dit einddoel te kunnen realiseren, is het noodzakelijk dat het profiel van de deelnemers binnen een activeringstraject overeenstemt met de vooropgestelde doelgroep en dat de toeleiding van de kandidaat-deelnemers met dit einddoel voor ogen gebeurt. Dit blijkt ook uit de toelichting bij het decreet, die beklemtoont dat hiertoe best aan drie voorwaarden voldaan wordt:

1. enkel kandidaat-deelnemers met drempels op vlak van werk én zorg kunnen in aanmerking komen;
2. het moet aannemelijk zijn dat de deelnemers na het traject betaald werk kunnen verrichten, al is bijschaving op dit vlak mogelijk indien de complexe problematiek van de deelnemer dit niet toelaat;
3. de kandidaat-deelnemer is geëngageerd om een actieve rol op te nemen tijdens het traject.

Vooraleer een aangemelde kandidaat-deelnemer effectief in een activeringstraject kan instappen, bekijkt VDAB of aan deze voorwaarden voldaan is. Dit wordt gedaan op basis van aangeleverde informatie, die het volgende bevat: (a) de identiteitsgegevens van de kandidaat-deelnemer; (b) de identiteitsgegevens van de actoren die het verzoek tot deelname registreren of voor de kandidaat-deelnemer indienen; (c) het medisch-diagnostisch materiaal dat de belemmeringen van medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale aard die de kandidaat-deelnemer verhinderen om betaalde beroepsarbeid uit te voeren aantoont en dat de deelname aan een activeringstraject ondersteunt; (d) een beschrijving van het functioneren van de kandidaat-deelnemer en de drempels tot de arbeidsmarkt aan de hand van het ICF-instrument (artikel 3).

In dit hoofdstuk analyseren we in welke mate de kandidaat-deelnemers die toegeleid worden naar een activeringstraject inderdaad aan deze drie voorwaarden voldoen en hoe dit beleefd worden door de verschillende betrokkenen. Een antwoord met betrekking tot de eerste voorwaarde vereist een gedetailleerde analyse van het profiel van de deelnemers. Wie is de deelnemer precies: wat zijn de achtergrondkenmerken en de voorgeschiedenis van de deelnemer? De beschrijving van het profiel is zowel gebaseerd op administratieve data (VDAB) als op beschrijvingen van professionals en de deelnemers zelf (getraceerd via interviews en analyse van geanonimiseerde ICF's). Wat het realiseren van de tweede en derde voorwaarde betreft, baseren we ons op de input van professionals en deelnemers (via ICF's en interviews). Ze zijn immers in grote mate een zaak van interpretatie en beleving.

3.1 Drempels tot toeleiding activeringstraject

Niet alle personen met een MMPP-profiel komen in aanmerking voor een activeringstraject. Ten eerste is het activeringstraject niet voor alle personen met een MMPP-problematiek de meest geschikte begeleiding. Daarnaast wordt niet iedereen door zijn/haar bemiddelaar toegeleid naar het activeringstraject. In de volgende secties gaan we verder in op enkele mogelijke verklaringen hiervoor.

3.1.1 Kennis toeleidingsmogelijkheden

Een allereerste voorwaarde om in een activeringstraject te kunnen starten heeft niets met de kandidaat-deelnemer zelf te maken, maar heeft betrekking op de bemiddelaar. Deze moet immers op de hoogte zijn van het bestaan van dit traject en er voor open staan zijn klant door te verwijzen. Deze aspecten kwamen aan bod in de interne bevraging door VDAB. Daaruit blijkt dat bijna de helft van de bevroegde bemiddelaars (48.3%) vaak met klanten met een MMPPS-problematiek in aanraking komt, slechts 4.0% eerder uitzonderlijk en 1.3% nooit (zie ook Tabel 3.1). Nochtans heeft maar 66.2% van de bemiddelaars al een kandidaat-deelnemer toegeleid naar het activeringstraject. Minder dan de helft van hen (41.2%) geeft aan dat er drempels spelen om klanten toe te leiden. Er spelen dus mogelijk ook nog andere factoren waarom niet alle bemiddelaars klanten toeleiden naar een activeringstraject.

Zo lijkt het aanbod van de activeringstrajecten niet zo goed gekend te zijn onder de bemiddelaars: 11.9% kent het niet, en 41.1% slechts in grote lijnen. 9.9% heeft een gedetailleerde kennis van de inhoud van het activeringstraject. De meeste bemiddelaars hebben daarnaast geen weet van de folder met informatie rond het activeringstraject (72.85%) die in de Werkwinkel ter beschikking wordt gesteld. Ze geven daarentegen wel aan dat de informatie op intranet duidelijk is.

Tabel 3.1 Hoe vaak in aanraking met MMPPS-klanten

Regelmaat	Percentage
Nooit	1.32
Eerder uitzonderlijk	3.97
Af en toe	12.58
Geregeld	33.77
Vaak	48.34

* N=151.

Bron Eigen verwerking bevraging VDAB bij bemiddelaars intensieve dienstverlening

Als we daarnaast kijken naar de houding van de bemiddelaars ten opzichte van de effecten van een activeringstraject zien we dat de meerderheid niet weet of er via een activeringstraject in geslaagd wordt om de problemen van de klanten weg te werken. Slechts 1 persoon vindt dat men hier niet in slaagt.

Klanten doorverwijzen is echter maar één van de mogelijkheden in de ondersteuning van personen met een MMPPS-problematiek. Het activeringstraject is niet altijd voor iedere klant met een MMPPS-problematiek geschikt. De bemiddelaars maken een inschatting wat het beste past bij de klant.

Samengevat: heel wat bemiddelaars komen personen met een MMPPS-problematiek tegen, maar niet iedereen leidt deze klanten toe naar het activeringstraject. Deze situatie lijkt niet meteen voor te spruiten vanuit een negatieve houding ten opzichte van de uitkomsten die bereikt kunnen worden via het activeringstraject, of drempels die zich stellen wanneer men de klant wilt doorverwijzen.

Het decreet geeft echter ook de ruimte aan actoren om cliënten vanuit hun reguliere dienstverlening door te verwijzen naar het activeringstraject. Uit een (andere) bevraging van VDAB blijkt dat ongeveer drie vierde van de respondenten hiervan op de hoogte is.

3.1.2 Taalvaardigheid als drempel voor toeleiding

Uit de gesprekken met de begeleiders blijkt dat de oorspronkelijke groep van personen die baat zouden hebben bij een activeringstraject groter is dan de groep die uiteindelijk toegeleid wordt. Volgens de professionals is de taalkennis van klanten een factor die er voor kan zorgen dat er voor hen geen aanvraagdossier wordt ingediend. Van deze klanten wordt wellicht gedacht dat ze het Nederlands niet voldoende machtig zijn om de, toch vaak talige, begeleiding te kunnen doorlopen. Begeleiders geven echter aan dat ook deze klanten gebaat zouden kunnen zijn met een activeringstraject, omdat ze voor het overige uitstekend passen bij het profiel van de klanten die wel naar een activeringstraject worden toegeleid.

3.2 Profiel deelnemer

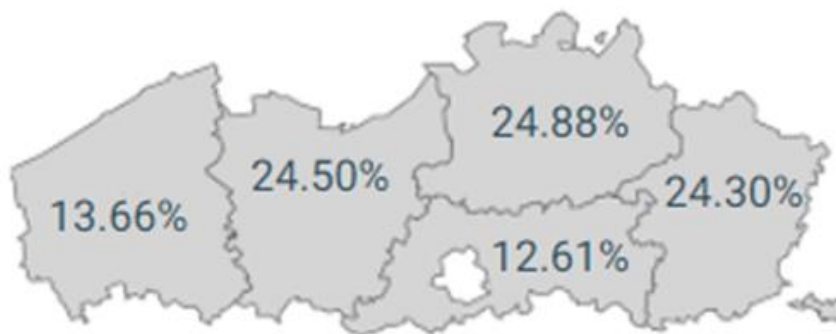
In deze paragraaf beschrijven we het profiel van de deelnemer die in een activeringstraject zit of achter de rug heeft. Bronnen hiervoor zijn de VDAB-data en de profielbeschrijvingen van de begeleiders en de deelnemers. We gaan daarbij in op zowel op de demografische en socio-economische kenmerken van de deelnemers, als de problematieken van de deelnemers en het samenspel van deze problematieken.

3.2.1 Algemeen profiel deelnemers activeringstraject op basis van VDAB-data

Vanaf de start in juli 2018 tot en met juni 2020 werd de aanvraag tot activeringstraject van 2088 kandidaat-deelnemers aanvaard. 71,02% van die deelnemers was eind juni 2020 bezig met het activeringstraject, 10,06% moest nog starten. Bij de anderen is het traject al afgelopen. Hun traject werd vroegtijdig stopgezet (2,44%) of afgesloten na een eindadvies (16,48%).

De groep van deelnemers aan het activeringstraject bevat zowel jongeren als personen die naar de pensioenleeftijd gaan. De leeftijd varieert van 19 tot 62 jaar, met een gemiddelde van 39 jaar. Er zitten ongeveer evenveel mannen (47.51%) als vrouwen (52.49%) in een activeringstraject. Zij wonen verspreid over heel Vlaanderen (zie Figuur 3.1). De provincies Antwerpen, Limburg en Oost-Vlaanderen tellen de meeste deelnemers, met elk ongeveer één kwart van de totale groep.

Figuur 3.1 Deelnemers activeringstraject naar provincie



Bron Eigen verwerking data VDAB

Tabel 3.2 en Tabel 3.3 tonen de verdeling van de deelnemers naar nationaliteit en origine. Ondanks dat de overgrote meerderheid van de deelnemers de Belgische **nationaliteit** bezit (76,76%), zien we meer variatie naar origine. 23,2% van de deelnemers is van buitenlandse origine, met de grootste groepen uit Azië (28,45%), andere EU-landen (27,22%) of Afrika (24,74%).

Tabel 3.2 Nationaliteit van de deelnemers aan het activeringstraject

Nationaliteit	Percentage van deelnemers
België	92.62
Andere EU-landen	4.82
Rest van Europa	0.43
Afrika	0.96
Amerika	0.19
Azië	0.86
Overige (incl. Oceanië)	0.10

Bron Eigen verwerking data VDAB

Tabel 3.3 Origine van de deelnemers aan het activeringstraject

Origine	Percentage		
België	76.77		
Buitenlandse origine	23.23	Afrika	24.74
		Amerika	2.89
		Azië	28.45
		EU-13	6.80
		EU-15	27.22
		Rest van Europa	8.66
		Overige (incl. Oceanië)	1.24

Bron Eigen verwerking data VDAB

Wanneer we dieper ingaan op de **scholingsgraad** van de deelnemers stellen we vast dat de helft van hen kort- of laaggeschoold¹³ is (49,45%). 14,33% heeft enkel een diploma lager onderwijs of 1^e graad secundair (zie ook **Tabel 3.4**). Slechts 10% behaalde een diploma hoger onderwijs.

Wat de **taalbeheersing** betreft, beheersen de meeste deelnemers het Nederlands goed (29,52%) tot heel goed (67,85%). Wat de vreemde talen betreft, is vooral het Engels goed gekend (65,99% goed tot heel goed). Men beschikt vaak enkel over een basis Frans (59,03% niet of in beperkte mate) en Duits (77,48% niet of in beperkte mate).

Aangezien het activeringstraject zich richt tot individuen met een medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale problematiek, mag het niet verwonderen dat 72,75% van de deelnemers een **erkende arbeidsbeperking**¹⁴ heeft. Bij 66,86% gaat het om een arbeidshandicap. 13.17% onder hen

¹³ VDAB catalogeert de volgende diploma's als laaggeschoold: Lager onderwijs of 1ste graad van het secundair onderwijs, Leertijd, Deeltijds beroepssecundair onderwijs, 2de graad secundair onderwijs. (bron: https://arvastat.vdab.be/help/arvastat_help_nwwzstud.html)

¹⁴ Personen met een ArbeidsBeperking (PmAB) zijn burgers die niet of niet zonder ondersteuning in het reguliere arbeidscircuit kunnen werken. Het is de overkoepelende benaming voor:
1. Personen met een ArbeidsHandicap (PmAH)

geeft recht op een Vlaamse ondersteuningspremie (VOP), die uitgekeerd wordt aan werkgevers die werknemers met een erkende arbeidshandicap tewerkstellen.¹⁵

Tabel 3.4 Hoogst behaalde diploma deelnemer

Studieniveau	Graad	Percentage
Lager onderwijs + 1e graad secundair	1e graad SO of lager	14,33
2e graad algemeen secundair onderwijs (ASO)	2e graad	1,63
2e graad technisch secundair onderwijs (TSO)		4,98
2e graad kunst secundair onderwijs (KSO)		0,57
2e graad beroepssecundair onderwijs (BSO)		22,09
Deeltijds Beroepssecundair (DBSO)		2,78
Leertijd (Syntra)		3,07
3e graad ASO	3e graad	6,80
3e graad TSO		10,01
3e graad KSO		0,86
3e en 4e graad BSO	3e en 4e graad	21,37
Hoger beroepsonderwijs (HBO)		1,77
Professionele bachelor		6,71
Academische bachelor		0,48
Master		2,54

Bron Eigen verwerking data VDAB

Tabel 3.5 geeft een overzicht van de werkloosheidsduur van de deelnemers. Deze termijn slaat op de periode tussen het moment dat de persoon werkloos werd en het moment dat de aanvraag tot activeringstraject aanvaard werd. De meeste deelnemers waren al relatief lang werkloos toen ze startten met het activeringstraject. Bijna de helft (48.7%) was al meer dan 2 jaar werkloos, met zelfs uitschieters tot meer dan 10 jaar (3.9%). De data maken het spijtig genoeg niet mogelijk om een gedetailleerd overzicht te geven van het statuut (uitkeringsgerechtigd, invaliditeit, ...) waarin de deelnemers voor hun activeringstraject geregistreerd stonden.

2. Personen met een Multiple Problematiek (PMP):

a. Personen met een PsychoSociale Problematiek (PSP);

b. Uiterst Kwetsbare personen met een werkloosheidsduur van 2 jaar of langer en een begeleidingsnood (UK).

¹⁵ Meer informatie over de Vlaamse ondersteuningspremie is terug te vinden op <https://www.vlaanderen.be/vlaamse-ondersteuningspremie>

Tabel 3.5 Werkloosheidsduur deelnemers activeringstraject

Duur werkloosheid	Percentage van deelnemers
<1 maand	0.77
1 maand tot 3 maand	2.20
3 tot 6 maand	5.51
6 maand tot 1 jaar	16.76
1 tot 2 jaar	26.10
2 tot 3 jaar	14.42
3 tot 4 jaar	9.91
4 tot 5 jaar	6.94
5 tot 6 jaar	4.69
6 tot 7 jaar	3.69
7 tot 8 jaar	2.06
8 tot 9 jaar	1.87
9 tot 10 jaar	1.15
10 jaar en meer	3.93

* “tot” wijst erop dat de eindwaarde niet tot de periode behoort.

Bron Eigen verwerking data VDAB

3.2.2 Een specifieke doelgroep: verschillen met andere groepen werkzoekenden

Activeringstrajecten zijn gericht op een specifieke doelgroep. Niet iedere klant van VDAB kan zomaar deelnemen aan dit traject. Logischerwijs zal het algemeen profiel van de deelnemers aan een activeringstraject afwijken van de andere klanten van VDAB. Concreet vergeleken we het algemeen profiel van de deelnemers aan het activeringstraject met het profiel van het geheel aan werkzoekenden in Vlaanderen en de groep van MMPP-klanten.

In juli 2020 telde Vlaanderen 211 075 niet werkende werkzoekenden. Het algemeen profiel van deze groep wordt in Tabel 3.6 afgezet tegen het profiel van de deelnemers aan het activeringstraject. Daarbij vallen enkele zaken op. Zo ziet de verdeling naar leeftijdscategorieën er verschillend uit. De werkzoekenden zijn relatief gelijk verdeeld over de categorieën, terwijl het zwaartepunt bij de deelnemers uit het activeringstraject voornamelijk in de middelste categorieën ligt. Er zijn relatief minder jongeren en 55-plussers die deelnemen aan een activeringstraject. Deze laatste groep bevat ook meer laaggeschoolden en minder hogeschoolden. Zij zijn daarnaast ook al voor een langere periode werkloos. Er zijn net iets minder personen van buitenlandse origine in het activeringstraject. Tot slot zijn er, zoals te verwachten, veel meer personen met een arbeidshandicap vertegenwoordigd in het activeringstraject.

Tabel 3.6 **Vergelijking profiel werkzoekenden, deelnemers activeringstraject en MMPP-klienten**

Kenmerk	Werkzoekenden*	Activeringstraject	MMPP-groep
Leeftijd (op 1 juli 2020)			
Minder dan 25	21.1	10.6	3.6
25 t.e.m. 39	34.0	37.8	24.6
40 t.e.m. 54	24.5	43.0	39.7
55 en ouder	20.6	8.67	32.0
Percentage mannen	54.1	47.5	49.5
Studieniveau			
Laaggeschoold	44.1	49.5	63.1
Middengeschoold	34.3	39.1	29.4
Hooggeschoold	21.5	11.5	7.6
Verdeling naar provincie			
Antwerpen	34.5	24.9	28.2
Limburg	13.4	24.3	18.8
Oost-Vlaanderen	22.9	24.5	26.1
Vlaams-Brabant	14.6	12.6	13.3
West-Vlaanderen	14.6	13.7	12.7
Percentage buitenlandse origine	29.3	23.2	23.5
Percentage Arbeidshandicap	16.3	66.9	Geen info
Werkloosheidsduur			
Minder dan 1 jaar	53.7	25.2	Geen info
1 tot 2 jaar	16.7	26.10	
2 jaar of langer	29.6	48.7	

Bron Eigen verwerking data VDAB en *informatie Arvastat (<https://arvastat.vdab.be/>)

Daarnaast is het mogelijk om deelnemers aan een activeringstraject te vergelijken met de algemene doelgroep klanten met een MMPP-problematiek.¹⁶ Deelnemers aan een activeringstraject kunnen geregistreerd zijn bij VDAB als klanten met een MMPP-problematiek. Of iemand behoort tot de MMPP-doelgroep, wordt afgeleid van het recentste psychologisch advies. Er wordt daarbij rekening gehouden met vier types registraties in het dossier van de klant:

- (a) een uitgevoerd screeningsadvies op basis van een ‘Advies’psycholoog-lijn (ADVPSY);
- (b) een uitgevoerd screeningsadvies op basis van een ‘Screening activeringsbegeleiding’-lijn (SCRTAB). Dit geeft weer dat het verslag is goedgekeurd door de VDAB-psycholoog;
- (c) een goedgekeurd advies na een activeringsactie op basis van een ‘Activeringsbegeleiding’-lijn (BGLTAB);
- (d) een goedgekeurd advies na een zorgactiviteit op basis van een ‘Zorgbegeleiding’-lijn (DERZRG).

¹⁶ In deze onderverdeling werd de "S" rond de sociale problematiek nog niet opgenomen. Het betreft een categorisering die reeds bestaat van voor de introductie van de activeringstrajecten.

Indien deze verslagen gewag maken van een advies ‘Activeringsbegeleiding’, ‘Arbeidszorg Doorstroom’, ‘Arbeidszorg’, ‘Niet Toeleidbaar’, of ‘Zorgtraject 55+’, wordt de klant onder gebracht in de groep MMPP.

Niet alle klanten met een MMPP-problematiek beginnen echter aan een activeringstraject. Aangezien we gegevens¹⁷ hebben over beide groepen (MMPP-doelgroep die wel en niet doorstroomt naar een activeringstraject), kunnen we zien of personen met bepaalde kenmerken meer kans maken om in een activeringstraject te starten. We keken daarbij naar verschillen in leeftijd, het geslacht, nationaliteit, het recht op een Vlaamse ondersteuningspremie, een arbeidsbeperking en de woonplaats.

Globaal stonden op 1 juli 2020 bij VDAB 44717 personen geregistreerd als klanten met een MMPP-problematiek. Hun algemeen profiel is tevens opgenomen in Tabel 3.6. De groep MMPP’ers is net als de deelnemers aan het activeringstraject gelijk verdeeld naar *geslacht*. De *leeftijd* van de klanten varieert van 17 tot 74 jaar, met een gemiddelde van 46. Net als bij de deelnemers aan het activeringstraject zijn de MMPP-personeel gemiddeld gezien ouder dan de totale werklozenpopulatie. Bij de MMPP’ers is de groep ouderen zelfs nog groter. Bijna 70% van de MMPP-groep is ouder dan 40 jaar. Bijna alle klanten hebben de Belgische *nationaliteit* (92.52%). Zij met een andere nationaliteit hebben voornamelijk de nationaliteit uit een andere EU-land (53.48%), de Afrikaanse (18.46%) of Aziatische (16.31%) nationaliteit.¹⁸ 23% van de klanten is daarnaast van buitenlandse origine. Naar *domicilie-adres* zien we dat de meeste MMPP-personeel wonen in de provincies Antwerpen (27.74%), Oost-Vlaanderen (26.29%) en Limburg (19.16%).

Qua *scholingsgraad* tot slot, is meer dan de helft van de klanten laaggeschoold (63.81%). Dit percentage ligt nog een stuk hoger dan bij de deelnemers aan het activeringstraject. Meer dan vier op vijf klanten uit de MMPP groep heeft een erkende arbeidsbeperking (84.99%), 19.12% geeft *recht op een Vlaamse ondersteuningspremie* (VOP), die uitgekeerd wordt aan werkgevers die werknemers met een erkende arbeidshandicap tewerkstellen.¹⁹ Over de arbeidshandicaps onder deze groep was geen informatie ter beschikking.

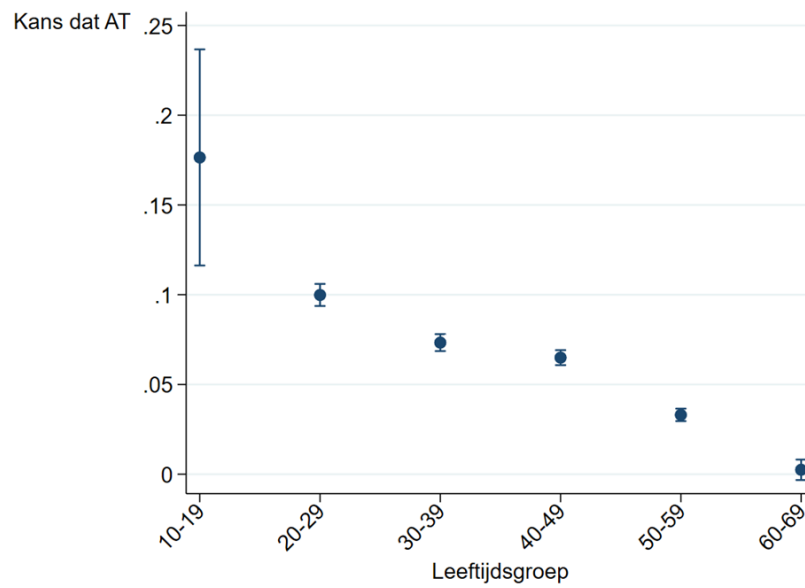
Figuur 3.2 tot 3.3 en tabel 3.7 tonen de verschillen in kans om tot een activeringstraject toegelaten te worden. Hoe jonger de klant uit de MMPP-groep is, hoe meer kans hij/zij maakt om naar het activeringstraject te worden doorverwezen (zie Figuur 3.2). Naar provincies zien we over het algemeen geen significante verschillen, behalve in Limburg, waar de klanten meer kans hebben om toegewezen te worden aan een activeringstraject. Het verschil tussen mannen en vrouwen is kleiner, zij het wel significant (p -waarde=0.0216). Vrouwen met een MMPP-problematiek stromen vaker door naar een activeringstraject dan mannen. Wat betreft het recht op een Vlaamse ondersteuningspremie (VOP) en het al dan niet hebben van een arbeidsbeperking bekomen we minder intuïtieve resultaten: zij die geen recht hebben op een VOP of geen arbeidsbeperking hebben, maken significant meer kans om toegewezen te worden aan het activeringstraject. Het feit of iemand een arbeidsbeperking heeft, en recht geeft op een VOP wil niet zeggen dat de persoon ook een zware zorgnood heeft. Het kunnen sterke klanten zijn, waarvoor een activeringstraject niet geschikt is.

¹⁷ We beschikken over informatie rond het profiel van alle personen met een MMPP-problematiek. We weten echter niet welke begeleiding de klanten met een MMPP-problematiek die niet in het AT starten, ontvingen.

¹⁸ 82.30% België, 7.07% Azië, 6.37% Afrika, 2.21% rest van Europa.

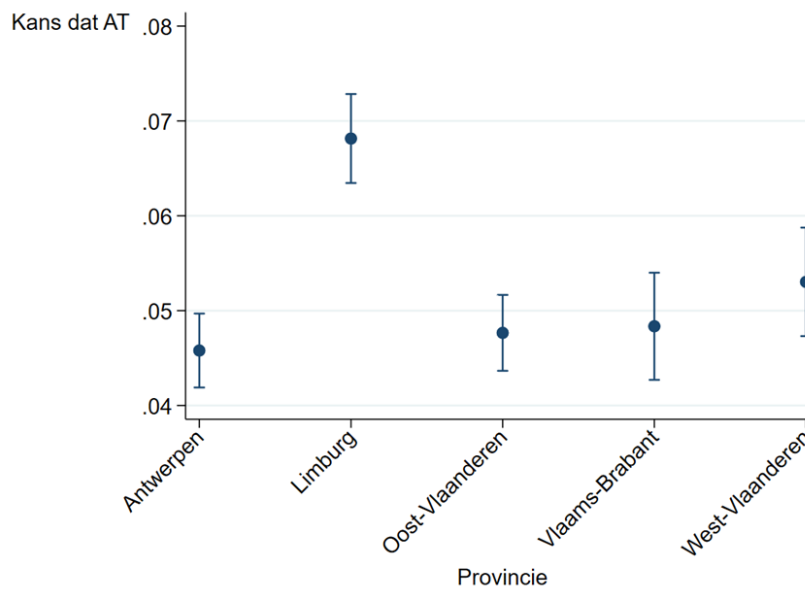
¹⁹ Meer informatie over de Vlaamse ondersteuningspremie is terug te vinden op <https://www.vlaanderen.be/vlaamse-ondersteuningspremie>

Figuur 3.2 Kans om doorverwezen te worden naar activeringstraject, naar leeftijd



Bron Eigen verwerking data VDAB

Figuur 3.3 Kans om doorverwezen te worden naar activeringstraject, naar provincie



Bron Eigen verwerking data VDAB

Tabel 3.7 Verschillen tussen MMPP-klienten die wel en niet kunnen deelnemen aan het activeringstraject

Variabele	Gemiddelde	Vershil	Significantie (p-waarde)
Man	0.049	0.005	0.0216
Vrouw	0.054		
Arbeidsbeperking	0.044	0.048	0.0000
Geen arbeidsbeperking	0.093		
Geeft recht op VOP	0.035	0.020	0.0000
Geeft geen recht op VOP	0.055		

Bron Eigen verwerking data VDAB

3.2.3 Drempels tot de arbeidsmarkt volgens begeleiders en kandidaat-deelnemers

Tijdens het opstellen van het aanvraagdossier worden de kandidaat-deelnemers door de begeleiders ingeschaald. De begeleiders schatten voor verschillende ICF-factoren (43) in in welke mate de specifieke factor een drempel vormt voor de kandidaat-deelnemer om de stap naar een betaalde tewerkstelling te zetten. Meer concreet geven zij aan of het een sterkte is van de kandidaat-deelnemer, geen probleem vormt, of eerder een licht of ernstig probleem is. Gemiddeld genomen vormen 7 van de 43 factoren een ernstig probleem voor de kandidaat-deelnemer. Tabel 3.8 geeft een overzicht van de meest voorkomende problemen.

Tabel 3.8 Rangschikking problematische factoren

Score	Meest voorkomend			Minst voorkomend		
	1.	2.	3.	1.	2.	3.
Rangschikking						
Vormt een probleem (licht of ernstig)	Psychische stabiliteit (97.60%)	Maatschappelijke attitudes (96.65%)	Omgaan met stress (93.38%)	Kennis van het Nederlands (11.59%)	Verzorgen van lichaamsdelen (23.37%)	Rekenen (26.12%)
Vormt een licht probleem	Aandacht (58.07%)	Werktempo (53.73%)	Cognitieve flexibiliteit (53.25%)	Kennis van het Nederlands (10.46%)	Verzorgen van lichaamsdelen (20.16%)	Verwerven van woonruimte (21.28%)
Vormt een ernstig probleem	Maatschappelijke attitudes (71.85%),	Psychische stabiliteit (62.62%)	Werkervaring (59.03%)	Kennis van het Nederlands (1.13%)	Nauwgezetheid (3.06%)	Verzorgen van lichaamsdelen (3.21%)

Bron Eigen verwerking data VDAB

De meest voorkomende ernstige problemen zijn maatschappelijke attitudes, psychische stabiliteit en werkervaring. Dankzij VDAB konden we 15 geanonimiseerde ICF-dossiers inkijken. Dit gaf ons een beeld van welke overwegingen in rekening genomen worden bij het toekennen van de scores. De factor maatschappelijke attitudes lijkt meer te omvatten dan enkel de houding van de kandidaat-deelnemer in verband met maatschappelijke thema's. Deelnemers van wie de maatschappelijke attitudes als ernstig probleem ingeschat worden, combineren vaak een lage scholingsgraad, langdurige werkloosheid, arbeidshandicap en/of psychiatrische problematiek. Wanneer psychische stabiliteit een drempel vormt naar werk, wordt vooral gewezen op depressieve gedachten, moedeloosheid, gebrek aan zelfvertrouwen, vaak gecombineerd met (sociale) angsten en piekeren. Deze personen lachen hun problemen soms weg en zijn sterk beïnvloedbaar door tegenslagen. Bij 'werkervaring' spelen ten slotte vooral de tijd dat de kandidaat-deelnemer arbeidsongeschikt of werkloos is geweest, het feit of de persoon ooit al aan de slag is geweest en de duur van deze tewerkstelling mee. De inschatting die gemaakt moet worden door de begeleider blijkt heel contextgebonden te zijn. Er wordt bij deze

inschatting immers rekening gehouden met het jobdoel van de kandidaat-deelnemer. Eenzelfde situatie kan dan ook voor de ene persoon een grote drempel vormen, terwijl het de andere persoon niet zal weerhouden om zijn/haar jobdoel te behalen. Zo kunnen 2 personen beiden een fysieke beperking hebben. Voor de persoon die graag in de bouw aan de slag wil, zal dit een groter probleem vormen dan voor een andere persoon die een administratieve job ambieert.

Naast de ernstige problemen lijken een aantal aspecten voor bijna elke kandidaat-deelnemer een probleem (licht of ernstig) te vormen, nl. psychische stabiliteit, maatschappelijke attitudes, omgaan met stress en copingstijl (91.95%). Kennis van het Nederlands, verzorgen van lichaamsdelen en rekenen vormen het minst vaak een probleem.²⁰ Bepaalde factoren kunnen daarnaast ook gezien worden als een sterkte van de kandidaat-deelnemer. Dit gebeurt echter relatief weinig (zie ook einde van deze sectie). Tabel 3.9 geeft een overzicht van de vijf meest voorkomende sterktes. Kennis van het Nederlands is de meest voorkomende sterkte, maar dit is slechts voor 15% van de deelnemers ingeschat als een sterkte.

Tabel 3.9 Sterktes deelnemers (in volgorde)

Kennis van het NL (14.59%)	2. Betrouwbaarheid (11.22%)	3. Nauwgezetheid (9.31%)	4. Motivatie (9.27%)	5. Verzorgen van lichaamsdelen (7.51%)
--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	--

Bron Eigen verwerking data VDAB

Tijdens de focusgroep vroegen we de begeleiders een succesvolle casus te bespreken. De eerste vraag was om het profiel van de deelnemer te beschrijven die in de casus centraal stond. Daarnaast vroegen we aan de deelnemers zelf om weer te geven waarom en hoe ze in activeringstrajecten terecht kwamen. De antwoorden op die vragen leidden vaak tot inzicht in hun voorgeschiedenis en problematiek. Globaal valt in de beschrijvingen van zowel begeleiders als deelnemers de complexiteit van de factoren op die drempels veroorzaken tot de arbeidsmarkt. Zo zijn de grenzen tussen de verschillende problematieken in de praktijk vaag en spelen deze problematieken, in combinatie met werkervaringen, vaak versterkend op elkaar in. De startproblematiek is dan wel verschillend, maar de ervaringen vaak dezelfde: deelnemers en werkgevers noteren negatieve werkervaringen of vruchteloos solliciteren die zowel gevolg als oorzaak kunnen zijn van meestal fysieke én psychische klachten, en uiteindelijk leiden tot (langdurige) werkloosheid. We illustreren dit met volgende voorbeelden. Ten eerste zijn er deelnemers met een medische problematiek (zoals rug- en nekklachten, slechthorend, chronische ziekten, verslaving, epilepsie, ...) ²¹ die het hierdoor moeilijk krijgen om op de werkvloer te functioneren. Ze kunnen het werkritme niet aan, vallen geregeld uit, krijgen te maken met pesten op het werk, kunnen niet lang op dezelfde werkplek blijven, etc. Die negatieve werkervaringen, soms in samenspel met een moeilijke thuissituatie of lage scholingsgraad (sociale problematiek), leiden tot psychische klachten of tasten de psychische draagkracht aan (psychische problematiek). Vaak vermeld door zowel begeleiders als deelnemers zijn laag zelfvertrouwen, depressie, burn-out, etc. De combinatie van die problematieken versterkt de afstand tot de arbeidsmarkt en creëert vaak ook angsten om terug als werknemer aan de slag te gaan. Ten tweede zijn er deelnemers die vanuit een mentale of psychische problematieken somatische klachten ontwikkelen (het lichaam is op of wil niet meer mee) of bij het ouder worden extra fysieke klachten krijgen (hart- en longziekten, ...). Met die

²⁰ Bijkomende analyses werden uitgevoerd om deelnemers te groeperen in verschillende clusters of groepen. Aan de hand van een "Latent Class Analysis" (LCA) en clusteranalyse trachten we de deelnemers op basis van hun 43 ICF-factoren onder te verdelen in klassen of typologieën. Bepaalde problemen komen bij bepaalde groepen mogelijk vaak samen voor, terwijl zij geen problemen ondervinden met andere factoren. De data blijkt echter te gecompliceerd om een Latent Class Analysis uit te voeren en clusteranalyse maakte het niet mogelijk om duidelijk afgebakende clusters op te stellen en de informatie rond de ICF te vereenvoudigen.

²¹ Het kan daarbij zowel gaan om medische klachten die veroorzaakt zijn door zowel zware arbeidsomstandigheden of een ongeval als aangeboren zijn.

combinatie van beide problematieken wordt functioneren op de werkvloer of terug werk vinden erg moeilijk. In vele gevallen ligt aan een psychische problematiek een sociale problematiek ten grondslag, zoals trauma's uit het verleden, een zware familiale rugzak (zoals geweld, moeilijke echtscheiding, ...) of het moeilijk vinden van een evenwicht tussen werk en gezin. Ten derde is er een groep van deelnemers die lange tijd als werknemer of zelfstandige goed hebben gefunctioneerd, maar in een burn-out terecht kwamen, of met ontslag, een zware echtscheiding of faillissement geconfronteerd werden. Door de psychische klachten die daaruit volgden, belandden ze in de werkloosheid. Typisch aan deze groep is dat ze, in combinatie bijvoorbeeld met een hogere leeftijd of een lage scholingsgraad, moeilijk terug in het arbeidscircuit raken. Een vierde en laatste groep is de groep van deelnemers met psychische of mentale stoornissen die hierdoor moeilijk hun weg vinden of kunnen functioneren op de arbeidsmarkt. Wat de psychische stoornissen betreft, vernoemen de begeleiders sociale angsten (met daaraan gelinkt een sociale problematiek als sociaal isolement) en deelnemers met een psychiatrische geschiedenis. Inzake de mentale stoornissen of beperkingen, gaat het volgens de begeleiders vaak om deelnemers met ASS en beperkte intellectuele mogelijkheden.

3.2.4 Hoe het profiel van de deelnemer best registreren in de ICF?

In de ICF-dossiers zijn begeleiders verplicht te noteren welke problematieken ze als ernstige drempels beschouwen richting de arbeidsmarkt. Uit de interviews blijkt echter dat in de praktijk de mate van ernst vooral zit in de mate waarin de problematieken verweven zijn met elkaar, en dat ook bijkomende factoren (zoals opleidingsgraad, leeftijd, levensgeschiedenis) en negatieve werkervaringen een belangrijke rol spelen. Die verwevenheid maakt het profiel van de deelnemers aan activeringstrajecten complex, zowel om te beschrijven als om de gepaste begeleiding te geven. De beschrijvingen leren wel dat er bij deze deelnemers steeds sprake is van drempels met betrekking tot werk én zorg, en dat die drempels versterkend op elkaar inspelen.

Om de complexiteit van de problematieken van de deelnemers in kaart te brengen, is er op dit moment vanuit GTB en VDAB een transitieproces gaande om de inschaling van de deelnemers aan te passen. Eén van de denkpistes is om bij de beschrijving van de deelnemer te starten vanuit vijf overkoepelende componenten: anatomische factoren, activiteiten, participatie, externe factoren en persoonlijke factoren. Deze componenten maken het mogelijk om, conform de integrale visie achter het decreet, het profiel van de deelnemer op een integrale manier te benaderen en zicht te krijgen op de onderlinge wisselwerking tussen de verschillende componenten. Vanuit deze helicoptervisie kan dan, zij het in een tweede fase, verder ingezoomd worden op de 43 categorieën, zoals nu gebeurt.

Het transitieproces startte in september 2020 met het opleiden van 18 ICF-trainers die casemanagers zorg ondersteunen in het werken met de ICF. In de toekomst tracht men aan de hand van deze trainers personen die interesse hebben om hun benadering om te gooien warm te maken voor de nieuwe aanpak. Leidinggevend worden geïnformeerd, zodat zij weten hoe de transitie eruit ziet, en zij met de vragen van hun werknemers aan de slag kunnen.

De praktische uitwerking van de transitie van 43 ICF-categorieën naar de meer integrale benadering met behulp van de 5 componenten is echter niet zo simpel. De structuur van de registratie staat dit in de weg. In Mijn Loopbaan kan men vaststellingen rond de klant enkel wegschrijven in de 43 categorieën. Er is geen overkoepelende component in de modellen. De ICF is dan ook voornamelijk opgezet om voldoende informatie te verzamelen voor de rechtentoekenning (bijvoorbeeld om bepaalde rechten zoals CMW aan te vragen) eerder dan dat hij klantgericht is. Dit heeft mogelijks ook implicaties voor de begeleiding. Het kan leiden tot een gebruik van ICF waarin begeleiders vooral focussen op wat niet goed loopt (drempels), in plaats van oplossingsgericht te focussen op enerzijds de sterke en positieve punten van de deelnemer, en anderzijds vanuit de drempels de groeipunten

van de deelnemer te formuleren. ICF beschikt nu al over de mogelijkheid om sterke punten van de deelnemer te benoemen en zo de deelnemer in zijn totaliteit in te schatten. Die sterke punten explicieter benoemen (of in de ICF nog sterker aan te zetten) kan belangrijk zijn in de communicatie tussen begeleiders om de begeleiding te optimaliseren.

3.2.5 Verschillen in deelnemersprofielen tussen provincies

Uit de gesprekken met de professionals rees de vraag of er een verschil bestaat tussen de doelgroepen van de verschillende netwerken. Hun werkingsgebieden lopen vaak gelijk met de grenzen van de provincies.²² Op basis van de informatie over de woonplaats van de deelnemers konden we dan ook nagaan of er een verschil te vinden is tussen de profielen in de verschillende provincies (zie

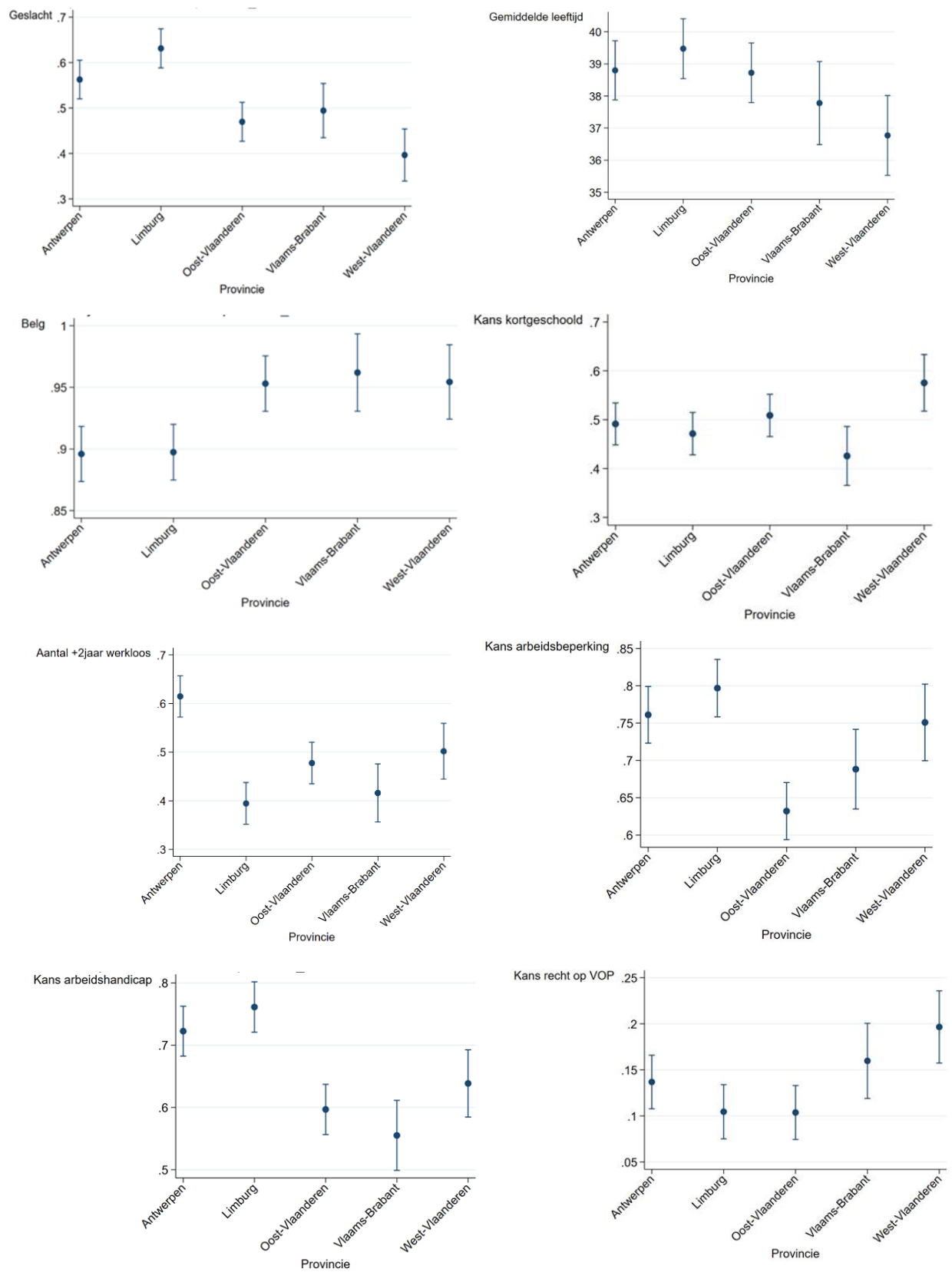
²² In West-Vlaanderen werd het echter opgesplitst in twee aparte regio's.

Figuur 3.4). Dit bleek inderdaad het geval. Ten eerste zijn er in de provincies Antwerpen en Limburg relatief meer vrouwelijke deelnemers. De deelnemers in Limburg waren daarnaast significant ouder dan deze in West-Vlaanderen. De gemiddelde leeftijd is in de andere provincies relatief gelijkaardig.

In overeenstemming met de algemene bevolkingscijfers²³ ligt het percentage Belgen in de provincies Antwerpen en Limburg significant lager dan in de andere provincies. Deelnemers in West-Vlaanderen zijn vaker kortgeschoold en waren in vergelijking met Limburg relatief langer werkloos voordat ze hun traject startten. Voor de Antwerpse deelnemers ligt de kans dat ze al minstens 2 jaar werkloos waren nog hoger. Het is daarnaast significant verschillend van alle andere provincies. Maar ook op vlak van de drempels naar de arbeidsmarkt stellen we significante verschillen vast. De provincies Antwerpen en Limburg begeleiden meer deelnemers met een arbeidsbeperking of -handicap. Daarbij aansluitend ziet het ICF-profiel er in iedere provincie iets anders uit. In West-Vlaanderen worden significant meer factoren als ernstig probleem ingeschat (zie Figuur 3.5). Aangezien het gaat om een inschatting, blijft de vraag of deze provincie effectief deelnemers met een zwaardere (multi-)problematiek in begeleiding heeft, of dat de verantwoordelijken eenzelfde situatie zwaarder inschatten. Er moet dan ook enige voorzichtigheid aan de dag gelegd worden bij de interpretatie van deze cijfers.

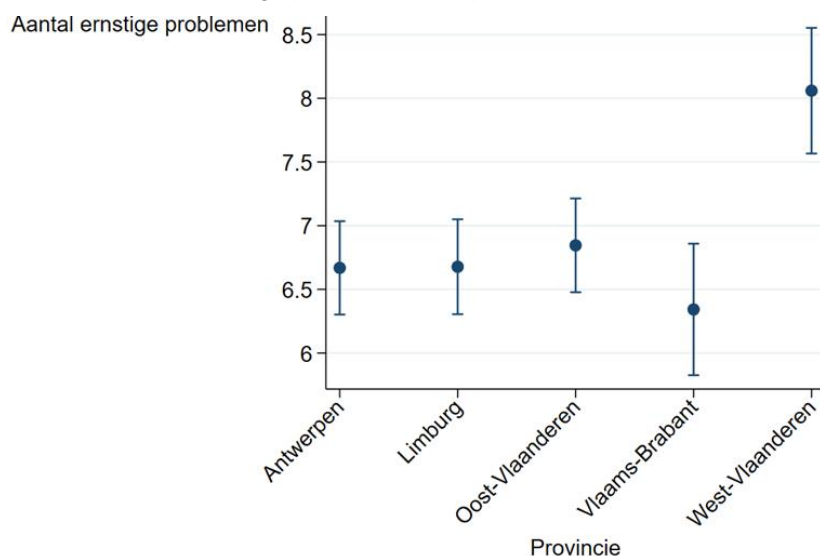
²³ Meer informatie via https://statistieken.vlaanderen.be/QuAJAXZfc/notoolbar.htm?document=SVR%2FSV-Demografie-Stand-Bevolking_fusie2019.qvw&host=QVS%40cwv100154&anonymous=true

Figuur 3.4 Verschillen in achtergrondkenmerken deelnemers tussen de provincies



Bron Eigen verwerking data VDAB

Figuur 3.5 Gemiddeld aantal ernstige problemen, naar provincie



Bron Eigen verwerking data VDAB

Daarnaast wisselen de factoren in belangrijkheid (zie Tabel 3.10). Over het algemeen zijn de maatschappelijke attitudes, de psychische stabiliteit en de werkervaring de drie meest voorkomende ernstige problemen. In de provincies Antwerpen en West-Vlaanderen wisselen psychische stabiliteit en werkervaring echter van plaats. In Vlaams-Brabant ziet de rangschikking er zelfs compleet anders uit. Daar staat psychische stabiliteit op 1, gevolgd door maatschappelijke attitudes en copingstijl. Een mogelijke verklaring is te vinden in de oorsprong en visie van de verschillende netwerken. In Vlaams-Brabant is het netwerk bijvoorbeeld opgebouwd rond een reeds bestaand netwerk van partners uit de geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor ligt de nadruk meer op het zorgaspect. In de provincie Antwerpen zien we dan weer de omgekeerde situatie. Hier wordt meer vertrokken vanuit het belang van tewerkstelling, waarbij de zorg heel erg in functie van deze tewerkstelling wordt georganiseerd.

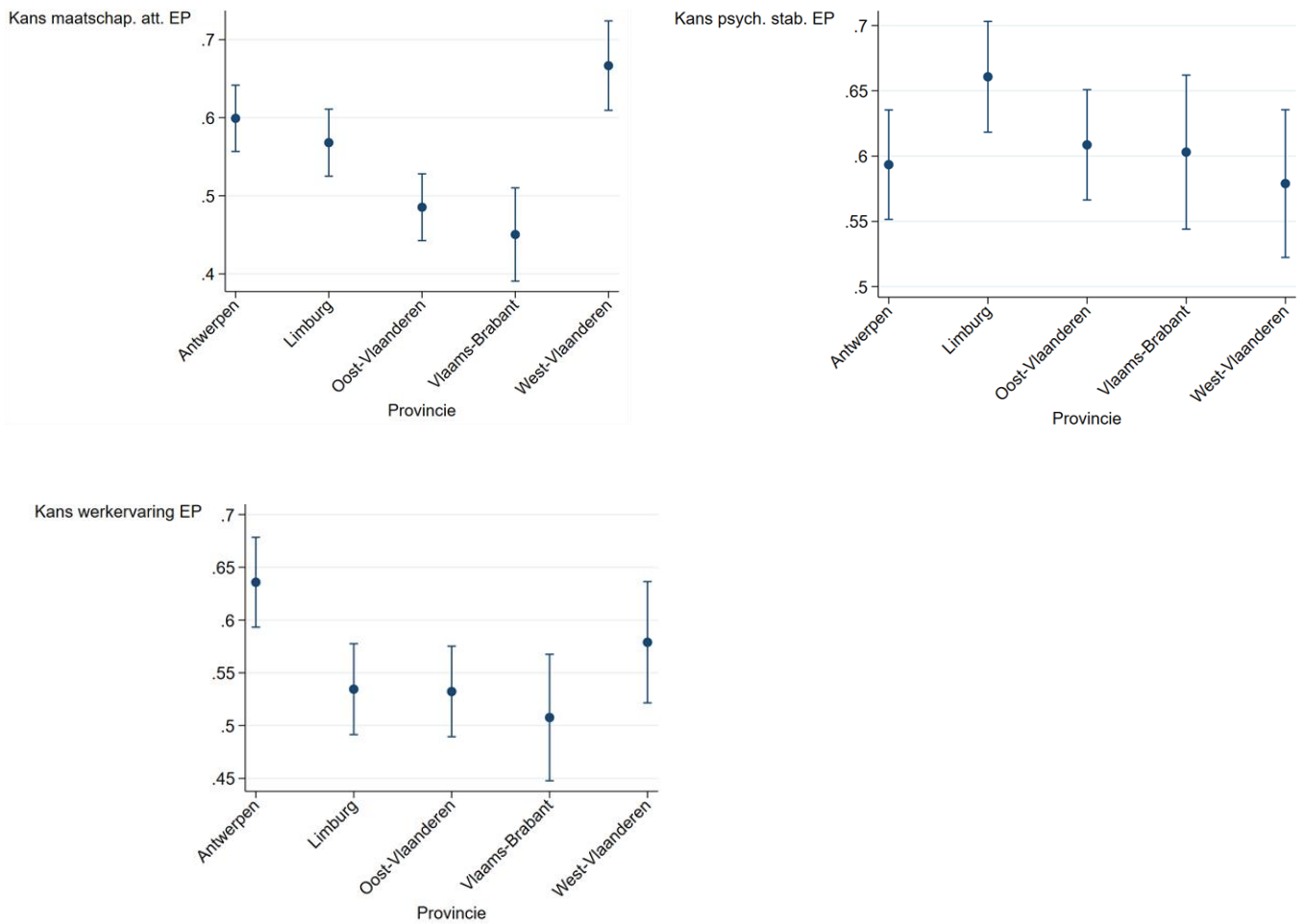
Tabel 3.10 Meest voorkomende ernstige problemen, naar provincie

Provincie	Meest voorkomende ernstig probleem	2 ^e meest voorkomende ernstig probleem	3e meest voorkomende ernstig probleem
<i>Algemeen</i>	<i>Maatschappelijke attitudes (71,85%)</i>	<i>Psychische stabiliteit (62,62%)</i>	<i>Werkervaring (59,03%)</i>
Antwerpen	Maatschappelijke attitudes (79,74%)	Werkervaring (67,07%)	Psychische stabiliteit (60,51%)
Limburg	Maatschappelijke attitudes (73,85%)	Psychische stabiliteit (67,95%)	Werkervaring (56,93%)
Oost-Vlaanderen	Maatschappelijke attitudes (66,85%)	Psychische stabiliteit (62,08%)	Werkervaring (55,51%)
Vlaams-Brabant	Psychische stabiliteit (62,45%)	Maatschappelijke attitudes (58,42%)	Copingstijl (54,26%)
West-Vlaanderen	Maatschappelijke attitudes (74,51%)	Werkervaring (59,35%)	Psychische stabiliteit (58,30%)

Bron Eigen verwerking data VDAB

Figuur 3.6 toont daarnaast aan dat niet alleen de volgorde, maar ook de absolute percentages waarvoor het een ernstig probleem vormt, verschillen per provincie. Vooral bij de factor “Maatschappelijke attitudes” is dit verschil duidelijk zichtbaar.

Figuur 3.6 3 meest voorkomende ernstige problemen (EP), naar provincie



Bron Eigen verwerking gegevens VDAB

3.3 Beoordeling van de kansen van de deelnemer om na het traject betaald werk te verrichten

Niet alle niet-werkende werkzoekenden met drempels op vlak van werk én zorg komen in aanmerking voor een activeringstraject. Het decreet geeft aan dat het bijkomend aannemelijk moet zijn dat de kandidaat-deelnemers na het traject betaald werk kunnen verrichten. De term ‘aannemelijk’ wordt daarbij niet nader toegelicht. Dit zorgt er voor dat de interpretatie van de term en de inschatting hiervan geval per geval bij de toeliders (DGS, screeningsdienst VDAB) komt te liggen. Ook de inschatting van de begeleiders is van belang. De toelichting bij het decreet geeft immers aan dat de complexe problematiek van deze doelgroep de uitkomst van een activeringstraject onzeker maakt en dat op die basis bijsturing mogelijk is. Begeleiders kunnen dus bij deelnemers waarbij ze betaald werk (van bij de start of uiteindelijk) niet mogelijk achten, andere doelstellingen voorop zetten.

3.3.1 Gehanteerde criteria voor toeleiding en de gevolgen hiervan voor begeleiders

Uit de focusgroepen met de penhouders en begeleiders blijkt dat verschillende professionals vinden dat de toegeleide deelnemers een ‘te zwaar profiel’ hebben. De verklaring hiervoor zou op het eerste zicht kunnen zijn: de toeliders vinden dat betaald werk bij deze deelnemers wél aannemelijk is na

het traject, terwijl begeleiders dit niet aannemelijk achten. De drempels en mogelijkheden richting de arbeidsmarkt worden dan anders ingeschat door beide groepen professionals. Een andere mogelijke verklaring is dat de toeliders in de praktijk vooral de mate laten doorwegen waarin er sprake is van drempels op vlak van zorg én werk tot de arbeidsmarkt. Dit blijkt inderdaad uit de antwoorden van twee medewerkers van de screeningsdienst die in de focusgroepen aanwezig waren. Volgens hen zijn de richtlijnen als volgt: Kandidaten komen in een activeringstraject terecht wanneer de zorgnoden niet te groot zijn (er is dus een kans tot één of andere vorm van activering, maar daarom niet per definitie NEC) en wanneer de mogelijkheden tot reguliere begeleiding zijn uitgeput. Een activeringstraject is voor hen dan laatste kans op activering in combinatie met de mogelijkheid op intensievere begeleiding, vooral op psychisch vlak:

Meestal vraag ik advies activeringstraject bij een combinatie van verschillende problematieken (medisch, sociaal, psychisch, ...), waar vooral de psychische problematiek zwaar doorweegt. Voor mensen waarvan ik het gevoel heb dat ze voor verschillende zaken sterk begeleid moeten worden, omdat ze er zelf niet uitkomen. (medewerker screeningsdienst, focusgroep netwerken)

De klanten die aangemeld worden zijn klanten waar de aanvrager (GTB begeleider of VDAB begeleider) vastzit en waar het niet lukt om de klant verder te begeleiden omdat er al van alles geprobeerd werd of omdat het duidelijk is dat bepaalde problemen niet kunnen worden aangepakt door de reguliere begeleiding. Er is zo goed als altijd een duidelijke zorgvraag aanwezig, zo goed als altijd doorwegende psycho-sociale problemen. Soms zijn deze problemen duidelijk en uitgesproken door de klant zelf, soms worden deze vooral geduid door de aanvrager, en speelt DGS een rol om dit te verbelderen naar de klant en het activeringstraject als een optie of kans te laten inzien. (medewerker screeningsdienst, focusgroep netwerken)

Ook begeleiders geven dit aan. De deelnemers met een ‘te zwaar profiel’ zijn volgens hen deelnemers die al een hele batterij aan trajecten hebben gelopen. Zij worden naar een activeringstraject toegeleid om nog iets te kunnen uitproberen waarin ook het zorgaspect aandacht krijgt.

Niettegenstaande kandidaten met te grote zorgnoden niet naar activeringstrajecten worden toegeleid, bestaat er dus een grijze en brede vijver aan kandidaten die in activeringstrajecten kunnen terechtkomen. Het zijn niet alleen de kandidaten bij wie de stap naar betaald werk aantoonbaar klein wordt geacht die in activeringstrajecten terecht komen. Dit is niet toevallig. Ook het decreet zelf laat hier ruimte toe. In het decreet is effectieve uitstroom immers geen uitkomstverplichting (enkel een eindadvies is verplicht), er is de nadruk op begeleiding op maat, en bovendien laat het decreet toe een advies onbetaald werk of niet-toeleidbaar te geven.

Vraag blijft wel hoe begeleiders hun doelstellingen (her)formuleren indien ze een deelnemer toegeleid krijgen waarvan ze de kans op een advies betaald werk als moeilijk inschatten of wanneer men vermoedt dat problematieken nog moeten worden uitgeklaard tijdens het activeringstraject zelf. In dat geval vertrekken sommige begeleiders vanuit de filosofie van het decreet over begeleiding op maat. Zij stellen dat op elk moment een gedifferentieerde aanpak nodig is op maat van de complexe noden en competenties van de deelnemer. Binnen dat interpretatiekader beschouwt men het al als een succes wanneer men tijdens het traject vooruitgang kan boeken, via diagnostiek bepaalde problematieken kan benoemen, of vervolgstappen kan zetten. De nadruk ligt op de individuele evolutie en vooruitgang van de deelnemer. Doel is niet zozeer betaalde arbeid, maar een bij de deelnemer horend passend en door iedereen gedragen advies en/of zicht op een vervolgtraject. Dit passend advies kan Normaal economisch circuit zijn, maar evengoed niet-toeleidbaar. Anderzijds zijn er ook begeleiders die vinden dat ze een advies betaald werk en zelfs NEC altijd moeten nastreven als ideaal scenario. Maar ze voegen hier meteen aan toe dat dit omwille van allerlei redenen vaak niet haalbaar is. In dat

opzicht appreciëren ook zij de ruimte die het decreet laat om dan op tempo van de deelnemer te werken en het traject rustig te kunnen opbouwen.

Niettemin is het werken met deelnemers waarbij betaald werk al van bij de start moeilijk wordt geacht, niet zonder gevolgen. Er is met deze deelnemers bijvoorbeeld meer risico op stopzetting, wat financiële risico's met zich meebrengt (dan wordt men ook niet vergoed). Daarnaast geeft men aan dat er bij deze deelnemers veel of intensiever voorbereidend werk of tijdens het traject intensievere begeleiding nodig is. Maar voor die surplus aan begeleiding wordt men niet vergoed. Kortom: in dergelijke situaties ervaren de begeleiders een moeilijke spreidstand tussen het financieel luik van het decreet, dat een standaardtraject vooropstelt en uitgetekend is vanuit de verwachting dat de afstand tot de arbeidsmarkt overbrugbaar is binnen dat traject, en de complexe noden van deelnemers die ze toegelid krijgen. Om die spreidstand te verminderen, kunnen penhouders in principe aangeven dat ze bepaalde deelnemers niet willen begeleiden. Dit is echter geen gangbare praktijk. Enkel één penhouder gaf aan dat ze af en toe weigerden om het traject op te starten. Dit gebeurde op basis van het kennismakingsgesprek met de deelnemer. Kortom, in de praktijk gaan de begeleiders zo goed als altijd ook aan de slag met deelnemers waarvan ze de problematiek bij aanvang als te complex beschouwen.

3.3.2 Deelnemers zien activeringstrajecten als laatste kans na ontoereikende reguliere dienstverlening

De verhalen van de deelnemers bevestigen wat de medewerkers van de screeningsdienst vertellen met betrekking tot de reguliere dienstverlening. Ook zij hebben ervaren dat de reguliere dienstverlening, zowel op vlak van werk als zorg (psychologische ondersteuning via privé-psychologen, ondersteuning via de arbeidsgeneesheer of mutualiteiten), hen onvoldoende vooruit hielp of niet intensief genoeg was. Verschillende deelnemers vertellen daarbij vooral over de moeilijke en soms jarenlange ervaringen met VDAB en mutualiteiten. Moeilijk vonden ze vooral de controlerende houding van deze instanties, de onzekerheid over de duur en hoogte van de uitkering, en de nadruk op werk zonder aandacht voor hun problematiek of zonder passende begeleiding:

Door mijn rugklachten en thuissituatie ben ik moeten stoppen met werken. Ik ben dan terecht gekomen bij de mutualiteit. Daar ben ik een hele tijd gebleven, tot ze op een bepaald moment zeiden: 'We kunnen u niet blijven houden.' Toen ben ik in de werkloosheid gevallen. Dat gaat voor 1 à 2 jaar, maar daarna is er enkel het strikte minimum. Ik ben zo bij het OCMW terecht gekomen, binnen het begeleidend aanpassend werk, en bij VDAB. Bij de VDAB heb ik de deur tegen mijn neus gekregen. Men vond het zelfs niet nodig om me te begeleiden naar werk. Ik moest gewoon werken volgens hen. Dat heeft lang geduurd en gaf me het gevoel dat ik niet meer aansloot bij de arbeidsmarkt. Ik geloofde niet meer dat ik een geschikte job zou kunnen vinden.' (deelnemer)

De verhalen van de deelnemers doen twee vragen opdoemen. Eén: in welke mate ervaren de deelnemers de reguliere dienstverlening zelf als een belemmerende factor richting arbeidsmarkt? En daaruit afleidend, twee: hoe nuttig het is om bij deze doelgroep eerst het aanbod aan reguliere begeleiding binnen zorg en werk (VDAB) volledig uit te proberen en te doorlopen, vooraleer een activeringstraject in zicht komt (wat volgens toeliders de richtlijn is)? Doorverwijzing naar een activeringstraject (via GTB en de screeningsdienst) gebeurt uiteindelijk meestal toch door ofwel een arbeidsgeneesheer en nog vaker door VDAB. Een doorverwijzing op een eerder moment zou dus in principe ook mogelijk zijn geweest. De deelnemers lijken hier ook vragende partij voor en botsen met de terughoudendheid van de reguliere dienstverlening. Die terughoudendheid heeft wellicht te maken met het federaal normatief kader rond beschikbaarheid op de arbeidsmarkt. Van uitkeringsgerechtigde werklozen verwacht de overheid dat ze beschikbaar zijn, meteen een vacature kunnen invullen. De reguliere dienstverlening zal dit dan ook bij deze groep eerst proberen, zelfs al werkt dit bij deze

doelgroep niet. Binnen elk opvolgingskader rond zoekgedrag en beschikbaarheid is er wel een beperkte ruimte geweest voor een groep voor wie die om psychomedische redenen niet mogelijk is, maar de bemiddelingsdienst wordt geacht om die groep beperkt te houden.

3.4 Het belang van engagement van de kandidaat-deelnemer bij de start

In de toelichting bij het decreet is de derde en laatste voorwaarde voor toeleiding het engagement of de motivatie van de kandidaat-deelnemer om een actieve rol op te nemen tijdens het traject. Die motivatie bij de start is volgens de begeleiders inderdaad cruciaal en één van de succesfactoren voor een geslaagd activeringstraject. Ook in de ICF-dossiers wordt de motivatie van een deelnemer door begeleiders geregeld als een sterkte benoemd.

Motivatie kan zich op verschillende manieren uiten. Het kan gaan om openheid voor hulp en gesprekken, voor het aanbod van de begeleiders of voor verandering, maar ook om actieve betrokkenheid tijdens het traject (bv. zelf mee zoeken naar stageplaatsen) of de drive richting vooruitgang:

‘De openheid van klant was in deze case een belangrijke succesfactor, terwijl dat dit voor de betrokkene zeker niet evident was, maar hij beseftte dat die openheid zorgde dat hij vooruit kon.’ (Casemanager Zorg)

‘Het ging om een vooral intrinsiek gemotiveerde dame die echt vooruit wilde in haar leven en het nut van een stage echt zag. Dat maakte mee het succes van dit traject.’ (Werkactor)

Kortom: hoe groter de initiële motivatie, hoe meer kans op succes. Dit wil volgens de begeleiders niet zeggen dat motivatie niet kan groeien tijdens het traject. Maar er is wel meer garantie op succes indien er een minimum aan openheid of motivatie is bij de deelnemer vanaf de start. Niet alle deelnemers beschikken volgens hen echter over die minimale motivatie. Begeleiders geven aan ook regelmatig met weerstand van deelnemers te worden geconfronteerd. Vaak gaat het om deelnemers die het moeilijk hebben om te werken aan één van de aspecten (werk of zorg).

Om meer succesvolle trajecten te garanderen zou de overheid er voor kunnen kiezen om doelgerichter op initiële motivatie te screenen en dit te hanteren als een absoluut criterium voor toeleiding. De meeste begeleiders zijn hier echter geen vragende partij voor. Volgens hen mag een gebrek aan startmotivatie bij de kandidaat-deelnemer geen exclusiecriteria zijn. Weerstand of gebrek aan motivatie moet volgens hen wel een expliciet werkpunt zijn tijdens het traject, omdat dit gebrek aan motivatie samenhangt met de problematiek van de deelnemer en een drempel vormt richting betaalde arbeid. Sommige begeleiders hebben het ook moeilijk met toeleiders die een gebrek aan motivatie als exclusiecriteria gebruiken bij een intake. Dit ervaren zij als onterecht, omdat het de laagdrempeligheid van activeringstrajecten in gevaar brengt en kandidaat-deelnemers de kans ontnemt tot groei.

Uit de verhalen van de deelnemers kunnen we ook hun motivatiebronnen traceren die ze bij de start hadden. Een eerste belangrijke bron van motivatie is de wil om terug te gaan werken, terug een normaal leven te leiden (met structuur en een vast ritme). Sommigen beschouwen activeringstrajecten ook als een instrument om hun leven terug op de rails te krijgen. Die perceptie vormt vervolgens de basis voor hun motivatie en hun openheid voor het traject. Bij de deelnemers die hun traject achteraf als succesvol hebben beleefd of tevreden zijn, valt daarbij bovendien hun gedrevenheid of leergierigheid op om dat doel te bereiken. Die was al aanwezig bij de start.

‘Ik wilde gaan werken, wou echt vooruitgaan in het leven, wilde niet blijven vastzitten aan één verhaal omdat er iets fout is gegaan in mijn leven. Maar ik wilde ook nog altijd de kans krijgen om niet zomaar in een beschutte werkplaats gegooid te worden.’ (Deelnemer)

Ik was het ben om thuis te zitten. Een activeringstraject was voor mij een kans om terug aansluiting te krijgen met de arbeidsmarkt. Ik begreep meteen dat ik die kans moest nemen. En dat heb ik gedaan.’ (Deelnemer)

‘GTB vertelde me dat dit traject me via stages echt ging helpen richting werk. Dat vond ik positief en beter dan nog eens 3 jaar bij de pakken te blijven zitten. Ik hoopte echt op verandering.’ (Deelnemer)

Een andere motivatiebron is het vooruitzicht dat het activeringstraject de druk zal weghalen om meteen voltijds te gaan werken:

Ik was meteen enthousiast om dit traject te doen, omdat ze me hadden verteld dat ze de cliënt niet volledig onder druk zetten om te werken. Ik zou stapje voor stapje kunnen vooruitgaan, ook via een stage. Die boodschap was wat ik toen nodig had.’ (Deelnemer)

Kortom: het engagement van de deelnemer bij de start is inderdaad een belangrijke succesfactor en dus belangrijk om af te toetsen in de toeleidingsfase en verder op te bouwen tijdens het traject. Dat blijkt zowel uit de verhalen van de begeleiders als deelnemers. Hoewel de begeleiders oordelen dat ze regelmatig deelnemers krijgen met een gebrekkige motivatie, zijn ze van mening dat het toch niet opportuun is om de mate aan engagement als een criterium te gebruiken om kandidaat-deelnemers van een activeringstraject uit te sluiten. De begeleiders geloven immers dat het mogelijk is tijdens het traject aan die motivatie te werken en toch tot een zinvol traject te komen (zelfs al leidt dat niet tot een advies betaald werk).

4 | Opstartfase activeringstrajecten

De opstartfase bestaat volgens het decreet uit de aanstelling van een Casemanager Werk (die altijd verbonden is met GTB) en een Casemanager Zorg. Deze casemanagers moeten binnen een periode van vier weken samen met de deelnemer een trajectplan opstellen. Ze maken een gemotiveerde keuze over de dienstverlening of begeleiding die de deelnemer zal krijgen, waarbij rekening gehouden wordt met het aanbod binnen het netwerk van dienstverleners (art. 17). Meer in detail wordt een volgorde van acties vastgelegd. De casemanagers zien er op toe dat de acties in een logische volgorde aan bod komen. Ze letten er dus op dat de acties worden ingezet met aandacht voor de ontwikkeling van de toenemende competenties van de deelnemer in de loop van het traject en de zorgbehoeften van de deelnemer. De acties moeten ook steeds zo goed mogelijk op elkaar aansluiten, met zo kort mogelijke periodes tussen de acties (artikel 18).

4.1 Focus en reflecties van begeleiders bij de opstartfase

Het traject start bij de CMwerk (GTB) die de eerste gesprekken voert met de deelnemer. Uit de interviews valt op dat deze gesprekken gebruikt worden om enerzijds zicht te krijgen op de situatie van de deelnemer, alsook op de (werk)noden en aanwezige competenties, en om anderzijds het traject aan de deelnemer uit te leggen. Daarna geeft de CMwerk de fakkel door aan de CMzorg die zich focust op de zorgnoden. Doel van beide casemanagers is de vragen, doelstellingen en de acties, die in het plan zullen komen, scherp te krijgen. Er is een groot geloof bij de casemanagers dat inzicht krijgen in de noden en competenties cruciaal is om een traject op de juiste rails te zetten. Gesprekken in functie van het trajectplan maken volgens hen ook verschil voor de deelnemer. De deelnemer krijgt zo inzicht in de eigen problematiek en mogelijkheden. Dit inzicht is nodig om vervolgens vooruitgang te kunnen boeken. Op die manier kunnen ze samen met de deelnemer nieuwe gerichte stappen zetten. Soms zijn de gesprekken in functie van het trajectplan ook belangrijk omdat ze doen beseffen dat bepaalde verwachtingen niet (meteen) omgezet kunnen worden in de praktijk en dat eerst andere acties nodig zijn, bijvoorbeeld op vlak van zorg of meer laagdrempelig werk.

De casemanagers geven aan dat het belangrijk is om voldoende tijd te nemen om het trajectplan op te starten. Op de tweede trefdag van SAM gaven sommige casemanagers zorg ook aan het erg belangrijk te vinden dat de deelnemer in de opmaak van het trajectplan een actieve rol krijgt. Op die manier voldoen ze ook aan de geest van het decreet:

Vaak hebben cliënten geen zicht op waar ze precies vastlopen. Via het ICF-dossier krijgen ze meer zicht op de eigen problemen, waar ze aan willen werken en waar ze hulp bij nodig hebben. Via het ICF-document kunnen we dan verder vragen stellen, terugkoppelen naar cliënt, bevragen hoe ze hier tegenover staan, doelstellingen formuleren. Cliënten moeten zelf hun doelen stellen. Zo zijn ze betrokken in de opmaak van hun trajectplan.' (CM zorg, trefdag SAM)

Ik had het trajectplan te drastisch opgesteld. De cliënt ging ermee akkoord, maar vroeg nadien om het bij te schaven. Zo hebben we snel stappen naar werk kunnen zetten. Het gaf de cliënt ook opnieuw handelingskracht. De cliënt is drager en houder van zijn trajectplan. Ik weet nu dat het belangrijk is om dit in het achterhoofd te houden' (CM werk, trefdag SAM)

Tijd nemen om het plan op te stellen vinden begeleiders cruciaal. Daarom ook ervaren ze de vier weken die het decreet vooropstelt of het aantal voorziene gesprekken als onvoldoende om volledig zicht te krijgen op de noden en competenties van de deelnemer en dit te vertalen in doelstellingen en een plan (zie ook bevraging VDAB). Het decreet laat echter toe om het trajectplan in latere fases bij te schaven of doelstellingen uit het trajectplan scherper te stellen. Begeleiders maken hier ook gebruik van. De ervaring is immers dat doelstellingen vaak tijdens de stage of tijdens de zorgacties pas echt helemaal helder worden. Het is op dat moment cruciaal dat er ruimte blijft om vervolgacties op die voortschrijdende inzichten te kunnen bouwen. Dit vraagt echter niet altijd een formele aanpassing van het trajectplan.

‘Ik had als werkactor onlangs een cliënt met een laag zelfvertrouwen. Intelligent. In het trajectplan stond als doelstelling: “Het krijgen van een duidelijk jobdoelwit en een stage doen die binnen de interesses valt en die de cliënt mentaal en psychisch aankan”. Uit mijn gesprekken met de cliënt bleek ook dat de omgeving waarin de cliënt werkte zeker evenveel van belang was dan het werk op zich. Er werd een stageplaats gevonden die voldeed op het vlak van beiden. Het was een vrij groot bedrijf maar er heerste een familiale sfeer, ...Ook de jobinhoud was op zijn lijf geschreven. Na de stage werd hij als vaste medewerker aangeworven in het bedrijf.’ (werkactor, casus)

‘Een goede diagnose is niet altijd realiseerbaar van bij de start, maar kan tijdens traject ook op het spoor gekomen worden. Dat kan het traject echt openbreken. Zo had ik onlangs iemand waar via diagnostiek ASS werd vastgesteld. Dit werkte zeer verhelderend voor de deelnemer en zijn context (ook ouders werden betrokken hierin). Vervolgens konden we heel specifiek verder werken met hem rond noden, aandachtspunten, kwaliteiten en competenties in functie van tewerkstelling of functioneren in dagelijks (sociaal) leven. Uiteindelijk heeft de deelnemer veel antwoorden gekregen over zichzelf en staat hij sterker in zijn schoenen op de arbeidsmarkt. Een arbeidsmarkt waar hij zijn weg nu beter terug vindt.’ (CMzorg en zorgactor, casus)

Het decreet bepaalt ook dat de acties in een logische volgorde aan bod moeten komen. Wat de beste logische volgorde is, staat echter open voor discussie, en blijkt in de praktijk ook afhankelijk van beleidskeuzes binnen de netwerken. De vraag gaat vooral om de ordening van de aspecten zorg en werk. Zo opteren sommige netwerken om eerst met de zorgnoden aan de slag te gaan. De overtuiging leeft dat het cruciaal is om bijvoorbeeld eerst begeleiding te voorzien die werkt aan zelfvertrouwen, om daarna pas werkdoelstellingen binnen te brengen. Het gevaar bestaat volgens sommige begeleiders dan wel dat men te laat of zelfs nooit aan de werkdoelstellingen toekomt. Andere netwerken leggen eerder de focus op een vlotte realisatie van de doelstellingen van het plan voor die specifieke deelnemer, waarbij ze het samen sporen van werk en zorg tijdens het traject centraal zetten. Vanuit dat perspectief probeert men zo snel mogelijk naar een stage toe te werken, en zal men op basis van de ervaringen op de werkvloer de zorgnoden aanpakken en de drempels op dit vlak proberen weg te werken. Het risico van die keuze kan echter zijn dat aan de meest fundamentele zorgnoden niet gewerkt kan worden of dat de deelnemer bij de start nog te fragiel is om meteen op de werkvloer mee te kunnen.

Hoewel er de mogelijkheid is om het trajectplan nadien nog bij te schaven en begeleiders creatief gebruik maken van die mogelijkheid, geven begeleiders aan dat de tijdsduur van vier weken die het decreet bepaalt druk genereert, zowel bij de begeleider als de deelnemer. Dit komt vooral omdat men de deelnemer nog niet kent (er is nog tijd nodig om vertrouwen op te bouwen met de deelnemer), de deelnemer de noden moeilijk kan benoemen of omdat men eerst moet werken aan de motivatie van de deelnemer.

‘Het proces om tot een jobdoelwit te komen heeft veel moeite gekost omdat de klant diep en veel nadenkt over alle aspecten van een job: zijn interesses, de arbeidscultuur, toekomstperspectief, collega’s op de werkvloer, ... (CM werk, casus)

Het opstellen van het trajectplan in vier weken en met medewerking van de deelnemer loopt in die zin minder lineair als het decreet voorstelt. In het decreet worden de stage en de zorgacties gezien als een uitvoering van het plan en dus als een volgende stap in het traject. In de praktijk beschrijven de casemanagers en begeleiders hun trajecten meer als een cyclisch proces waarin planning, acties en reflectie op die acties voortdurend op elkaar inwerken en elkaar beïnvloeden. Het bijschaven en aanscherpen van het trajectplan is in dergelijk proces geen uitzondering, maar de norm.

4.2 Ervaringen van deelnemers met de opstartfase

De interviews met de deelnemers bevestigen dat na de screening en toelating tot een activeringstraject ze hun eerste gesprekken hadden met de CMwerk (medewerker GTB). Tijdens die gesprekken kregen ze informatie over de verschillende stappen in het traject en het ondersteuningsaanbod. Daarnaast namen de CMwerk volgens hen ook de tijd om zicht te krijgen op hun problematiek. Die gesprekken ervoeren de meeste deelnemers als positief. Vooral het begrip voor hun situatie en het gevoel ondersteund en intensief begeleid te worden door de GTB-medewerkers apprecieerden de deelnemers. Die ervaring betekende ook vaak een positieve breuk met de ervaringen die ze vooraf met andere dienstverleners hadden. Een andere interessante vaststelling uit de interviews is de variatie in de aanpak van de GTB-begeleiders. Twee deelnemers (Kempen, beide trajecten al gestart in 2018) vermelden dat hun eerste gesprekken met GTB in groep doorgingen. Andere deelnemers hebben het over individuele gesprekken die uiteindelijk tot een doorverwijzing naar een bepaalde werkactor en stage leidden, en naar een zorgactor die de zorgacties op zich nam. Enkele deelnemers (telkens uit Limburg) geven ook aan eerst een formulier te hebben moeten invullen om uit te zoeken wat de werkprioriteiten waren of testen te hebben afgelegd die zicht gaven op verschillende vormen van intelligentie, interesses en houding (“Waar krijg ik stress van?”).

Een minderheid van de deelnemers vermeldt tijdens hun interview spontaan de opmaak van het plan of het opstellen van doelstellingen. Ook hebben ze het moeilijk om de verschillende stappen in het activeringstraject te benoemen of om deze fase te onderscheiden van de volgende fases. Dit verklaart misschien ook waarom ze de gesprekken met de CMzorg bijna nooit expliciet benoemen. We vermoeden dat de deelnemers die gesprekken eerder als een onderdeel beschouwen van de zorgacties in hun traject dan behorend tot de opstartfase.

De conclusies die de deelnemers uit de opstartfase trekken, is zeer verschillend. Verschillende deelnemers vermelden dat de gesprekken duidelijk maakten welke stage of werkplek (beroepsprofiel) het beste bij hen zou passen. Door lichamelijke beperkingen zijn ze immers niet meer in staat hetzelfde beroep uit te oefenen als voorheen:

‘Het was even zoeken welke richting ik uit wilde. Ik had vroeger gestudeerd voor kleermaker, maar kon dit beroep moeilijk opnieuw uitoefenen. Ik ben niet meer zo precies en bibber. Daarom hebben we uitgezocht welk beroep ik wel graag zou willen en kunnen doen. Zo ben ik bij verkoop uitgekomen.’ (deelnemer)

‘Ik heb met mijn GTB-begeleider gesprekken gehad over wat ik op werkvlak wilde. Een fabriek was niet meteen een optie. De hele tijd rechtstaan is immers moeilijk met mijn zwakke rug. Dus de vraag was: ‘Hoe omgaan met mijn zwakke rug op werkvlak? Zo zijn we uiteindelijk bij klusjesvrouw uitgekomen. En daar ben ik dan ook mijn stage in gaan doen. Met de begeleider zorg heb ik in aanloop van de stage ook gesprekken gehad. Die gingen vooral over mezelf: ‘Wat zijn positieve en negatieve kanten van mezelf, ook op vlak van werk?’ Daarop werkte hij dan verder. We hebben het ook veel gehad over: ‘Wat zie je in je leven? Waar ben je precies naar op zoek en wat wil je echt niet? Waar moeten ze rekening mee houden zodat je je goed voelt op je werk?’ Op die basis hebben we dan doelen gesteld’ (deelnemer)

Andere deelnemers waren bij aanvang van het traject nog mentaal fragiel en kwetsbaar. Zij geven aan een langere opstartfase te hebben gehad en eerst vooral rond hun zorgnoden te hebben gewerkt. De deelnemers beschouwen zo goed als allemaal immers (de zoektocht naar) een stage als het echte startpunt van het activeringstraject. Die langere opstartfase, met eerst acties rond hun zorgnoden, was volgens hen nodig, omdat het tijd gaf om eerst te herstellen of sterker te worden. Eén deelnemer gaf wel aan dat hij druk ervoer van zijn familie, die hem liever sneller in een stage en daarna als werknemer hadden gezien.

Hoewel de deelnemers over het algemeen tevreden zijn over de aanpak en inhoud van de opstartfase, geven ze ook enkele knelpunten aan. Een eerste knelpunt, die samenhangt met het, in het decreet vastgelegde, lineaire verloop van het traject en dus systemisch te noemen is, betreft de vele gesprekken die ze op korte tijd hebben met verschillende professionals. Het gesprek met hun VDAB-medewerker waar het activeringstraject en de screeningsdienst voor het eerst werd voorgesteld zien ze daarbij als deel van de opstartfase.

'Bij de start heb ik veel mensen gezien. Eerst een oudere vrouw die toestemming gaf, daarna kwam er nog een persoon bij waarmee ik effectief ben begonnen. Maar dat contact liep moeilijk. Uiteindelijk ben ik dan bij mijn huidige CM werk beland. Met haar had ik enkele gesprekken, waarna ik bij mijn CM zorg terecht ben gekomen. Na enkele gesprekken over doelstellingen met hen over het plan, hebben ze mijn jobcoach erbij gebaald om de stage en mijn werk op te volgen. Ik vond die vele mensen bij de opstart moeilijk. Het was op de tanden bijten, want ik had op dat moment nog weinig vertrouwen in mensen. Ik moest telkens mijn verhaal opnieuw doen, hoorde vaak hetzelfde, en moest telkens opnieuw me opladen mijn begeleiders te vertrouwen.' (deelnemer)

De hindernissen die het lineaire verloop opwerpt, zo blijkt uit bovenstaand citaat, betreffen herhaling en problemen met vertrouwen geven. Ook andere deelnemers benoemen deze laatste hindernis. Zoals ook begeleiders al aangeven, kennen professionals en deelnemers elkaar nog niet, en vraagt vertrouwen opbouwen tijd. De inhoud van de gesprekken gaan bovendien over de kern van hun problematiek. Het vraagt dat deelnemers zich kwetsbaar kunnen en durven opstellen, en voldoende gemotiveerd zijn om hierop niet af te haken. Verschillende geïnterviewde deelnemers, met soms een rugzak aan slechte ervaringen met werkcontexten en dienstverlening in het verleden, geven aan dat ze zich vanuit hun intrinsieke motivatie hiervoor bewust hebben open gesteld. Maar dit kostte hen wel moeite (zie ook vorig citaat):

'In het begin had ik gesprekken met GTB over wat er nog mis was, wat mijn huidige situatie was, wat de oorzaak was en wat ik wel wilde. Daarna kwamen er ook nog andere gesprekken met andere begeleiders bij, zelfs met het afdelingshoofd van GTB. Ik begrijp nog altijd niet goed wat de meerwaarde was van dit gesprek. Maar ja, ik zat daar met een doel, ik heb me dus open gesteld en ben meegegaan in het verhaal. Ook altijd eerlijk geweest. Want als je dat niet doet, dan kunnen ze geen beeld krijgen waarover het gaat. Maar dat heeft wel veel van me gevraagd.' (deelnemer)

De opeenvolging van verschillende begeleiders die aan elkaar de fakkel doorgeven, impliceert ook dat de vorige begeleiders op de achtergrond verdwijnen. Is er in die doorgeeffase geen of te weinig communicatie tussen de begeleiders vooraf of is het ICF-formulier niet voldoende verhelderend, dan vraagt de volgende begeleider vaak dat de deelnemer zijn of haar verhaal opnieuw doet. Soms gebeurt het ook dat de deelnemer opnieuw uitleg krijgt over het traject en de rol van de specifieke begeleider hierin. Dit leidt volgens sommige deelnemers tot verwarring indien ze telkens een andere uitleg krijgen over het traject en de rol van de specifieke begeleider. Ze verliezen het zicht op het geheel. De uitleg gebeurt gefaseerd. Ze krijgen immers enkel uitleg over dat éne onderdeel van het traject waar de professional die voor hen zit verantwoordelijk voor is. Naast verwarring, geven ook enkele deelnemers aan dat de opeenvolging van verschillende begeleiders die telkens met hen een aantal

gesprekken voeren de opstart van het traject traag doen aanvoelen. Zoals vermeld, leeft bij de meeste deelnemers immers de idee dat het traject start vanaf de stage.

Het echte traject komt een beetje later op gang. Eenmaal dat het op gang is, voel je dat de cadans erin zit. Het is een beetje zoals een dieselmotor: het lijkt traag te starten, maar het moment dat er vaart in komt, komt er wel vaart in. Vooral de initiële stappen voelen traag aan. Zeker de zorgsectie. Het vraagt tijd om dat eerst grondig te doen, een paar gesprekken te hebben, en dan pas hierop verder te gaan. Dat geldt ook voor werk. Je moet de doelstellingen vastleggen, weten waar je naartoe gaat en wat de opties daarvoor zijn. Ook hier gaan een paar afspraken over. (deelnemer)

Het duurde allemaal een beetje te lang. Ik wou gewoon iets proberen, een stage doen. Maar eerst moest ik al die gesprekken door. (deelnemer)

Tot slot worden in deze fase wissels van begeleiders (bv. omwille van ziekte of zwangerschap van een begeleider) en de beperkingen die de Corona-crisis oplegde, als sterk belemmerend ervaren. Ze werken negatief in op de motivatie en remmen het traject nog verder af.

Samengevat: de deelnemers zijn over het algemeen tevreden over de opstart, met name over het begrip en de (intensieve) ondersteuning in het zoekproces naar het juiste jobdoelwit en de juiste zorg. De gesprekken met GTB (CM werk) worden in die zin ervaren als een positief keerpunt in vergelijking met vorige dienstverleners. Wat de rol was van de CMzorg, kunnen de meeste deelnemers niet benoemen. De hindernissen die de deelnemers aangeven, hebben in grote mate te maken met de opeenvolging van verschillende begeleiders waarmee ze in gesprek moeten gaan tijdens de opstartfase. Zich telkens opnieuw open stellen, begeleiders vertrouwen, en scherp krijgen van wat het traject en de begeleiding zal inhouden, kosten hen – ook gezien hun vroegere ervaringen – moeite en kunnen voor verwarring zorgen.

5 | Uitvoeringsfase

In de uitvoeringsfase krijgt de deelnemer begeleiding op zowel werk- als zorgvlak om de afstand tot de arbeidsmarkt te verkleinen. In dit hoofdstuk bespreken we beide aspecten apart. We maken daarbij gebruik van de input van de begeleiders, de deelnemers en voor het aspect werk ook van de werkgevers. In dialoog met de bepalingen van het decreet gaan we ten eerste dieper in op de aanpak van de begeleiding met betrekking tot werk en zorg en de issues die hier spelen. Ten tweede kijken we in hoofdstuk vier naar de samenwerking en het samenspel tussen de verschillende actoren in de uitvoeringsfase. Hoe wordt die samenwerking georganiseerd en beleefd? Wat is de rol van het netwerk en de penhouder hierin? Welke succesfactoren en knelpunten komen naar boven?

5.1 Begeleiding op het vlak van werk

De begeleiding van een deelnemer op en naar een werkvloer bestaat volgens het decreet minstens uit een activeringsstage (artikel 32, sectie 1). Het werk&zorgdecreet vermeldt de stage en maakt die verplichtend, maar de vorm ervan is geregeld in het VDAB-decreet, samen met de andere werkplekvormen, dit vanuit een bezorgdheid om het aantal stagevormen niet uit te breiden. De begeleiding op de werkvloer kan opgenomen worden door elke organisatie die op dit vlak over het mandaat van VDAB beschikt. Dit kan ook een zorg- en werljijnsvoorziening zijn.

De stage is een belangrijk instrument binnen een activeringstraject. De beleidsmakers wijzen hiervoor naar de latente functies van arbeid. Een stage biedt volgens hen een zinvolle bezigheid, zorgt voor structuur, stimuleert het sociale contacten en maakt zelfontplooiing mogelijk. “*De werkvloer is een ideale omgeving om competenties te herkennen, te ondersteunen en verder te versterken*”. (nota decreet, 2017, p. 15). Dit helpen realiseren is de taak van de werkactor. Een eerste opdracht van die werkactor is om (samen met de deelnemer) op zoek te gaan naar een geschikte werkvloer (5.1.1) en deelnemers hierop voor te bereiden via joboriënterende acties of acties waarbij de deelnemer arbeidsattitudes kan aanleren. Dé geschikte werkvloer bestaat echter niet, maar krijgt diverse invullingen, afhankelijk van de actuele competenties en jobattitudes van de deelnemer en het groeipad dat men met de deelnemer voor ogen heeft (5.1.2). Dit is ook conform het decreet dat bepaalt dat de werkactor rekening houdt met de jobaspiraties van de deelnemer en zijn of haar mogelijkheden en beperkingen. Mogelijk zijn zowel een stageplaats bij een reguliere werkgever als een bedrijf binnen de sociale economie. Ten tweede ondersteunt de werkactor de deelnemer en de werkgever tijdens de stage en begeleidt hij/zij de deelnemer op de werkvloer (5.1.3). De intensiteit van de stage wordt afgestemd op de draagkracht en de competenties van de deelnemer en kan doorheen het traject opgebouwd worden. De begeleiding door de werkactoren kan echter meer omvatten dan enkel begeleiding tijdens de activeringsstage.

Niet alleen werkactoren zijn actief als professional tijdens een stage. Tijdens de stage kan ook de werkgever zorgen voor ondersteuning en begeleiding op de werkvloer, bijvoorbeeld via een mentor op de werkplek. In een laatste paragraaf bespreken we hoe de verschillende betrokkenen (werkgevers, deelnemers en begeleiders) die begeleiding op de werkvloer ervaren. We hebben daarbij zowel oog voor de positieve als negatieve ervaringen.

5.1.1 Ervaringen met de zoektocht naar een geschikte stageplaats

Om de deelnemer voor te bereiden op betaalde beroepsarbeid is het volgens het decreet

- (a) noodzakelijk dat men in overleg met de casemanager Werk en in functie van het trajectplan diverse werkvloeren zoekt en aanreikt;
- (b) joboriënterende acties of acties aanbiedt waarbij de deelnemer arbeidsattitudes kan aanleren.

In de praktijk blijken joboriënterende acties meestal plaats te vinden voor of tijdens de zoektocht naar een stage. Het betreft vooral acties die deelnemers helpen bij het opstellen van hun CV of hulp bij sollicitatiegesprekken. De geboden begeleiding is meestal actiegericht en in de vorm van een training, met de werkfactor in de rol van jobcoach. Tijdens de training verbeteren ze samen de CV, oefenen ze sollicitatiegesprekken in en leren de ‘do en don’ts’ tijdens sollicitatiegesprekken. Niet alleen werkactoren, maar ook zorgactoren kunnen deze vorm van training aanbieden.

Ik begeleidde een klant die vroeger hoge functies met hoge lonen bekleedde, maar ondertussen 12 jaar werkloos was wegens een alcoholproblematiek. Hij merkte een grote kloof tussen de arbeidsmarkt nu en wat hij gewend was en zag niet hoe hij hier nog kansen in kon krijgen. Ik koos daarom om de klant te ondersteunen in het kunnen aanvaarden dat hij zal moeten starten met functies die ‘lager’ aanvoelen als wat hij deed. Waardegericht leren leven. Hoe pak je een sollicitatiegesprek aan in 2020, wat zijn hedendaagse verwachtingen van een werkgever?’ (zorgactor, casus)

Ik heb met mijn jobcoach intensief gewerkt aan mijn sollicitatieskills via oefengesprekken. Een collega van hem speelde een mogelijke werkgever. Ik moest ook een brief schrijven op basis van een vacature via e-mail en een CV, waarna ik op gesprek moest gaan. De jobcoach analyseerde en verbeterde met mij ook mijn CV. Voor ik het oefengesprek had, kreeg ik van hem ook allerlei tips, bv. niet te familiair spreken, alsook materiaal over: hoe bereid je je voor op zo een gesprek, wat doe je net wel, wat net niet? Na het gesprek kreeg ik ook een evaluatie’. (deelnemer)

Slechts enkele deelnemers vermelden sollicitatietrainingen of geven aan dergelijke trainingen al binnen VDAB te hebben gevolgd. Ook begeleiders hebben het nauwelijks over dit aspect van activeringstrajecten. Dit wil niet zeggen dat deze acties niet gebeuren. Mogelijks beschouwen de begeleiders ze niet als een kernactiviteit of vormen ze een deel van de begeleiding op maat (bv. in vorm van tips bij zoeken naar een geschikte werkvloer). Enkele deelnemers die wel over de training spreken, geven aan hierover tevreden te zijn, bijvoorbeeld omdat ze het nadien kunnen gebruiken in echte sollicitatiegesprekken. Eén van de deelnemers die sollicitatietraining kreeg in groep was ontevreden, omdat ze hiervoor met een pc moesten kunnen werken, en dit voor haar een drempel vormde. Die kritiek wijst er op dat sollicitatietraining bij deze doelgroep best zoveel mogelijk op maat gebeurt.

Over het (samen) zoeken naar een geschikte werkvloer hebben we meer data. Opvallend is dat de begeleiding en de werkwijze hiervan verschillende vormen kan aannemen. In enkele gevallen stuurde de deelnemer zijn of haar CV op naar verschillende bedrijven, maar meestal is de werkfactor de persoon die deze fase (bij aanvang) aanstuurt en een of meerdere concrete werkvloeren voorstelt. Daarbij houdt de werkfactor rekening met de wensen van de deelnemer, het trajectplan, en de problematiek en competenties van de deelnemer. Een geschikte stageplaats vinden, gebeurt zodoende meestal in samenspraak met de deelnemer.

Mijn jobcoach liet de keuze van de stageplaats over aan mij. Ze stelde mogelijkheden voor en ik kon dan aangeven waar ik me het best bij voelde of wat me het meeste aansprak.’ (deelnemer)

Uit de gesprekken bleek wat ik precies wilde, namelijk een job richting administratief bediende of receptioniste. Daarna heeft mijn jobcoach me geïntroduceerd op twee scholen uit dezelfde scholengemeenschap. Ik doe nu in beide scholen stage als secretariaatsmedewerker. Toen hij de stageplek aanreikte, was ik meteen enthousiast. Ik wou gewoon aan de slag. En terug naar school gaf ook een nostalgisch gevoel.’ (deelnemer)

Tot slot zien we ook regelmatig dat de deelnemer zelf op basis van het eigen netwerk een stageplaats aanreikt en daar begint. In bijna alle gevallen ervaren de deelnemers en ook de begeleiders dit als versterkend voor hun traject en zichzelf (versterken zelfvertrouwen).

‘Van ons uit werd er gezocht naar een stage. Maar de klant zocht ook zelf mee naar mogelijke stageplaatsen. De klant heeft hierbij zijn netwerk zelf heel goed gebruikt. Voor mij was dit ook één van de succesfactoren van dit traject. Het toonde de motivatie van de klant en zijn competentie om hiervoor zijn netwerk te gebruiken.’ (werkactor, casus)

‘Mijn jobbegeleider voerde eerst gesprekken met mij om een geschikte stage te zoeken. Hij heeft me dan op een keer meegenomen naar een Call Center, maar dat bleek niet geschikt. Een vriendin opperde toen: “Waarom niet proberen in de organisatie waar je al als vrijwilliger hebt gewerkt?” Ik heb toen zelf contact genomen met de coördinator van die organisatie en alles geregeld. De stage was zo snel in orde. Mijn jobbegeleider was hier positief over, omdat ik dit zelf had gevonden.’ (deelnemer)

Zelfs al is het jobdoelwit duidelijk, dan nog is het niet altijd gemakkelijk om een stageplek te vinden. Verschillende deelnemers geven aan zonder resultaat verschillende (voornamelijk reguliere) werkvloeren te hebben bezocht of hun CV te hebben opgestuurd. Ofwel wilde de werkgever hen geen stagekansen geven, ofwel haakte de deelnemer af op voorstellen van de werkactor. Er was dan vanuit de deelnemers angst dat ze er zich niet zouden thuisvoelen, dat de werkinhoud niet gepast zou zijn, of er was een probleem met de afstand tot de stageplek (nl. te ver van de woonplaats).

‘Op basis van het trajectplan hebben we een poging gedaan om me een stage te laten doen bij mijn dochter in het schoonheidssalon. Daar ben ik ook bijna gestart, tot ik merkte dat mijn dochter meer belast zou worden als ze een stagiair aanneemt. Dat zou voor mijn dochter een te groot risico zijn geweest. Toen heeft mijn jobcoach een andere stageplaats gevonden waar ik kon beginnen. Maar ook dat heb ik niet gedaan. Ik ken de persoon die de zaak runt, en wist dat een stage daar niet goed zou komen.’ (deelnemer)

‘Mijn eerste plan voor een stage is misgelopen. Alles was nochtans in kunnen en kruiken. We hadden met de werkgever afgesproken dat ik iets kon doen in de logistiek. Materiaal ordenen, kassawerk. Ik zag dat wel zitten, omdat het voldoende sociale contacten met zich mee zou brengen. Maar tijdens het tweede gesprek bleek de werkinhoud plots veranderd. Ze zeiden: ‘Er is van hogerhand besloten dat iedereen moet beginnen aan de afwasmachine. Dit wil zeggen: de spullen die gebracht worden sorteren en afwassen.’ Ik heb me toen verzet en tegen mijn begeleider gezegd: ‘Dat is niet de afspraak. Ik doe dat niet. Bel maar voor mij dat ik hierop “nee” zeg.’ Het resultaat was dat ik toen snel zelf een stageplek moest vinden.’ (deelnemer)

Om hindernissen te overbruggen die te maken hebben met het vinden van een geschikte werkvloer, zullen werkactoren uiteindelijk vaak een stageplek introduceren waarmee ze zelf vertrouwd zijn of die ze via persoonlijke contacten kennen. Uit de gesprekken blijkt meer dan eens dat de werkvloer dan de eigen of bevriende organisatie of een al gekend bedrijf wordt. Het doorheen ervaring opgebouwde netwerk van de werkactoren is in die zin een belangrijke randvoorwaarde om voor de deelnemer effectief een stageplaats te vinden.

Een andere belangrijke randvoorwaarde voor het vinden van een geschikte werkvloer is de openheid van de werkgevers om hun werkvloer open te stellen voor stagiairs met dit profiel. In de online bevraging onder werkgevers vroegen we de werkgevers waarom ze ingaan op de vraag om een deelnemer in hun bedrijf of organisatie te laten meedraaien. Uit hun antwoorden blijkt dat er drie perspectieven kunnen meespelen in hun beslissing: de empowerment-visie, het maatschappelijke perspectief en/of de kosten-baten-afweging. De meeste werkgevers willen in de eerste plaats **kansen geven** aan deelnemers om hun mogelijkheden te ontdekken en te verbeteren. Op die manier zouden de deelnemers zich volgens hen terug kunnen integreren –zowel op de arbeidsmarkt als meer globaal

in de samenleving- in het normale circuit of binnen het maatwerk. Daarnaast vinden bepaalde werkgevers het hun **maatschappelijke plicht** om de deelnemers op te nemen in hun organisatie of bedrijf. Zij vinden dat iedereen recht heeft op werk en sociale contacten, en dat hun organisatie moet openstaan voor iedereen.

‘Als school moeten we een “open” school zijn. Een weerspiegeling van de maatschappij. Een plaats waar kinderen, maar ook personeel alle kansen kunnen krijgen om te groeien.’ (werkgever)

Persoonlijke ervaringen met personen met een beperking (vb. in de privésfeer) kunnen hierin een motiverende rol spelen. Tot slot zien enkele werkgevers het aanwerven van deelnemers uit een activeringstraject als een **win-winsituatie**. De werknemers bieden een toegevoegde meerwaarde en vormen een leerproces voor de werkgever zelf.

5.1.2 De geschikte werkvloer is divers

Een opvallende vaststelling uit de data is dat er een enorme variatie is aan de wijze waarop een stage wordt ingevuld. Die verschillen betreffen het aantal uren op de werkvloer, het aantal stages tijdens het traject, de doelstellingen en concrete invulling van de activeringsstage (die kan bedoeld zijn om de werkvloer te ontdekken, oriënterend zijn, of in functie van betaald werk ingericht worden)), de begeleiding op de werkvloer en door de werkactor (zie 3.1.3), de rol van de zorgactor tijdens de stage, etc. De belangrijkste verklaring voor die diversiteit is wellicht dat de (werk)actoren zoveel mogelijk op zoek gaan naar een werkvloer die op maat is van de deelnemer. Dit wil zeggen dat de (werk)actoren rekening houden met de draagkracht, de aanwezige jobattitudes en competenties, maar ook een werkvloer willen aanbieden die voldoende prikkelend is zodat bepaalde jobattitudes, jobcompetenties of zelfinzicht kunnen versterkt worden.

Tegelijk is er doorheen de diversiteit één patroon te zien. De (voorstellen tot) werkvloeren die de deelnemer aangereikt krijgt, dragen meer dan eens onderliggend de idee van een groeipad in zich. Zo vertellen meerdere begeleiders en deelnemers dat ze bij aanvang een activeringsstage aanbieden in de vorm van een (korte) kijk- of oriënteringsstage om terug te wennen aan een werkvloer of het werkritme (structuur), om daarna door te groeien naar een activeringsstage die gericht is op het vinden van betaald werk.

‘Ik heb een cliënt die gepest is geweest op het werk, met een suïcidepoging tot gevolg. Thema werk was dan ook enorm beladen. Hij had angst om opnieuw te werken. We hebben toen gekozen voor een laagdrempelige opstart via vrijwilligerswerk en om samen met zorg- en werkgesprekken, geleidelijk aan op te bouwen. Nadien zijn we dan pas doorgegroeid naar een stage.’ (werkactor, casus)

In sommige gevallen doen deelnemers ook meerdere stages om te onderzoeken welk beroep of welke soort werkplek het best bij hen past of om de blik te verruimen. Zo kunnen deelnemers proefondervindelijk vergelijken:

‘Ik liet een cliënt onlangs stages doen in zowel NEC als SEC. Zo kon ze het verschil voelen tussen beide circuits, en kon ook haar kijk op SEC opentrekken. Ze had daar immers een negatieve ervaring opgedaan. Wat het NEC betreft, heb ik vooraf ook goed het doel van de stage aangegeven: kennismaking van verkoopfunctie in het NEC en haar de tijd en ruimte geven om dit allemaal aan te leren. Dat lukte haar, en ze kreeg nadien daar ook een contract aangeboden.’ (werkactor, casus)

Ook toewerken naar evolutie binnen een stage is tot slot een terugkerende praktijk. Stage-uren worden uitgebreid, de deelnemer krijgt bijkomende taken en verantwoordelijkheden, of er wordt gewerkt aan meer zelfinzicht.

Kortom: dé geschikte werkvloer bestaat niet. Op maat werken betekent dat er diverse, zowat ‘oneindige’ invullingen bestaan van een activeringsstage, waarin per deelnemer gezocht wordt naar een of meerdere stages die de deelnemer doet groeien. Dat kan zijn via een vorm van werkplekieren in een voor de deelnemer nieuw beroep (focus op aanscherpen arbeidsmarktcompetenties) of eerder via laagdrempelige stages die vooral inwerken op jobattitudes (werkritme) of op groei in zelfinzicht of -vertrouwen (focus op doorbreken van angst voor de werkplek). De diversiteit doet ook vermoeden dat begeleiders een activeringsstage breed opvatten. De stage wordt niet enkel arbeidsmarktgericht ingezet. Ze wil deelnemers evengoed ‘in beweging krijgen’ en (kleine) stappen vooruit doen zetten. We vermoeden dat die brede visie op activering wellicht samenhangt met de integrale benadering in het decreet, die het mogelijk maakt de stage ook vanuit een zorgbril te bekijken.

5.1.3 Begeleiding tijdens de stage en op de werkvloer

Ook de begeleiding door de werkactor en op de werkvloer is getekend door variatie. Die betreft vooral de intensiteit aan begeleiding. Zowat alle deelnemers vertellen spontaan dat werkactoren geregeld met hen (evaluatie)gesprekken voerden over hun werkervaringen tijdens de stage (met andere actoren, of met begeleiders of werkgever van de werkplek). Die gesprekken ervaren ze als erg positief en, als de stage goed liep, ook als bevestigend en goed voor het zelfvertrouwen. Vooral de nodige intensievere begeleiding door de werkactoren werd geapprecieerd. Genoemd als belangrijk zijn: de geregelde monitoring, regelmatig contact, samen met de werkactor uitzoeken wat er goed en misloopt, gesprekken over relaties met de collega’s, of zicht krijgen op onderliggende factoren die de afstand tot de arbeidsmarkt verklaren (met doorverwijzing naar zorg of nieuwe acties tot gevolg). Deelnemers geven ook aan dat ze tussendoor bij problemen ook steeds bij de werkactor terecht konden.

‘Mijn jobcoach was zeer geëngageerd. Ik heb nooit het gevoel gehad dat ze me hielp omdat ze dat moest doen. Op alles wat ik aanbracht, ging ze ook dieper in. Ze had echt interesse in hoe met mij als persoon ging. Dat maakte me enthousiast om zelf mijn best te doen.’ (deelnemer)

‘Met de zaken waarvan ik vroeger op het werk last had, houden ze nu rekening. Ik krijg ook verantwoordelijkheden op stage. Die had ik vroeger ook, maar die zijn nu begeleid. Dat is een heel andere zaak natuurlijk. Dat zorgt ervoor dat de werkpunten die ik steeds heb beheersbaar worden.’ (deelnemer)

In bepaalde situaties zien we dat de begeleiding van werkactoren nog intensiever is. Dit is ondermeer het geval wanneer de werkactor beslist om geregeld te komen kijken op de werkvloer of uit een organisatie komt met een werkvloer waar deelnemers terecht kunnen. Een deelnemer vertelt hoe de werkactor op dat moment ook stagebegeleider wordt en hoe zij dit beleefde:

‘Het zorgde ervoor dat mijn begeleider goed kon zien hoe het marcheert en hoe ik ben op het werk. Ze kon tijdens de stage meteen zien wat het werk emotioneel met mij doet. Want het gebeurt vaak dat ik tijdens het werk de spanningen voel opkomen. Dan is het goed dat ik iemand heb waarmee ik dit kan bespreken: “Wat gebeurt er hier?”’ (deelnemer)

In enkele gevallen is de werkactor voor de deelnemer ook de centrale vertrouwenspersoon waar hij of zij met vragen en ook zorgnoden aanklopt. Of de werkactor gaat als brugfiguur mee naar reguliere dienstverlening (bv. CAW), waardoor een vertrouwensband ontstaat.

‘Als werkactor kan je heel wat betekenen, omdat je op verschillende levensdomeinen kan werken. Je hoeft niet onmiddellijk de focus op werk te leggen. Je kan de persoon in kwestie zelf helpen of je kan hen aanmelden bij andere diensten met meer expertise over een bepaald thema. Ikzelf ben al meermaals mee geweest tijdens de aanmelding bij de andere diensten. Deze laagdrempeligheid en het feit dat we mee op pad kunnen, zorgt voor een extra vertrouwensband. Het leidt ook tot een concreter resultaat.’ (werkactor, casus)

Negatieve ervaringen met de werkactor hangen samen met de afwezigheid van de werkactor tijdens de stage. Enkele deelnemers vertellen dat ze de werkactor te weinig zagen tijdens de stage of de werkactor moeilijk konden bereiken. Een andere deelnemer had het moeilijk om zelf initiatief te nemen om de werkactor (en andere actoren) te spreken. Zijn er problemen op de werkvloer of met de werkgever, dan mist de klant een aanspreekpunt die voor hem of haar zou kunnen bemiddelen tussen zichzelf en de werkgever.

Van zodra een stage start, is de deelnemer vooral aanwezig op de werkvloer. Een werkactor kan ervoor zorgen dat de deelnemer toegeleid wordt naar de geschikte werkvloer(en), en tijdens de stage een goede begeleiding installeren, maar begeleidt de deelnemer meestal niet op de werkvloer zelf. Veel controle over de kwaliteit van de begeleiding op de werkvloer heeft de werkactor niet. Het decreet stelt op dit vlak immers geen eisen aan werkgevers. Nochtans zien we in de verhalen van de deelnemers en de begeleiders dat een goede match tussen werkgever/werkplek/werksfeer (collega’s) en deelnemer een cruciale succesfactor is en soms leidt tot aanwerving later in het desbetreffende bedrijf of organisatie. De betrokkenheid van een stagebegeleider of andere collega’s, die niet alleen taken voordoen, maar ook open staan voor een gesprek en de deelnemer zelf, en een werkgever (met waardeerende blik) appreciëren de deelnemers het meest.

‘De stage ging goed. Ik hield van de inhoud van het werk en de sfeer. De collega’s zijn anders. Voordien heb ik altijd problemen gehad. Als ik in een fabriek werkte, lachten ze me uit. Ik voelde me minder, niets. Hier aanvaarden ze je wel zoals je bent. Het is ook fijn dat ik er nu als vrijwilliger zal worden aangeworven.’ (deelnemer)

‘Ik werkte als klusjesvrouw in een woonzorgcentrum. Geen grote klussen. Dat liep goed. Ik vond het ook leuk. Ik werkte samen met een werknemer die boven mij stond en me begeleidde. Ik volgde hem de hele voormiddag. We deden alles samen. Ik ben door hem goed opgevangen en heb van hem alle hulp gekregen die ik nodig had.’ (deelnemer)

Is er een goede begeleiding op de werkvloer, dan gebeurt het ook dat vragen rond werkdruk, collega’s en andere werkgerelateerde issues rechtstreeks met de werkgever of stagebegeleiders worden besproken in plaats van (enkel) met de werkactor. Tot slot geven deelnemers ook aan dat ze het belangrijk vinden dat de werkgever oog heeft voor hun problematiek en grenzen. Dit wil zeggen: hen een arbeidsritme aanbiedt zonder al te veel druk, begripvol is bij ziekte en ervoor zorgt ze geen overuren moeten doen.

Negatieve ervaringen zijn opnieuw de omkering van wat geapprecieerd wordt. Afwijkende verhalen gaan over stages zonder noemenswaardige begeleiding op de werkvloer (met het gevoel er nergens terecht te kunnen) of met een werkgever die geen rekening houdt met of onvoldoende inspeelt op het profiel of de competenties van de deelnemer. Die mismatch kan zowel betekenen dat de deelnemer over zijn grens getrokken wordt als dat ze te weinig uitdagende taken krijgt.

‘Ik moest op mijn stageplaats even snel en hard meedraaien als een collega die daar al 15 jaar werkte. Dus is het na drie weken misgelopen: pijnen in de rug, emotioneel zwaar. Ik heb toen aangegeven aan mijn GTB-babbelpersoon (CMwerk) dat dit niet kon. Maar ik had de stageplek zelf gekozen, en ik voelde me schuldig. In die gesprekken met GTB ben ik tot inzicht gekomen dat het niet mijn schuld was, maar dat de communicatie tussen de werkactor en de werkgever bij de start beter had gemoeten.’ (deelnemer)

Ik werk op een school. In de éne school zegt een collega of directeur wat ik moet doen, in een andere school ligt er enkel een briefje klaar met taken. De stage verloopt vlot: Ik doe niets mis, mijn collega zou het anders wel zeggen. Mijn taken zijn kopies en boekjes maken, werken aan leerlingenadministratie en facturen kllasseren. Voor mij mogen de taken wel moeilijker zijn. Ik kan ook meer dan halftijds werken, dus dat mag opgevoerd worden, maar er is gewoon te weinig werk op de scholen. Vaak ben ik ook al snel klaar met de taken die ik op die dag moet doen. Ze onderschatten me dus wel voor een stuk.’(deelnemer)

We vroegen ook aan de werkgevers welke ondersteuning ze aanbieden en hoe ze dit beleven. Let wel: het gaat hier om de werkgevers die de moeite namen om de vragenlijst in te vullen, niet om representatieve antwoorden. Ten eerste blijkt dat de meeste werkgevers inderdaad bijkomende ondersteuning aanbieden (90.5%). Het gaat dan voornamelijk over ondersteuning tijdens de taken (90.5%), het aanleren van nieuwe taken (81.0%), individuele opvolgingsgesprekken (81.0%), aangepaste taken (71.4%) en mentoring (61.9%). In specifieke gevallen worden er ook materiële aanpassingen op de werkvloer (23.8%) of aangepaste gereedschappen of materialen voorzien (14.3%). Dit is echter niet voor alle deelnemers even relevant, vandaar de lagere percentages. Daarnaast zijn de meeste werkgevers ook relatief positief over hun ervaringen met de deelnemers. Ze ervaren de deelnemers als gemotiveerd en dankbaar voor de kans die ze van hen krijgen. Maar ze geven ook aan er zelf uit te leren, omdat het hen als werkgever de kans geeft met een breed gamma aan personen en ideeën in contact te komen. In die context moet ook de (zeer) positieve waardering van de samenwerking met de actoren en casemanagers wellicht gezien worden.

Een relatief grote meerderheid geeft aan dat de stage en hun begeleidingsinspanningen lonen. 66.7% geeft aan dat ze hun doelstellingen met de deelnemers grotendeels kunnen behalen. Bij 30% lukt dit echter maar in beperkte mate. Versterkend daarbij werkt volgens hen vooral een intensieve ondersteuning met opvolging en evaluatie, en met een begeleidingsfocus op “proberen en integreren”. Die focus doet denken aan de groeilogica bij de keuze van een stageplek door de begeleiders (zie 3.1.2) en de verhalen van deelnemers over hun begeleiding op de werkplek. De werkgevers vinden het belangrijk dat de stage op hun werkplek voor de deelnemers een nieuwe start betekent en een kans biedt om een realistische, vaak positieve werkervaring op te doen. Ze kunnen sectoren uitproberen of zich ontplooiën in een sector waar ze niet eerder aan gedacht hadden. Dit maakt dat ze niet enkel als werknemer, maar ook als persoon groeien. Ze maken terug deel uit van een team, en krijgen daarbij het gevoel dat ze er terug bij horen. Ook de werkgevers die de online bevraging invulden, vullen activering dus breed in. Het gaat er in de eerste plaats om deelnemers *‘weer goesting te laten krijgen in het deelnemen aan het werkgebeuren.’* Daarom ook proberen werkgevers op maat te werken, ruimte te bieden om in een ontspannen sfeer en op het eigen tempo te groeien, en te vertrekken vanuit de krachten en kwaliteiten van de deelnemer door ze al doende samen met de deelnemer te ontdekken en versterken. Werkgevers erkennen daarbij dat die begeleiding niet automatisch haar doelen bereikt. Het gaat eerder om een proces met vallen en opstaan, en over ruimte geven om fouten te mogen maken of om *‘trial and error in een veilige omgeving’*.

Hoewel de ervaringen overwegend positief zijn, vermelden de werkgevers ook enkele aandachtspunten. Die aandachtspunten tonen aan dat de begeleidingsfocus op ‘proberen en integreren’ vanuit een rendementslogica in sommige situaties nog moeilijk te verdedigen valt. De aandachtspunten betreffen:

- (a) de aanwezigheid op de werkvloer: soms ervaren werkgevers dat de zorgnoden bij bepaalde deelnemers te hoog zijn om te kunnen werken of dat de motivatie ontbreekt. Zij zijn vaak afwezig of ziek, waardoor het moeilijk is om een werkplanning op te stellen en het rendement van de werknemer vermindert;
- (b) het geleverde werk: niet alle werknemers zien volgens de werkgevers werk. Heel wat deelnemers hebben veel begeleiding en sturing nodig. Eens die stilvalt, gebeurt er volgens de werkgever niet

veel meer. Daarnaast beschouwen bepaalde deelnemers zichzelf ‘maar’ als een stagiair, waardoor ze zich minder verplicht voelen om regels en afspraken ten opzichte van andere medewerkers te volgen;

- (c) de verwachtingen van de werkgever: de begeleiding van de deelnemers vraagt vaak veel geduld en begrip. Het komt er volgens hen dan ook op neer de verwachtingen over het rendement van de deelnemer bij te stellen of niet te hoog te leggen vanaf het begin. Dit voorkomt dat ze later teleurgesteld worden.

Concluderend kunnen we stellen dat de betrokkenen een begeleiding van werkactoren en mentor op de werkvloer als succesvol ervaren indien de begeleiding maatwerk is, rekening houdt met het profiel van de deelnemer (zowel problematieken, grenzen als competenties), voldoende intensief en waardeerend is, (structureel ingebouwde) mogelijkheden geeft voor de deelnemer om in gesprek te gaan en te reflecteren op werkervaringen, en zich focust op de realisatie van groei bij de deelnemer die zijn afstand tot de arbeidsmarkt verkleint. In situaties waar de zorgnoden te groot zijn of de begeleiding te intensief moet zijn, stellen de werkgevers vanuit een rendementslogica vragen bij de mogelijkheid tot integratie van deze deelnemers op de arbeidsmarkt. Een goed evenwicht tussen een begeleidingsfocus die ruimte laat voor ‘proberen’ of ‘trial en error in veilige werkcontext’, en daarin deelnemers volop ondersteunt, en de stagiair tegelijk klaarmaken voor de arbeidsmarkt, waarin voldoende rendement halen centraal staat, is in de praktijk volgens de werkgevers dus niet altijd te realiseren.

5.2 Begeleiding bij het zorgaspect

Het decreet legt hier de nadruk op specifieke herstelgerichte zorg met het oog op de uitvoering van een stage en het kunnen uitvoeren van betaalde beroepsarbeid -met of zonder ondersteuning- na afloop van het activeringstraject (art. 33). Het decreet maakt daarbij telkens duidelijk dat de concrete zorgacties (verkennen van zorgbehoeften, inzicht verlenen, leren omgaan met zorgbehoeften, het verhogen van psychische draagkracht en het versterken van de competenties, zoals assertiviteit en conflictbeheersing) drempels moet wegnemen die de uitvoering van een stage of betaalde arbeid verhinderen. Dit wil zeggen dat zorgacties in een activeringstraject nooit een doel op zich zijn of volledig los mogen staan van het werkaspect, maar steeds ten dienste staan van het overkoepelende doel van een activeringstraject: het verkleinen van de afstand tot de arbeidsmarkt.

5.2.1 Een blik op de zorgacties en de beleving ervan

Uit de focusgroepen en casussen onthouden we ten eerste de nadruk die de casemanagers zorg en de zorgactoren leggen op het verkennen en krijgen van inzicht in de zorgbehoeften. Die begeleiding start, maar eindigt niet bij het opstellen van het trajectplan. Cruciaal voor succes is volgens de begeleiders dat de drempels naar de arbeidsmarkt niet alleen voor de begeleider duidelijk wordt, maar ook voor de deelnemer. Daarna gaat er vaak veel aandacht naar het verhogen van de psychische draagkracht, meestal via een reeks gesprekken met een psycholoog. Afhankelijk van de problematiek en het trajectplan, zijn er gesprekken voor er een stage start (een aantal of alle gesprekken), en/of krijgt de deelnemer de mogelijkheid gesprekken in te plannen tijdens de stage om moeilijke situaties thuis en op het werk te bespreken. Dit gebeurt meestal op initiatief van de deelnemer.

Ik krijg 10 gesprekken met de psycholoog. Voor ik aan de stage begon heb ik al twee gesprekken gehad. De rest hebben we uitgesteld omdat het nuttiger is om die te gebruiken tijdens mijn stage of werk, of als ik ga solliciteren. Door de eerste gesprekken weet ze wel al wie ik ben. Dus nu kunnen we meteen aan de slag als dat nodig is. (deelnemer)

Ik kon altijd bellen met problemen tijdens de stage. Mijn zorgbegeleider zei: "Als er iets is, bel me onmiddellijk." Ik voelde me op die manier goed beschermd. Zelfs als er in de praktijk niets gebeurt, was het toch belangrijk dat de mogelijkheid er is. Het is een soort buffer als er tijdens het traject iets gebeurt dat mentaal veel impact op je heeft. Het is belangrijk om te weten dat je daar dan aanspraak op kan maken.' (deelnemer)

Organisaties als CAW (of OCMW) worden in mindere mate betrokken. Medewerkers van het CAW doen bijvoorbeeld huisbezoeken om tips te geven over de aanpak van mentale, financiële, en huishoudelijke zaken. De idee is hier dat de deelnemer nood heeft aan meer controle en structuur over het eigen leven, waardoor er ruimte ontstaat om goed op de werkvloer te functioneren.

Ik zat vast in mijn leven, en ik zag even geen uitweg niet meer. Ik zat gewoon: ik stond op, ik had geen ritme, ik had niets, ik had helemaal niets in mijn leven. En kijk nu: ik heb een stabiele relatie, ik woon bij een super lieve man, ik voed mijn dochter op. Ik zit helemaal goed daarin. De vrouw van CAW was super vriendelijk. Ik kon bij haar met mijn problemen terecht en mijn hart luchten. Daardoor sta ik sterker in mijn schoenen.' (deelnemer)

Deelnemers appreciëren de zorgbegeleiding vooral omdat de begeleiding hen steun geeft, ze nuttige en concrete tips krijgen om te leren omgaan met een moeilijke thuis- of werksituatie (bv. samen voorbereiden van gesprekken of van reacties op terugkerende probleemsituaties op het werk, beter leren omgaan met negatieve of paranoïde gedachten). Enkele deelnemers geven ook aan dat ze door de begeleiding anders leerden kijken naar hun situatie, waardoor de emotionele rugzak minder zwaar werd. Meerwaarde voor een andere deelnemer is ook dat het mogelijk was een diagnostisch onderzoek te doen:

Ik was sowieso van plan zo een onderzoek te laten doen, maar dat kost veel geld als particulier. Hier werd me dat aangeboden. Ik wou die kans dus zeker niet laten liggen. Dat mijn vermoeden dat ik ASS heb nu ook diagnostisch bevestigd is, maakt ook een wereld van verschil. Het helpt om problemen heel goed te identificeren en te definiëren. Zo weet ik ook beter hoe ik er dan mee moet omgaan. Ik weet nu wat ik in die situaties nodig heb en wanneer ik compromissen kan maken.' (deelnemer)

Opvallend is dat de meeste deelnemers er sterk bewust van zijn dat de zorgacties beperkt zijn in aantal. Zoals al gezegd, gaan ze hier bewust mee om en willen ze de begeleiding kunnen inzetten wanneer ze dit het meest nodig hebben. Sommige deelnemers geven echter aan dat het aantal sessies te weinig is. Het gaat vooral om deelnemers die in psychologisch opzicht een ernstiger profiel hebben (zoals verwerken van trauma's). Andere deelnemers zeggen dan weer dat ze geen gebruik hebben gemaakt van alle sessies, omdat de stage goed verliep. Of omdat ze met hun vragen en problemen onmiddellijk terecht konden bij de werkfactor of werkgever/collega's op de werkvloer. Andere deelnemers geven daarnaast aan dat ze wel nood hadden aan bijkomende zorgbegeleiding, maar dat ze de begeleiding die ze kregen niet altijd als een meerwaarde hebben ervaren. Vaak vallen ze dan terug op andere begeleiders binnen het traject.

Ik kon rekenen op psychologische hulp. Ik ben eerst bij de psycholoog geweest die ik al kende, maar ik merkte dat ik hier niet veel aan had, zeker toen de afspraken niet meer face-to-face konden doorgaan door de Coronacrisis. Gelukkig was er mijn andere zorgbegeleider [casemanager zorg, noot auteur]. Zij had een aparte functie, maar betekende veel voor mij, omdat ik goed voelde bij haar. Ik ben toen enkel met mijn zorgbegeleider verder gegaan, vooral telefonisch. Aan die gesprekken had ik echt nood. Zonder haar had ik er in Coronatijden zeker de brui aan gegeven.' (deelnemer)

Of ze voelen weerstand bij de idee dat er opnieuw een begeleider zal komen waar ze zich kwetsbaar moeten bij opstellen, terwijl ze al een goede band of klik hebben met een andere begeleider. Boven-

genoemde ervaringen doen de vraag rijzen in welke mate in alle trajecten gespecialiseerde zorg noodzakelijk is, en dat bij niet al te complexe en onderliggende noden, het niet volstaat om een begeleider te hebben die als vertrouwenspersoon fungeert. Ook de begeleiders geven aan dat spanningsveld te kennen. Volgens hen is wat de rol van die vertrouwenspersoon in het traject mag en kan zijn, echter niet zo gemakkelijk te bepalen. Zoals in bovenstaand citaat blijkt dat die persoon de taken van partners overneemt. Dit is nooit zonder gevolgen. Die overname betekent immers dat deze persoon meer tijd zal of moet investeren in het traject en/of dat andere partners het gevoel krijgen dat ze opzij worden geschoven. In die zin vinden de begeleiders het eerder wenselijk dat de begeleider met de vertrouwensband aanspreekpunt blijft voor de deelnemer, maar tegelijk andere dienstverleners in hun rol faciliteert. Het is ook mogelijk dat men samen beslist om deze partner in het traject het mandaat te geven van ‘compagnon de route’ en hier rond de samenwerking organiseert. Dit maakt het dan mogelijk om bij problemen in het traject met de deelnemer de draad weer op te nemen of ‘gaten’ die in het traject ontstaan op te vangen (bijvoorbeeld wissel in begeleiding, zorgbegeleiding die deelnemer niet verder helpt).

5.2.2 Wisselwerking tussen werk- en zorgbegeleiding

Het decreet stelt dat de zorgbegeleiding in principe niet los kan staan van het werkperspectief. Dit wil zeggen dat de begeleiding bij de zorgproblematieken van deelnemers er mee voor moeten zorgen dat deelnemers goed kunnen functioneren op een werkvloer. Die idee impliceert dat er in een activeringstraject idealiter in de begeleiding een wisselwerking wordt geïnstalleerd tussen werk en zorg. Volgende uitspraak van een zorgactor typeert hoe die wisselwerking meestal vorm krijgt:

‘Een traject ervaar ik als succesvol als er een wisselwerking is tussen het praktisch stappen zetten naar werk en daarnaast in de begeleiding vanuit zorg kunnen reflecteren over hoe deze stappen worden ervaren. Wat kan de klant nog verwachten op de arbeidsmarkt, welke waarden matchen met de stappen die hij nu zet...? Die wisselwerking zorgt er zo voor dat de klant iedere stap als waardevol kon zien.’

Sommige netwerken (zoals Antwerpen) kiezen ervoor om die wisselwerking zo snel en zo laagdrempelig mogelijk te installeren. Zij proberen een of andere vorm van stage snel op te starten, waarna de zorg- en werkactor flankerend werken tijdens de stage. Ook zorgactoren uit andere netwerken beschrijven gelijkaardige voorbeelden van flankerende zorg. Flankerend wil dan zeggen dat de zorgactor vanuit de eigen expertise het werkaspect tijdens de stage begeleidt. De werkactoren leggen de nadruk op de kwaliteit van het werk zelf, zorgen ervoor dat deelnemers succeservaringen kunnen beleven op de werkplek, of helpen de deelnemer om deadlines op te stellen in functie van het werk. Zorgactoren flankeren dit proces door in te gaan op de werkbeleving, en op de drempels en mogelijkheden die ze tijdens de stage ervaren. Ze zijn ook een geprofessionaliseerd aanspreekpunt voor het verhalen, vragen en bezorgdheden van de deelnemer. De focus van geflankeerde zorg ligt dan, zoals in bovenstaand citaat, op reflectie en op het verwerven van inzicht over het functioneren op het werk, op problemen kleiner maken, of trachten in de werkervaring meer evenwicht te creëren tussen de draaglast en de draagkracht van de deelnemer. Andere professionals beschrijven de wisselwerking als een voortdurende ‘ping-pong’ tussen werk- en zorgactoren.

‘Nadat we een geschikte stageplaats vonden, combineerden we de stage met zorggesprekken rond zelfvertrouwen en aangeven van grenzen. Ik vond het zelf soms moeilijk om in te schatten of ik niet teveel van de cliënt vroeg door haar deze stage te laten doen en door de uren op te bouwen. De zorgpartner schatte dit mee in door gesprekken met de cliënt. Na de stage was haar zelfvertrouwen erg gegroeid, en dat was ook één van de doelstellingen in het trajectplan. Dat de zorgpartners op hun manier ook konden meekijken naar de grenzen van de cliënt was hierin erg behulpzaam.’ (werkactor, casus)

Hier zien we hoe de begeleiding op het zorgaspect input wordt voor werkgactoren. Zorgactoren fungeren dan als een vertaler-tolk voor de deelnemer. Ze werpen nieuwe perspectieven op de deelnemer en herkaderen voor werkgactoren wat gebeurt tijdens stages, waarmee de werkgactoren dan weer verder aan de slag kunnen.

De professionals ervaren flankerende zorg (of flankerend werken tijdens de stage) of een voortdurende ‘ping-pong’ tussen werk- en zorgactor ook als een meerwaarde als er problemen optreden. De expertise en het verfrissende perspectief van de andere actor kan bijvoorbeeld helpen om de deelnemer de draad terug te laten opnemen of het traject te revitaliseren.

Ervaring is dat hoe beter dit flankerend werken of die ‘ping-pong’ verloopt, hoe succesvoller het traject kan worden.

Over het algemeen proberen de begeleiders zoveel mogelijk de zorgacties vanuit een werkperspectief vorm te geven. Dat blijkt ook uit de verhalen van de deelnemers (cf. geven vooral aan dat ze de zorgactor kunnen contacteren indien ze problemen ervaren op de werkvloer). Slechts één deelnemer vindt dat de zorgactor te weinig (rechtstreeks) zicht heeft op zijn functioneren op de werkvloer, om gepaste zorgbegeleiding te bieden.

Indien de zorgnoden te groot of te complex zijn, is flankerend werken volgens sommige professionals echter niet mogelijk of wenselijk. De problematiek speelt dan door op zoveel levensdomeinen dat zorgacties louter uitwerken vanuit een werkperspectief geen optie meer is:

‘Cliënten krijgen maatwerk, weliswaar vanuit het perspectief werk. Maar hun problematiek overstijgt vaak de loutere werk-invalsboek van de opdrachtgever. In de therapeutische praktijk is het dan moeilijk en zelfs niet aangewezen om levensgebieden af te splitsen en afzonderlijk te behandelen. Bijgevolg zitten therapeut en cliënt hier met een spanningsveld (ten opzichte van de filosofie in het decreet, toevoeging auteurs).’ (Casemanager Zorg, casus)

Meestal lossen de professionals dit spanningsveld op door eerst te werken op die zorgnoden en de stage in een latere fase in te plannen. In bepaalde netwerken is die overtuiging sterker bij de professionals. Daar kiezen de professionals bij deelnemers met grote zorgnoden vaker om eerst op het zorgaspect te werken, en pas met de stage te beginnen vanaf dat mogelijk is. In dat geval is het echter moeilijk om nog flankerend te werken, aangezien het maximale aantal aan zorgacties dan mogelijk opgebruikt is. Ook deelnemers geven aan dat de zorgbegeleiding over ‘meer gaat dan alleen werk’. Daarnaast vertellen deelnemers ook over ingrijpende gebeurtenissen tijdens hun traject (terminale vader, overlijden partner of nichtje, eigen ziekte...) die hen helemaal van streek maken. De steun vanuit een zorgbril is in die periode cruciaal. Ze gaat dan niet rechtstreeks over werkbeleving, maar zorgt er wel voor dat de stage (min of meer) doorloopt en het traject kan afgerond worden.

5.3 Administratie: registratie en financiering

Alle acties die tijdens de uitvoeringsfase ondernomen worden, dienen geregistreerd te worden in het dossier van de deelnemer. Zo weten alle betrokken actoren of bepaalde acties uit het trajectplan al ondernomen zijn, en wie deze voor zijn/haar rekening heeft genomen. Daarnaast vormt het input voor het uiteindelijke eindadvies (zie sectie 7 |) en de financiering. In de volgende secties bespreken we welke verplichtingen het decreet oplegt in het kader van registratie en financiering en hoe deze door de betrokken actoren ervaren worden.

5.3.1 Voorschriften uit en toelichting bij het decreet

5.3.1.1 Registratie

Het elektronisch dossier van de deelnemer bestaat uit twee luiken: het open luik en het vertrouwelijke luik. Het open luik is het algemene luik dat de ondernomen acties en hun status bevat. De acties die zichtbaar zijn in het algemeen luik zijn, omwille van privacy-redenen, beperkt tot de opstart van het activeringstraject en de activeringsstage. Voor een bemiddelaar die de persoon in zijn portefeuille heeft is het voldoende te weten dat het activeringstraject loopt en er dus geen andere acties voorgesteld moeten worden. Het vertrouwelijk luik bevat daarentegen de gegevens die op basis van het ICF-instrument werden ingevuld, mailverkeer met/over de deelnemer, etc. Voor aanvang van het activeringstraject is het vertrouwelijke luik enkel zichtbaar voor de VDAB bemiddelaar van de deelnemer. Tijdens het traject krijgen ook andere actoren toegang zodat zij de nodige informatie kunnen registreren. Zo krijgen de casemanagers werk en zorg bij aanvang van het activeringstraject toegang tot beide luiken zodat ze het activeringstraject kunnen coördineren en opvolgen. Zij registreren zowel het trajectplan, de aanpassingen hieraan, de evaluaties, het eindverslag als het eindadvies. De penhouder en de dienstverleners krijgen enkel toegang tot het vertrouwelijke luik om de voortgang van de acties en de begeleiding te registreren. VDAB registreert dan weer de beslissing tot deelname, een eventuele verlenging van het traject en de beslissing voor het vervolgtraject. Het resultaat van het activeringstraject wordt weggeschreven in het open luik zodat de VDAB bemiddelaar een vervolgtraject kan opstarten (Vlaamse Regering, 2017).

De registraties gebeuren steeds met de nodige aandacht voor de privacy-wetgeving (art. 39). Zo worden enkel gegevens gedeeld tussen de casemanager werk, casemanager zorg en de dienstverleners die noodzakelijk zijn in het kader van de werk- en zorgtrajecten en die in het belang zijn van de deelnemer (art. 40). De deelnemer wordt daarnaast ook op de hoogte gebracht van het bestaan van het vertrouwelijke luik. Hij/zij heeft hier geen directe toegang toe, maar dient wel toestemming te geven aan de dienstverleners om zaken in dit vertrouwelijke luik te registreren en kan steeds inzage vragen (toelichting bij decreet, Vlaamse Regering, 2017).

5.3.1.2 Financiering

De acties die geregistreerd zijn worden vergoed. De casemanager zorg en casemanager werk ontvangen ieder per activeringstraject een compensatievergoeding van 800 euro (art. 21). Ze ontvangen hiervan 60% bij de registratie van het trajectplan. De overige 40% wordt overgemaakt wanneer het traject minstens 3 maanden geduurd heeft en de casemanager werk samen met de casemanager zorg het eindverslag en een gemotiveerd eindadvies geregistreerd heeft (art. 22).

De penhouder ontvangt 2800 euro per traject. Hij/zij kan daarvan hoogstens 10% aanwenden voor de eigen taken. Het resterende bedrag kan de penhouder naar behoefte besteden binnen het netwerk van dienstverleners voor de uitvoering van de acties uit het trajectplan. Deze uitgaven moet de penhouder registreren in een boekhouding. De frequentie van rapportering en het sjabloon hiervoor wordt bepaald door de Vlaamse ministers bevoegd voor bijstand aan personen, gezondheidsbeleid en tewerkstellingsbeleid.

Kosten voor zorg die in aanmerking komen voor terugbetaling door het RIZIV, worden niet vergoed door de compensatievergoeding.

70% van het bedrag wordt verkregen bij aanvang van het activeringstraject. De overige 30% wordt overgemaakt wanneer het traject minstens 3 maanden heeft gelopen, de casemanagers oordelen dat de dienstverleners de acties uit het trajectplan hebben uitgevoerd, en de casemanagers voldoende en relevante informatie hebben gekregen van de dienstverleners om tijdig een eindverslag en gemotiveerd eindadvies op te stellen (art. 29). *“Aan het einde van het mandaat worden de middelen die niet werden besteed aan de dienstverlening overgemaakt aan de Vlaamse overheid”* (art. 29, Vlaamse Regering, 2017, p. 15)

VDAB staat in voor de controle van de aanwending van de compensatievergoedingen, zowel door de casemanagers als de penhouders (art. 37 en 38). Onregelmatig ontvangen compensatievergoedingen worden teruggevorderd of in mindering gebracht van al vaststaande maar nog niet uitbetaalde compensatievergoedingen (art. 39).

5.3.2 Financiering in de praktijk

Binnen het activeringstraject wordt er voor de dienstverleners gewerkt met een financiering per actie. Dit betekent dat de dienstverleners iedere actie die ze uitvoeren met/voor de deelnemer moeten registreren. Het draaiboek voor de penhouders stelt immers dat enkel acties die in het trajectplan opgenomen staan en effectief uitgevoerd werden, gefinancierd kunnen worden. De dienstverleners geven aan dat ze hierdoor niet alle uitgevoerde acties kunnen aanrekenen. Wanneer deelnemers bijvoorbeeld niet komen opdagen voor een afspraak, kan dit ‘verloren’ uur niet aangerekend worden. Hetzelfde geldt voor het zoeken naar een geschikte stageplaats en de verplaatsingen naar de stageplaats voor evaluatiegesprekken. Er komt voor de dienstverleners dus veel meer kijken bij de begeleiding van de deelnemer dan kan worden vervat in de registratie voor de financiering. De reële kost van een traject wordt dan ook onderschat.

Het overzicht van de uitgevoerde acties wordt bezorgd aan de penhouder, die deze controleert en instaat voor de uitbetaling van de gepresteerde acties. Terwijl het decreet slechts heel algemeen en summier aangeeft dat de uitbesteding van de compensatievergoeding binnen het netwerk transparant moet weergegeven worden in de boekhouding, legt het draaiboek voor de penhouders (op basis van de vermeldingen in het BVR en het bestek) strengere en concretere verplichtingen met betrekking tot de registratie op. Zo moet per deelnemer aangegeven worden welke acties besteld werden, bij welke actor dit gebeurde en hoeveel de prijs per actie bedroeg. Dit wordt bewezen aan de hand van facturen of bestelbonnen. Dit financieel beheer slurpt dan ook heel wat tijd op van de penhouders. Terwijl zij aangeven dat ze net meer willen bezig zijn met de inhoudelijke opvolging van de trajecten. De registratie en financiering gaat dan ook mogelijk ten koste van de kwaliteit van de begeleiding. Dit creëert een spanningsveld: overleg en registratie maakt het traject efficiënter en creëert meer kansen tot succes, maar het juiste financiële kader hiervoor ontbreekt. Let wel: administratie kan de efficiëntie ook verhogen: het lezen van het ICF-dossier staat de dienstverlener die de fakkel overneemt toe om zich snel in te werken.

De penhouders lijken meer voorstander van de financieringsmethoden die bij andere of voorgaande projecten zoals het TAZ toegepast werden. Daar werkt men met een projectfinanciering. Men ontvangt per project een vast bedrag, waarna er binnen het netwerk zelf afgesproken kan worden hoe deze middelen verdeeld worden, en welke acties hieraan gekoppeld worden. Deze methode zou het daarnaast mogelijk maken om een soort van reserve aan te leggen, waarmee de langere/moeilijkere trajecten ondersteund kunnen worden. Bij deelnemer met een zwaardere problematiek zijn de voorziene middelen nu vaak ontoereikend waardoor het traject afgerond moet worden zonder dat de drempels voldoende weggewerkt konden worden. Het huidige systeem laat dan ook weinig ruimte om risico's te nemen. De situatie zou anders zijn mocht men de extra begeleiding die nodig is voor het zwaardere profiel kunnen vergoeden met overschotten van een vlot gelopen traject. Netwerken worden zo meer gestimuleerd om ook deelnemers met een zwaardere problematiek op te nemen. In enkele netwerken wordt al met tevredenheid met deze financieringswijze gewerkt. Zij zouden deze methode graag behouden omdat het hen inderdaad de mogelijkheid geeft om te schuiven met overschotten en zij zo ook deelnemers met complexere problematieken een kans kunnen geven.

De verschillende betrokken actoren wijzen los van mekaar allemaal op de financiële drempels voor de deelnemers. De kosten met betrekking tot mobiliteit vormen volgens hen een probleem. Vanuit VDAB worden reeds heel wat onkosten vergoed tijdens de activeringsstage, zoals kinderopvang en

busabonnementen. Treinritten worden echter niet vergoed. Daarnaast heeft de onkostenvergoeding enkel betrekking op de verplaatsingen in het kader van de stage. Voor de verplaatsingen die gemaakt worden voor de ‘reguliere’ begeleiding tijdens het activeringstraject ontvangen zij geen vergoeding. De actoren zijn dan ook vragende partij om hier een meer rechtlijnig beleid in te voeren, waarbij alle vervoersmiddelen voor alle verplaatsingen worden vergoed.

5.4 Administratieve belasting

De uitgebreide verantwoording die noodzakelijk is voor de financiering is mede de oorzaak van de zware administratieve belasting van het activeringstraject.

Ik denk dat een deel van wat nu als “administratieve overkill” wordt gepercipieerd, het gevolg is van de wijze waarop netwerken en penhouders proberen een antwoord te bieden op wat nu van hen verwacht wordt met betrekking tot de financiële opvolging.’ (professional)

Zoals al aangegeven hebben zowel de dienstverleners, casemanagers als penhouders het gevoel dat de registratiedruk veel tijd wegneemt die anders aan de begeleiding van de deelnemers besteed kon worden. Dit gevoel wordt versterkt door het feit dat de meeste professionals de meerwaarde van de registratie niet inzien. Er wordt veel geregistreerd, maar men krijgt hierrond weinig terugkoppeling vanuit VDAB of andere partners. De netwerken zijn vragende partij om deze data te kunnen gebruiken als input voor interne kwaliteitszorg. We moeten hier echter een kanttekening bij plaatsen. Men moet immers voorzichtig omgaan met de data. VDAB beschikt over heel wat data, maar deze kan vaak niet op een rechtlijnige manier geïnterpreteerd worden. Vaak spelen er onderliggende factoren zoals verschillen in visie, interpretatie, ... waardoor bijvoorbeeld verschillen in het aantal positieve eindadviezen niet geïnterpreteerd kunnen worden als verschillen in effectiviteit. De rauwe data kunnen dus best door experts verwerkt worden vooraleer ze worden teruggekoppeld naar de netwerken.

Anderzijds onderstrepen een aantal professionals het belang van een goede registratie voor de dienstverlening op lange termijn. Het voedt het dossier van de deelnemer met informatie die op termijn kan bijdragen tot een verhoogde kans op de arbeidsmarkt, of een vlottere begeleiding na het activeringstraject. Er wordt zo vermeden dat de deelnemer op een later moment opnieuw zijn hele verhaal moet vertellen en, in het kader van een ander project/traject, dezelfde procedures en bevragingen moet doorlopen.

Niet alleen de registratie in het kader van de financiering maar ook de netwerkwerking vergt heel wat tijd van de penhouders. Bij de overgang van de TAZ naar de activeringstrajecten werd bijvoorbeeld veel tijd geïnvesteerd in het uitbouwen van het netwerk. Deze belasting nam echter na verloop van tijd af. Nu kan men de vruchten plukken van deze inspanning, doordat er beter en sneller op mekaar afgestemd wordt. De netwerkpartners kennen elkaar en het verloop van het traject beter. De casemanagers hebben de nodige expertise opgebouwd en kunnen zelf doorverwijzen naar de meest geschikte dienstverlener. De penhouder hoeft hier niet meer in tussen te komen. De penhouders worden hierdoor minder betrokken bij de gewone, vlot lopende trajecten. Zij worden vooral ingeroepen wanneer er zich problemen voordoen. Daarnaast staan ze vooral in voor de omkadering van het netwerk: ondersteuning van het netwerk, organiseren van workshops voor partners, organiseren stuurgroepen, ...

Vanuit werkgeverskant horen we geen ontevredenheid met de administratieve belasting. Mogelijk omdat de meeste registratie en afhandeling door de werkactor opgenomen wordt.

6 | Samenwerking binnen het netwerk en binnen het traject

Cruciaal in het decreet is dat het traject procesmatig gedragen wordt door verschillende professionals die behoren tot een regionaal netwerk (art. 18 en volgende). Het decreet bevat daarmee een samenwerkingsmodel dat netwerk en partnerschap centraal stelt.

Regionaal vormen alle professionele organisaties die betrokken kunnen worden in een traject een netwerk, waarin ze als partners samenwerken. De concrete samenstelling van en de samenwerking binnen het netwerk staat onder coördinatie van de penhouder. In de eerste paragraaf bespreken we de wijze waarop de regionale netwerken de samenwerking van de partners organiseren en structuren. We bekijken daartoe de beleidskeuzes die ze maakten met betrekking tot de samenstelling van het netwerk. Daarna verleggen we de focus naar de samenwerking binnen de trajecten. Over het algemeen beschouwen de professionals de kwaliteit van de onderlinge samenwerking binnen een traject als één van de belangrijkste succesfactoren van een geslaagd traject. Daarom zullen we in deze paragraaf uitgebreid aandacht besteden aan de keuze van de partners in die samenwerking, de kenmerken van een goede samenwerking en de effecten hiervan op het traject en de deelnemer. Niet alle trajecten kunnen echter terugvallen op een goede samenwerking tussen de partners in het netwerk. We bespreken daarom kort wat professionals aangeven als hindernissen voor een goede samenwerking. Op het einde van dit hoofdstuk laten we de deelnemers aan het woord over hun ervaringen met de samenwerking tussen de professionals, en geven we weer hoe belangrijk de kwaliteit van die samenwerking was in hun traject.

6.1 Samenstelling netwerk: werkwijze en spanningsvelden

De beleidsmakers achten een goede samenwerking tussen de werkactoren en de welzijns- en zorgorganisaties essentieel voor een goede uitvoering van de activeringstrajecten. Er wordt dan ook geëist dat ze zich samen kandidaat stellen als netwerk van dienstverleners. De kandidatuur wordt ingediend door de penhouder die optreedt als vertegenwoordiger van het netwerk. Het samengestelde netwerk moet groot genoeg zijn om een verscheiden aanbod²⁴ te bieden en een werkingsgebied van één of meerdere zorgregio's/regionale steden te dekken. Het is taak van de penhouder om aan te tonen dat dit het geval is, en dat het netwerk in staat is om binnen de vier weken nadat de penhouder het trajectplan heeft ontvangen, te starten met de uitvoering van dit plan (Vlaamse regering, 2017). De penhouder zorgt er daarbij voor dat een geschikt partnerschap samengesteld wordt, dit wil zeggen een groep van professionals met de juiste expertise om op maat van de noden van de deelnemer te werken.

²⁴ Het decreet van 25 april 2014 bepaalt dat een netwerk van dienstverleners minimaal bestaat uit zes partners en als volgt is samengesteld: een werkactor, een maatwerkbedrijf, één van de volgende welzijns- en zorgvoorzieningen: psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis, centrum voor geestelijke gezondheidszorg, initiatief voor beschut wonen, revalidatiecentrum; een welzijns- en gezondheidsvoorziening, erkend door het VAPH of het agentschap Jongerenwelzijn; een centrum voor algemeen welzijnswerk en een OCMW, een publiekrechtelijke samenwerking tussen OCMW's of een contractueel samenwerkingsverband tussen OCMW's.

Wat de samenstelling van het netwerk betreft, hebben de meeste regionale netwerken besloten om bij voorkeur de partners te betrekken waarmee ze in het kader van de TAZ al samenwerkten en behielden ze ook de subregio's die al bestonden tijdens de TAZ. Die continuïteit met TAZ wordt door de professionals uit de netwerken die hiervoor kozen als een voordeel ervaren. Het zorgt voor tijdswinst, omdat men gemakkelijker de gepaste dienstverleners kan vinden, partners kan overtuigen en op elkaar afstemmen. Bij de opstart van de eerste activeringstrajecten kon door die continuïteit met de partners uit TAZ het netwerk bijna meteen in werking treden. Dit is anders in nieuwe netwerken, waar partners elkaar, hun visie en aanpak inzake activeringstrajecten en de onderlinge samenwerking, nog moeten leren kennen. Zij erkennen ook dat dit in de beginfase veel tijd heeft gekost.

Meer dan in de TAZ het geval was, hebben de beleidsmakers met dit decreet de nadruk gelegd op de noodzaak om op maat van de noden en de competenties van de deelnemer professionele begeleiding op zorg- en werkvlak aan te bieden. Vandaar ook dat het decreet de penhouder verplicht om een netwerk samen te stellen dat voldoende breed is. Dit wil zeggen dat het zowel gevarieerd is qua types partners (met daarbij verplicht zowel partners uit OCMW, CAW als gemandateerde zorginstellingen, zoals CGG) als een gebiedsdekkend werkingsgebied heeft. Om aan die eis te voldoen hebben sommige netwerken die vertrokken vanuit hun TAZ-netwerk besloten om hun bestaand netwerk uit te breiden met nieuwe vaste partners, die gericht werden uitgezocht en aangesproken. Daarnaast worden occasionele externe partners aangetrokken om op maat van de noden van een deelnemer te kunnen werken of om in de buurt waar de deelnemer woont begeleiding te kunnen voorzien. De ervaring is wel dat het vinden, integreren en behouden van nieuwe partners niet altijd gemakkelijk is. De nieuwe partners komen immers terecht in een netwerk met een al bestaande structuur en visie. In een andere regio die ook vertrok vanuit het TAZ-netwerk heeft men, om variatie en gebiedsdekking te realiseren, een brede waaier aan organisaties de kans gegeven om in te tekenen als partner binnen het netwerk. Dit netwerk bestaat daardoor uit een breed partnerschap dat ook breed is uitgesmeerd over de regio.

Ongeacht de keuzes die gemaakt werden inzake de samenstelling van het netwerk, zijn de penhouders van mening dat hun netwerk gebiedsdekkend en voldoende gevarieerd is. Uit een analyse van VDAB die de samenstelling van alle netwerken in de praktijk laat zien, valt echter op dat afhankelijk van netwerk tot netwerk de gekozen partners zeer verschillend kunnen zijn. Die variatie in samenstelling tussen de netwerken betreft daarbij zowel het aantal partners als de keuze van de partners (bijvoorbeeld aantal betrokken OCMW's verschilt sterk). Op zich is die variatie in samenstelling decretaal geen probleem. Het decreet verplicht weliswaar om bepaalde organisaties als partner op te nemen, maar verder beschikt het netwerk over autonomie over de samenstelling. Die mogelijkheid tot autonomie in de samenstelling wordt over het algemeen als positief ervaren en zorgt er volgens hen ook voor dat het netwerk efficiënt én op maat van de deelnemers dienstverlening kan aanbieden op vlak van werk en zorg. Tegelijk wijzen de professionals op enkele risico's die de variatie en gebiedsdekking van het netwerk, en zo de dienstverlening op maat, kunnen hypothekeren:

Ten eerste weten de partners in een netwerk vooraf niet hoeveel trajecten ze zullen begeleiden. Dit hangt enerzijds af van de aanmeldingen, en anderzijds van het profiel van de deelnemer (op maat werken vereist immers dat de gepaste dienstverlener ingezet wordt). De penhouders maken voor hun partners wel projecties, maar dit klopt niet altijd (zeker ook omwille van de Corona-crisis). Dit leidt tot onzekerheid bij de partners. Zij weten immers niet vooraf op welke budgetten ze kunnen rekenen, en kunnen zo moeilijk vooraf plannen welk personeel ze hiervoor kunnen voorzien. Enkele penhouders wijzen er op dat in die context sommige dienstverleners dreigen af te haken of dat bij een golf van aanmeldingen de partners al volzet zijn, waardoor de vereiste variatie en gebiedsdekking in gevaar komen. Men kan dan niet meer de meest geschikte partners inschakelen en is verplicht externen aan te trekken (bv. particuliere psychiater)

Ten tweede geven de penhouders aan dat gebiedsdekkend werken moeilijker is in rurale gebieden. In die gebieden is het niet altijd mogelijk aanbod te voorzien in de buurt van de woonplaats van de

deelnemer. Bovendien ervaren deelnemers in deze gebieden vaak drempels inzake mobiliteit, zoals financiële drempels en angst voor gebruik van openbaar vervoer. De netwerken proberen dit probleem, conform het bestek 'activeringstrajecten', op te lossen door outreachend te werken (aan huis, mobiele dienstverlening). Of ze zoeken of hebben partners in het netwerk die dichtbij een station een vestiging hebben, plannen digitale of telefonische afspraken (wat ze tijdens de Coronacrisis ook gedwongen werden om te doen) of bieden de dienstverlening aan op een plek waar de deelnemer sowieso regelmatig komt (zoals VDAB-gebouw/werkwinkel/OCMW, etc.).

Tot slot heeft een netwerk dat in geografisch perspectief een grote regio moet dekken en gekozen heeft om met veel partners te werken die gevestigd zijn over heel die regio, gevolgen voor de samenwerking tussen de partners. De partners, die in een traject samen gaan werken, geven aan elkaar vaak niet te kennen (komen telkens weer in nieuwe samenwerkingsverbanden terecht) en moeten vaak veel kilometers afleggen om begeleiding en overleg te garanderen. Dit is vooral het geval wanneer het gaat om trajecten met deelnemers die in kleine steden of plattelandsgemeenten wonen. De partners ervaren deze manier van werken als tijdrovend en als minder efficiënt (want moeilijker om overleg in te plannen). De focus op gebiedsdekkend werken en variatie in partners in functie van maatwerk kan in die zin contraproductief werken voor de samenwerking binnen een traject. De keerzijde is dat in andere netwerken waarin partners vaak met dezelfde partners samenwerken binnen trajecten, het gevaar ontstaat dat men niet in alle gevallen op maat van de noden en competenties van een deelnemer kan werken. De mate waarin dit gevaar ook reëel wordt ervaren, is wisselend. Enerzijds stellen professionals dat dit geen gevaar voor maatwerk vormt. Zij stellen dat werken in een vertrouwd partnerschap net meer tijd genereert om samen een begeleiding op maat uit te werken en te kiezen voor een gespecialiseerde hulpverlener indien dit echt nodig is. Anderzijds stellen sommige CMzorg dat er te weinig zorgactoren zijn of te weinig diversiteit is in zorgactoren om dat maatwerk te kunnen genereren. Kortom, uit de interviews en focusgroepen blijkt dat er in de praktijk een spanningsveld bestaat tussen enerzijds de keuze van netwerken om vooral samen te werken met bestaande en vertrouwde partners waarmee men al positieve ervaringen heeft (wat leidt tot samenwerking in een beperkter netwerk) en anderzijds de vraag naar en de noodzaak aan een breder netwerk dat op maat werken in alle gevallen mogelijk maakt.

6.2 Samenwerking binnen een activeringstraject

6.2.1 Afspraken op niveau van het netwerk

De penhouders (of het netwerk) hebben soms voorafgaande afspraken over de wijze waarop een samenwerking binnen een traject vorm krijgt. Het gaat dan, zoals ook decretaal bepaald, in de eerste plaats om de keuze van de organisatie(s) of professionals die de zorg- of werkacties zullen uitvoeren. De afspraken maken het mogelijk voor de penhouder om niet bij elk traject die keuze zelf te moeten maken. In de praktijk blijkt immers dat de Casemanagers werk en Casemanagers zorg vaak zelf de zorg- en werkactoren aanspreken. De penhouder komt enkel in actie als er problemen zijn om de geschikte zorg- en werkactor te vinden.

Wat de samenstelling van het partnerschap binnen een traject betreft, moeten twee keuzes gemaakt worden. Ten eerste is er de keuze van de organisaties en professionals die een bepaald traject als actor zullen uitvoeren. Sommige netwerken kiezen er bij voorkeur voor om vaste teams rond een deelnemer in actie te brengen en geven aan dat dit een beleidskeuze is van het netwerk. In andere netwerken is die beleidskeuze niet aanwezig, maar beslissen professionals onderling om vaak met dezelfde partners samen te werken, of om met professionals van dezelfde organisatie verschillende rollen in het traject op te nemen (bijvoorbeeld dezelfde organisatie heeft de zorg- en werkactor). De achterliggende idee is dat men met professionals die men goed kent of die fysiek nabij zijn, een betere

communicatie en onderlinge afstemming kan bewerkstellingen en dat er kortere beslissingslijnen ontstaan. Het wordt bijvoorbeeld mogelijk om tijdens één overleg meerdere deelnemers te bespreken, waardoor er tijdswinst ontstaat. Of het leidt ertoe dat partners meer als team gaan werken. Let wel: dergelijk vast teamwerk is niet in alle regio's mogelijk. Dit komt enerzijds door andere beleidskeuzes die bij de samenstelling van het netwerk werden gemaakt, maar ook door het profiel van de regio. Als het een groot geografisch gebied betreft met veel aanmeldingen is het volgens de professionals praktisch niet realiseerbaar om vaste teams samen te stellen.

Een tweede te nemen beslissing betreft de keuze van de rol(len) die de organisaties of professionals zullen opnemen. Opvallend is hier hoe in de meeste regio's regelmatig partners op het niveau van de organisatie en/of het niveau van de professional meerdere rollen tegelijk opnemen. In één netwerk is dit opnieuw een beleidskeuze, en gebeurt de combinatie van CMzorg en zorgactor principieel in alle gevallen, behalve als blijkt dat een gespecialiseerde organisatie noodzakelijk is. Ook in de andere regio's is de meest voorkomende combinatie die van CM zorg en zorgactor. Het combineren van die rollen in één professional heeft volgens de professionals meerdere voordelen: het aantal partijen en actoren rond de deelnemer wordt beperkt; het is gemakkelijker om een vertrouwensband met de deelnemer op te bouwen; er is één aanspreekpunt zorg voor de dienstverleners werk; het is gemakkelijker in overleg om op één lijn te staan, en het is tot slot ook financieel voordeliger. Niet alle professionals zijn er echter van overtuigd dat deze praktijk de norm moet worden. De combinatie van rollen maakt het ten eerste moeilijker om te weten, zowel voor de professional zelf als de deelnemer, wanneer men precies welke rol inneemt (wanneer als manager van het traject, wanneer als begeleider zorg?). Daarnaast zijn sommige penhouders en andere professionals ervan overtuigd dat het goed is om de rol van CMzorg en zorgactor te onderscheiden en hiervoor ook andere professionals aan te trekken. Zij vinden dat dit onderscheid tot een meer objectieve blik leidt, bijvoorbeeld bij het formuleren van het eindadvies. Ook anderen willen vanuit een gelijkaardige redenering de veelheid aan rollen en partners zoveel mogelijk behouden omdat dit volgens hen het traject verrijkt. Zij zien vooral de meerwaarde van andere ideeën, inzichten, en diversiteit in het overleg.

Kortom: beleidskeuzes binnen het netwerk of eigen keuzes van professionals zijn richtinggevend voor de wijze waarop de samenstelling van de partners binnen een traject tot stand komt. Ook hier zien we dat er geen consensus is bij de professionals (over de netwerken heen) over wat de beste keuze is. Legt men de focus op een efficiënte samenwerking en de opbouw van een duurzame vertrouwensband met de deelnemer, dan gaat de samenstelling bij voorkeur eerder de richting uit van een beperkt en vertrouwd partnerschap van professionals rond een deelnemer. Legt men de focus op het belang aan duidelijk afgebakende rollen (wat meer garantie biedt op een objectieve beoordeling) en op de diversiteit aan perspectieven op een deelnemer of op een traject, dan is men eerder geneigd te kiezen voor een zo divers mogelijke samenstelling aan partners.

6.2.2 Kenmerken van een goede samenwerking tussen professionals en effecten hiervan op de deelnemer en het traject

Uit de casussen, focusgroepen en bevestigingen door VDAB blijkt dat een goede samenwerking volgens de professionals gericht en efficiënt is. Ze wordt getypeerd door:

- a) **Regelmatig overleg:** dit is volgens de professionals bij voorsprong het meest kenmerkend aan een goede samenwerking. Ze ontstaat door gebruik te maken van verschillende communicatiekanalen: dossieroverleg of bij evaluaties, mondeling overleg, schriftelijk overleg (ICF) en via e-mail. Er is met andere woorden zowel formeel als informeel, uitgebreid als kort overleg. Door regelmatig te overleggen ontstaat er een voortdurende stroom aan uitwisseling en is er de mogelijkheid om elke stap met elkaar te bespreken. Voorwaarde om tot regelmatig

overleg te komen is dat iedereen gemakkelijk toegankelijk en bereikbaar is, en het zinvol vindt om de verschillende stappen met elkaar af te toetsen.

- b) Open communicatie: tijdens het overleg is het belangrijk dat er een veilige context is waarin alle professionals als evenwaardige partners zaken bespreekbaar kunnen maken. Het impliceert ook dat iedereen open is over de stappen die gezet moeten worden of gezet zijn.
- c) Gezamenlijke visie: professionals benadrukken hoe belangrijk het is als professionals binnen een traject op dezelfde golflengte zitten (bv. gezamenlijk geloof in kunnen van de deelnemer of in het welslagen van het traject) en vanuit die visie elk hun rol opnemen in het traject. Samenwerkende professionals die op één lijn staan, bieden ook meer garantie dat er een eenduidige boodschap naar de deelnemer wordt gebracht.
- d) Juiste mensen op de juiste plaats: de diversiteit binnen het partnerschap tijdens een traject is een meerwaarde voor de samenwerking. Het bijebrengen van verschillende expertises en brillen op het traject staan garant voor betere resultaten en eindadviezen.

Sommige professionals geven aansluitend aan dat samenwerken met actoren die elkaar kennen via andere projecten, jarenlange samenwerking of omdat ze collega's, zijn de kansen op een goede samenwerking vergroten. Die vertrouwdeheid maakt het gemakkelijker om regelmatig tot overleg te komen, open te communiceren of een gezamenlijke visie te hebben, maar is geen noodzakelijke voorwaarde voor goede samenwerking. Ook professionals in nieuwe samenwerkingsverbanden blijken er immers in te slagen om goed samen te werken.

Zoals gesteld vinden de professionals dat een goede samenwerking tijdens het traject één van de belangrijkste succesfactoren is van een activeringstraject. Ze beschrijven effecten op niveau van het traject, op niveau van de deelnemer, en op niveau van zichzelf. De winsten op *niveau van het traject* liggen vooral op efficiëntievlak. Goede samenwerking zorgt er voor dat er korte communicatielijnen ontstaan. Die doen het traject vlotter verlopen. Professionals kunnen snel inspelen op de noden van de deelnemers of moeilijkheden tijdens het traject en ook beter de zorgnoden verfijnen. Daarnaast leidt goede samenwerking er ook toe dat alle professionals mee zijn en zich betrokken voelen op het traject. Op *niveau van de deelnemer* zien de professionals verschillende soorten effecten. Ten eerste geven ze aan dat goede samenwerking tot een heldere communicatie leidt naar de deelnemer. De deelnemer weet waaraan hij zich kan verwachten en heeft een duidelijk zicht op wie wat doet. Ten tweede merken of voelen de deelnemers volgens de professionals goed wanneer er rond de deelnemer een goed samenwerkingsverband van professionals werkzaam is. Dit is belangrijk voor de deelnemer:

'Het feit dat de cliënt merkte dat we als hulpverleners allen samen werkten om haar vooruit te helpen was wel een stimulans voor haar om ons te vertrouwen.' (CM zorg, casus)

'De cliënt wist dat we heel regelmatig met elkaar in contact kwamen en dit zorgde voor de nodige rust. Hij moest niet nadenken wat hij aan wie moest zeggen, daar we onderling ook heel wat zaken doorgaven. Het zorgde voor een efficiënte werking.' (zorgactor, casus)

Goede samenwerking werkt dus vertrouwen op bij de deelnemer en geeft rust. De deelnemer zal zich sneller begrepen en gesteund voelen door een team of netwerk dat achter of rond hem of haar staat. Hoe beter de communicatie tussen de partners verloopt, hoe minder vaak de deelnemer zich verplicht zal voelen om zijn of haar verhaal opnieuw te vertellen. In sommige gevallen weet de deelnemer ook dat het mogelijk is om na het traject op dit netwerk terug te kunnen vallen. Tot slot kan een goede samenwerking ervoor zorgen dat de deelnemer er in slaagt, ook vanuit werkperspectief, een succesvol traject af te ronden.

Het onderlinge overleg met cliënt, partners en casemanager heeft ervoor gezorgd dat de cliënt een succeservaring heeft gehad. Er is heel veel onderling afgestemd, open gecommuniceerd en uiteindelijk voelde de cliënt zich empowered en is ze kunnen blijven werken desondanks bepaalde moeilijke periodes in haar leven.'

Interessant is tot slot ook dat enkele professionals beschrijven wat een goede samenwerking met hen doet. Ze benadrukken daarbij vooral de steun die ze in de samenwerking ervoeren:

Ik voel me ondersteund, net zoals de cliënt die in dit geval een moeilijk profiel heeft. Het is niet erg als we dan even struikelen. Het feit dat je er niet alleen voor staat als jobcoach of werkactor is waardevol. Er is vertrouwen.'
(werkactor, casus)

6.2.3 Als samenwerking minder vlot verloopt

Een goede samenwerking tussen partners in een activeringstraject is om allerlei redenen niet altijd realiseerbaar. Zo maakt een wissel van begeleiders of werken met partners die men niet goed kent goed samenwerken moeilijker. Ook de werkgevers geven dit aan als een belemmerende factor in de stage. Bij een wissel moet men dan met de vervanger opnieuw beginnen. Vaak gaat het ook om mensen die nooit eerder een activeringstraject begeleidden.

De professionals vermelden ook de risico's van een minder goede samenwerking voor een traject. Ten eerste kan een mank lopende samenwerking ertoe leiden dat men de band met de deelnemer verliest, wat het traject afremt, en kunnen dienstverleners door de deelnemer tegen elkaar uitgespeeld worden. Vaak valt de deelnemer dan terug op eerdere begeleiders, waarmee ze wel al een vertrouwensband opbouwden. Om het traject te revitaliseren, zal de begeleider dan 'het gat' zelf opvullen (wat ingaat tegen een samenwerkingslogica) of vanuit zijn vertrouwensband met de deelnemer het contact tussen de deelnemer en de andere begeleider proberen te herstellen. In samenwerkingen die mank lopen, is er verder een groter risico dat de verschillende rollen en taken niet goed afgebakend zijn. Er wordt immers niet onder elkaar afgetoetst wie bij een volgende stap wat gaat doen. Ook de communicatie hierover naar de deelnemer zal dan minder helder zijn. Gevaar is ook dat er dan overlap of net gaten ontstaan in de begeleiding. Ten derde leidt minder goede samenwerking ertoe dat niet alle actoren mee zijn in het traject of zich betrokken voelen. In de vorige paragraaf stelden we dat in een goede samenwerking de professionals steeds samen overleggen over de volgende stappen. Wanneer dit niet gebeurt, bijvoorbeeld omdat er maar zelden onderling overleg is, krijgt het traject meestal een uitsluitend lineair karakter, waarin iedere professioneel apart vanuit zijn expertise zijn (zelf ingevulde) taak in het traject uitvoert. Die werkwijze impliceert ook dat sommige actoren, vooral werkactoren, soms lang moeten wachten vooraleer ze in actie kunnen treden. Of dat ze moeten terugvallen op het vertrouwelijk dossier, dat vaak te weinig basis of achtergrond vormt om te weten welke stappen ze best zetten met de deelnemer.

Een tweede opmerking betreft een hiaat in het decreet. Zo is op basis van het decreet niet sluitend af te leiden wie in de samenwerking verantwoordelijk is om begeleiding te voorzien bij structurele drempels en welke stappen dan samen best worden gezet. Het gaat dan om het wegwerken van problemen met de kinderopvang, financiële drempels, huisvestingsproblematieken, mobiliteitsproblemen, ... Is dit de taak van de reguliere VDAB-bemiddelaar, of van een actor binnen het netwerk? Uit de verhalen van de begeleiders en deelnemers blijkt dat de CM werk (want eerste contactpersoon) of de vertrouwenspersoon die taak in de praktijk opneemt, maar dit zit decretaal niet in hun functiebeschrijving. De professionals stellen ook onvoldoende tijd te hebben om hier binnen het bestaand financieel kader aan te werken. Men vindt het echter cruciaal dat dergelijke drempels kunnen worden aangepakt, omdat zonder een oplossing voor deze structurele randvoorwaarden men met deze deelnemers moeilijk tot een focus op werk kan komen.

Tot slot geven de penhouders het belang aan van regionale intervisiemomenten om de kwaliteit van de begeleiding, de communicatie en samenwerking te verbeteren. Dat belang wordt breed onderstreept. Vooral casemanagers zorg voelen hier nood aan. Zij zijn in hun organisatie vaak immers de enige medewerker die dergelijk traject begeleiden, waardoor ze zich vaak alleen voelen. Ze hebben immers geen collega of leidinggevende om te overleggen. Op regionaal niveau voelen de penhouders zich verantwoordelijk om vorm te geven en te organiseren. Er blijft hiervoor echter weinig tijd over. Op Vlaams niveau is er de ondersteuning van SAMvzw, die vooral ingericht is voor casemanagers zorg. Ook dit professionaliseringstraject, waarin uitwisseling onder professionals centraal staat, is echter een tijdelijk project.

6.3 Deelnemers over de samenwerking tussen de professionals

Over het algemeen valt op dat de deelnemers weinig rechtstreeks zicht hebben op de samenwerking tussen de professionals. Ze merken dit eerder indirect op, bijvoorbeeld omdat professionals aangeven dat ze van andere professionals info hadden gehad, omdat alle professionals op dezelfde lijn staan of omdat ze hierdoor gericht opgevolgd worden.

Als professionals overleggen met elkaar, dan delen ze info over de deelnemer (via het dossier of mondeling). Uit de interviews blijkt dat niet alle deelnemers het eens zijn over welke info professionals aan elkaar mogen doorgegeven. De meeste deelnemers zijn wel tevreden dat ze hierover mee konden beslissen. Ze konden bijvoorbeeld vragen om bepaalde vertrouwelijke info niet aan andere professionals door te vertellen. Of de professionals vroegen eerst aan hen of ze akkoord waren dat bepaalde info onder elkaar werd besproken. De gevoeligheid van deelnemers inzake het doorgeven van info speelt ook in negatieve zin. Zo gaf een deelnemer aan dat ze het erg moeilijk vond dat bij een tijdelijke vervanging het vertrouwelijk dossier aan iemand nieuw (die ze nog niet vertrouwde) werd doorgegeven. Ook na het activeringstraject hoopt ze dat dit dossier niet zomaar in handen komt van andere professionals, bijvoorbeeld aan een bemiddelaar van VDAB die haar nadien zou begeleiden. Niet alle deelnemers delen echter dezelfde gevoeligheid. Zo stelt een deelnemer dat er net meer info over haar verhaal in het dossier had mogen staan of aan elkaar mocht worden doorgespeeld. Dat had er volgens haar voor kunnen zorgen dat ze niet steeds opnieuw haar verhaal had moeten doen, dat de professionals beter op haar hadden kunnen inspelen en dat elke actor haar als persoon leerde kennen.

Een aantal deelnemers heeft ook sterk het teamwerk rondom hen ervaren. Het gevoel dat er een groep van mensen achter hen staat en hen steunt, betekent veel voor hen. Daarnaast geven ze ook aan te appreciëren dat ze in dit teamwerk zelf actief betrokken worden en kunnen zijn (ter info: dit aspect werd door professionals zo goed als nooit vernoemd):

'Bij activeringstrajecten is er een team rondom jou die er voor jou is en met jou uitzoekt: zo gaat werken lukken voor jou. Ze hebben me daarbij vooral de kans gegeven om zelf achter de antwoorden te komen. Ze hebben je niet opgelegd naar welke werkplek ik moest gaan, maar zijn op weg gegaan met mij en zo ben ik zelf tot inzicht gekomen. Als begeleiders dat op die manier doen, dan is de kans op succes ook groter.' (deelnemer)

'Het is als in voetbal. Je wilt een goal maken, maar je weet dat dat alleen nooit gaat lukken. Ik ben 3 à 4 jaar werkloos geweest. Als ik de berg weer op wil naar boven, dan heb ik een groep mensen nodig die achter mij staan en waarop ik kan rekenen. Tegelijk is het ook belangrijk om te beseffen dat je zelf ook dingen moet doen. Het is de wisselwerking tussen beiden die mijn activeringstraject heeft doen lukken.' (deelnemer)

7 | Van eindadvies naar nazorg en intrede op de arbeidsmarkt

Doorheen het traject registreren de dienstverleners de genomen acties, de competenties en het functioneren van de deelnemer (zie ook hoofdstuk 5.3. Zo heeft men tegen het einde van de stage een competentieprofiel over de basisvaardigheden samengesteld, met daarbij een beschrijving van de resterende welzijnsdrempels en belemmerende randvoorwaarden. Op basis van deze informatie wordt een eindverslag opgesteld en een eindadvies gemotiveerd. De casemanager werk en de casemanager zorg zijn de centrale actoren hierin, maar moeten zich hierbij baseren op de informatie die de penhouder en de dienstverleners hen aanreiken over de (in de ICF-geregistreerde) acties die gedurende het traject zijn ondernomen door de dienstverleners werk en zorg. Indien van toepassing gaat de casemanager werk ook na of de deelnemer recht heeft op tewerkstellingsondersteunende maatregelen voor de professionele integratie van personen met een arbeidshandicap en zorgt hij voor de indicering betreffende maatwerk bij collectieve inschakeling (art. 20). Ook die informatie wordt doorheen het traject verzameld. De casemanager werk ziet er daarnaast op toe dat het eindadvies in overeenstemming is met de regelgeving en voldoet aan de vastgelegde technische bepalingen.. Uiterlijk vier weken na oplevering van het eindverslag moeten de casemanager zorg en de casemanager werk het eindverslag en het eindadvies registreren (art. 19). Dit eindadvies komt vervolgens bij de VDAB terecht. Afhankelijk van het eindadvies wordt ook een passend vervolgtraject uitgewerkt.

In dit hoofdstuk bespreken we ten eerste op basis van de kwantitatieve data welke eindadviezen de deelnemers overwegend krijgen en wat de professionals belangrijk vinden in het proces om tot een passend eindadvies (en vervolgtraject) te komen. Indien ter beschikking, vullen we deze gegevens ook aan met de verhalen van de deelnemers hierover (7.1). In een tweede sectie ligt de focus op de arbeidssituatie en begeleiding van de deelnemers na afronding van het activeringstraject (7.2). Dit gebeurt zowel op basis van de kwalitatieve data (verhalen van de deelnemers) als kwantitatieve data (koppeling VDAB- en DWSE-data). Het decreet stelt dat activeringstrajecten een voorbereiding zijn op betaald werk. In welke mate is dit het geval? En hoe beleven de deelnemers hun arbeidssituatie na het activeringstraject (m.n. op het ogenblik van ons gesprek met hen)?

7.1 Het eindadvies: welk toekomstperspectief voor de deelnemer na het activeringstraject?

Volgens het decreet (art. 31), moet het eindadvies duidelijkheid bieden over het toekomstperspectief van de deelnemer op het vlak van betaalde beroepsarbeid met of zonder ondersteuning, arbeidsmatige activiteiten of (arbeids)zorg. Het eindadvies moet op een gemotiveerde wijze dit toekomstperspectief weergeven. Zoals het decreet aangeeft, is betaald werk in de sociale economie of het normaal economisch circuit het gewenste eindadvies, maar zijn ook andere types eindadviezen (arbeidsmatige activiteiten of arbeidszorg) mogelijk. Tabel 7.1 geeft een overzicht van de concrete mogelijke eindadviezen. Recent werd de benaming van het eindadvies ‘Niet toeleidbaar’ aangepast naar ‘advies welzijn’. Wij baseren ons echter op de gebruikte benamingen in de geleverde datasets, en de situatie die gold in juli 2020.

Tabel 7.1 Advies op moment van afsluiting van het activeringstraject

Eindadvies	Percentage deelnemers
Arbeidsbemiddeling (AB)	0.61
Arbeidszorg doorstroom* (AD)	1.82
Arbeidszorg* (AZ)	8.21
Beschermd circuit* (BC)	10.03
Lokale diensteneconomie* (LD)	1.52
Normaal circuit (NC)	42.55
Niet toeleidbaar (NT)	35.26

* deze adviezen behoren tot het algemene advies 'maatwerk'.

N= 329.

Bron Eigen verwerking data VDAB

Niet alle deelnemers krijgen echter een eindadvies. Dit is het geval bij voortijdige beëindiging door de VDAB. Vroegtijdige beëindiging kan ingezet worden wanneer (a) deelnemers hun verplichtingen niet nakomen of de acties die met hen zijn overeengekomen niet uitvoeren zoals vastgelegd; (b) de uitvoering van het trajectplan onderbroken wordt door ziekte, moederschapsverlof, ongeval, of overmacht de re-integratie van de deelnemer in het activeringstraject ernstig verhindert; (c) de VDAB of casemanagers van mening zijn dat het beoogde doel niet behaald kan worden; of (d) de deelnemer aan het werk is. Deze stopzetting wordt dan geregistreerd in het elektronisch dossier (art. 35).

7.1.1 Kwantitatief overzicht van de eindadviezen

Het uiteindelijke doel van een activeringstraject is de deelnemer voorbereiden op betaalde beroepsarbeid. In totaal hebben 344 deelnemers (16.5%) uit onze dataset hun traject (al) afgesloten na een eindadvies.²⁵ 2.44% van de deelnemers heeft hun traject vroegtijdig beëindigd.

Het decreet stelt dat een traject maximaal 18 maanden kan duren en dat het traject mits motivering kan verlengd worden. Het traject van de deelnemers, duurde gemiddeld 387 dagen. Niet iedereen blijkt dus de maximale toegestane duur van het traject nodig te hebben gehad om hun traject te beëindigen. Bij 7.38% van hen werd het traject verlengd, met een totale duurtijd variërend van 549 dagen tot 634 dagen (gem. 578 dagen). Uit de interviews met de deelnemers weten we ook dat de COVID-19-crisis hun traject tijdelijk on hold zette. Dit was vooral het geval bij deelnemers die niet meer konden werken op hun stageplek tijdens de lockdown. De begeleiding zelf liep meestal wel door, vaak digitaal of telefonisch.

Tabel 7.1 geeft een overzicht van de eindadviezen die de deelnemers met een afgerond traject kregen. 42.55%, kreeg het eindadvies 'Normaal circuit', 21.58% een advies voor maatwerk (beschut circuit en lokale diensteneconomie). Samengenomen betekent dit dat 64.13% of bijna twee derde van de deelnemers een advies kreeg richting betaalde beroepsarbeid. Niettemin valt ook het vrij hoge percentage van deelnemers met het advies 'niet toeleidbaar'²⁶ op, zijnde 35.26%. Bekijken we deze cijfers over het eindadvies per provincie, dan worden er geen significante verschillen gevonden (zie bijlage 4). Het betreft dus een algemeen beeld.

Het aandeel van de adviezen 'niet toeleidbaar' is mogelijk te verklaren vanuit de toeleiding. In hoofdstuk 5 lieten we zien dat professionals aangeven dat ze vaak deelnemers toegeleid krijgen met te grote zorgnoden of te complexe problematieken. Van bij aanvang schatten de professionals in dat voor

²⁵ 55 trajecten werden vervroegd stopgezet. Zij behoren niet tot de afgesloten trajecten.

²⁶ Recent werd de benaming van dit advies gewijzigd naar "advies welzijn".

deze groep een advies ‘betaald werk’ onmogelijk zal zijn. Ook onze analyses over de mate waarin het profiel van de deelnemers met een eindadvies ‘niet toeleidbaar’ verschilt van de deelnemers met een eindadvies ‘normaal circuit’ wijzen in dezelfde richting. Uit die analyses blijkt immers dat de deelnemers met eindadvies ‘niet toeleidbaar’ ook de deelnemers zijn die, zoals door de professionals aangegeven in de ICF-dossiers, met meer ernstigere problemen kampen dan de deelnemers met het eindadvies ‘Normaal circuit’. Vraag rest wel in welke mate het aanzienlijke aandeel van adviezen ‘niet toeleidbaar’ wijst op een proces van ‘selffulfilling prophecy’ (de inschatting bij aanvang bepaalt dan mee welk eindadvies de deelnemer zal krijgen) of vooral een reëel probleem met betrekking tot de toeleiding uitdrukt. De professionals zijn overtuigd van het laatste (zie hoofdstuk 5). Wellicht spelen beide een rol, en versterken ze elkaar in het proces richting eindadvies.

Als we het profiel van de deelnemer naargelang het eindadvies bekijken, merken we verder op dat de deelnemers met het eindadvies ‘beschermd circuit’ eveneens verschillen van de groep met het eindadvies ‘normaal circuit’. De groep uit het beschermd circuit bevat significant meer kortgeschoolden en personen met een arbeidsbeperking. Andere verschillen konden we niet terugvinden (zie bijlage 4).

7.1.2 Eindadvies is geen eindpunt: het belang van een toekomstperspectief en een vervolgtraject

Interessant is dat professionals er over het algemeen van overtuigd zijn dat een traject dat eindigt met een advies ‘niet toeleidbaar’ even succesvol kan zijn dan een traject dat eindigt met een advies ‘betaald werk’. Professionals zijn er immers van overtuigd dat het eindadvies geen eindpunt is, maar in de eerste plaats een concreet toekomstperspectief aanbiedt. Een activeringstraject is dan succesvol, wanneer het de deelnemer een antwoord heeft gegeven op: ‘Wat wil ik? Wat kan ik? En wie heb ik nodig met betrekking tot werk?’ Vanuit die redenering leggen de professionals ook sterk de nadruk op nazorg en een duidelijk toekomstplan in de vorm van een vervolgtraject, zeker bij deelnemers die niet meteen uitstromen richting de arbeidsmarkt. Die oefening over het traject na het activeringstraject mag volgens sommige professionals niet starten bij het bepalen van het eindadvies. Best wordt de kwestie zo snel mogelijk opgenomen en samen met de partners besproken. Ook de werkgevers benadrukken het belang van een vervolgtraject, maar zijn er eerder van overtuigd dat de deelnemer al best tijdens de stageperiode wordt voorbereid op die toekomst, bijvoorbeeld door op het einde van het traject gerichte sollicitatietrainingen aan te bieden. De drijfveer van professionals en werkgevers is echter dezelfde: Vermeden moet worden dat de deelnemer het gevoel krijgt dat hij/zij na de stage terug naar de start moet en achterblijft met ‘Wat nu?’.

Tijdens de interviews met de deelnemers vroegen we hen hoe zij hun eindadvies evalueren en hun toekomstperspectief zien. Daarin valt op dat niet alle deelnemers die hun traject hebben afgerond zich konden herinneren dat hun eindadvies met hen werd besproken en welk eindadvies ze precies hebben gekregen. Het decreet stelt nochtans dat *“de casemanager Werk en de casemanager Zorg een afsluitend oriënterend gesprek hebben met de deelnemer waarin het eindverslag en het eindadvies worden besproken.”* De geïnterviewde deelnemers vernoemen wel het eindevaluatiegesprek waarin ze samen met de actoren hun toekomst na het activeringstraject concreet bespreken. Daarbij vermelden ze regelmatig dat alle actoren aanwezig waren op dit gesprek. Dit is ook het beleid in sommige netwerken, waar de afspraak is gemaakt om de beslissing over het eindadvies te zien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid, omdat het traject ook al samen is afgelegd en daarbinnen het advies stilaan samen vorm krijgt (uit verslag trefdag SAM).

Vijf geïnterviewde deelnemers zijn in de eindfase van hun traject. Vaak vermoeden ze wat hun eindadvies zal worden, maar blijven ze erg onzeker of ze dat eindadvies ook zullen kunnen realiseren in de toekomst. De hoop is dat ze op hun stageplek kunnen blijven, maar die kans is vaak klein of

onbestaande. Hoe de toekomst er precies uit zal zien blijft daardoor onzeker. Zullen ze wel werk vinden of werk dat uitdagend of leuk is? Sommigen zijn ook onzeker over de begeleiding die ze hierbij zullen krijgen. Voor deelnemers met een eindadvies betaald werk neemt de VDAB de fakkel opnieuw over, maar sommige deelnemers geven aan dat ze de ondersteuning van hun huidige zorg- of werkactor graag zouden behouden. Ze zijn nog niet zeker dat dat zo zal zijn. Nog een andere deelnemer stelt dat ze minimaal vrijwilligerswerk moet doen om financieel rond te kunnen blijven komen. Probleem is dat er socio-economische drempels zijn (m.n. slechte sociale huisvesting) die haar tijdens het traject ernstig ziek hebben gemaakt. Daardoor kan ze, stelt ze, niet werken, ook niet onbetaald:

'Het liefst zou ik mijn sociaal appartement verlaten, omdat de autorijke omgeving leidt tot longproblemen. Maar daarvoor heb ik een brief van de longarts nodig. Vanaf dan kunnen de gezondheidsproblemen misschien opnieuw verbeteren, en kan ik misschien weer vrijwilligerswerk of iets anders doen. Ik vrees vooral dat GTB zegt dat ik niet beter word en terug naar de ziekenkas moet. Dan krijg ik sowieso 300 tot 400 euro minder dan nu. Vooral omdat de ziekenkas mijn probleem niet ziet. Als dokters me geen brief meegeven, zullen ze zeggen: 'jij bent 100% in orde, je krijgt geen invaliditeitsstatuut.' Die brief van de dokters is dus cruciaal, maar ik ben die papierenoerlog moe.' (deelnemer)

De deelnemers die hun traject al hebben afgerond, zijn over het algemeen tevreden over de situatie waarnaar ze zijn toegeleid op basis van hun eindadvies. Een drietal deelnemers geven echter aan ontevreden te zijn over hun eindadvies of hier vragen bij te hebben. De redenen zijn divers. Eén iemand kreeg een advies 'niet toeleidbaar', maar had liever een advies 'normaal circuit' gekregen, omdat dit negatieve financiële gevolgen heeft. Vrijwilligerswerk doen ziet ze ook niet echt zitten:

'Vrijwilliger worden zou me frustreren omdat ik dan niets te zeggen heb als vrijwilliger.' (deelnemer)

Een andere deelnemer kreeg een advies 'maatwerk' en kon ook meteen op een werkplek starten, maar weigerde dit 'omdat er teveel vreemdelingen werken'. Hij werkt nu als vrijwilliger. Een derde deelnemer tot slot wilde net de situatie van de bovengenoemde deelnemer (advies maatwerk en meteen werk hierin), maar kreeg dit niet, omdat de stage door allerlei omstandigheden (o.a. door de COVID-19-crisis) vroegtijdig werd stopgezet. Die situatie doet haar twijfelen aan het gelopen traject en aan de toekomst:

'Wat voor nut heeft mijn traject dan gehad? Ik ging ervan uit dat als ik mijn traject doorlopen had, dat ik misschien wel ergens kon blijven, of dat ik misschien ergens werk zou vinden waar ik verder kon groeien tot een volwaardige werknemer. Want dat was mijn doel wel uiteindelijk. En je wil terug een fatsoenlijk inkomen in plaats van weer met de vraag te zitten: 'hoe moet ik het trekken, hoe moet het verder?'

Bekijken we de cases van deze drie deelnemers van dichterbij, dan valt op dat deze deelnemers ook kritisch zijn over de stage of over de begeleiding. Of ze geven aan dat hun traject niet is gelopen zoals ze verwacht hadden. Ook enkele begeleiders wijzen erop dat te hoge verwachtingen bij de deelnemers (zoals meteen kunnen uitstromen naar betaald werk na het traject) het traject vaak moeilijker maakt en het eindadvies moeilijker om te accepteren. Ook onvoorziene omstandigheden of herval tijdens de stage kunnen de plannen richting een bepaald eindadvies doorkruisen.

Samengevat: de professionals benadrukken sterk het belang van het eindadvies als toekomstperspectief, met daarin inbegrepen zicht op een toekomstplan en vervoltraject. Op die manier hopen ze het traject niet af te sluiten met deelnemers die onzeker zijn over hun toekomst. Niettemin spreken de geïnterviewde deelnemers die voor het einde van hun traject staan net hun onzekere gevoelens over de toekomst uit, zelfs al hebben ze erg goede ervaringen met hun stage. Ze vrezen vooral opnieuw in een situatie terecht te komen waarin ze werkzoekend zijn en moeilijk het gewenste werk vinden.

7.2 Doorstroom naar de arbeidsmarkt na het activeringstraject

7.2.1 Waar vinden we de deelnemers terug na hun activeringstraject?

Vraag blijft natuurlijk in welke mate de onzekerheid van deelnemers die aan het einde van hun traject staan terecht is. Misschien vinden de meeste deelnemers met een advies ‘betaald werk’ wel degelijk een baan. Om daar een uitspraak over te doen, keken we op basis van de kwantitatieve data (koppeling VDAB- en DWSE-data) ook naar het traject op de arbeidsmarkt na het activeringstraject. We gingen hierbij na of de deelnemers na hun traject terug te vinden zijn in de tewerkstellingsgegevens. Dit werd opgenomen in Tabel 7.2. In totaal heeft 31.31% van de deelnemers die hun activeringstraject afronden (al) gewerkt na het traject (kolom 2), waarvan 22.33% in de sociale economie (kolom 3) en 77.67% enkel in het normaal economisch circuit (NC). Wanneer individuen niet teruggevonden werden in de tewerkstellingsgegevens wil dit niet meteen zeggen dat zij geen werk kunnen vinden. Het is ook mogelijk dat zij na hun traject een opleiding startten, officieel als vrijwilliger werkten, als zieke geregistreerd werden, een ander traject volgden... (zie ook sectie 7.2.3). We zien hierbij ook grote verschillen in de percentages naar eindadvies. Twee derde van de personen met het eindadvies Beschermd circuit is ook effectief aan het werk geraakt na het traject. De meesten onder hen (95.45%) in de sociale economie. Een heel ander beeld zien we bij de personen van wie ingeschat werd dat de afstand tot de arbeidsmarkt nog te groot was en dus niet toeleidbaar waren. Slechts 4.31% van hen vond de weg naar de arbeidsmarkt. Dit wil echter niet zeggen dat ze niet als vrijwilliger actief zijn, en dus arbeidsmatige activiteiten uitoefenen.

Tabel 7.2 **Tewerkstelling na het activeringstraject**

Eindadvies	Percentage dat tewerkgesteld** is na het activeringstraject	Percentage van tewerkgestelden dat in de sociale economie werkt
Arbeidszorg doorstroom* (AD)	16.67	100.00
Arbeidszorg* (AZ)	3.70	0.00
Beschermd circuit* (BC)	66.67	95.45
Lokale diensteneconomie* (LD)	20.00	100.00
Normaal circuit (NC)	52.14	0.00
Niet toeleidbaar (NT)	4.31	0.00
Totaal	31.31	22.23

* Valt onder de term ‘maatwerk’.

** Omvat zowel tewerkstelling in het normaal economisch circuit als de sociale economie.

Bron Eigen verwerking data VDAB

De deelnemers die het advies maatwerk kregen (in Tabel 7.2 aangeduid met een asterix) en betaald werk doen, zijn zo goed als allemaal tewerkgesteld in de sociale economie. Enkel personen met dat specifieke advies krijgen toegang tot de vacatures binnen de sociale economie. Dat 2 op 3 van hen na het activeringstraject ooit gewerkt heeft, wil zeggen dat die maatregel oplevert. Het verklaart ook waarom deelnemers met een advies ‘normaal circuit’ nooit uitstromen naar de sociale economie.

Een rode draad in de interviews is dat vele deelnemers met een afgerond activeringstraject (N=14), aangeven dat ze ook nu nog contact kunnen nemen met (sommige van) hun begeleiders uit het activeringstraject. Weten dat ze, indien nodig, op dit professioneel netwerk kunnen terugvallen is belangrijk voor hen. Bekijken we de uitkomsten met betrekking tot werk, dan valt vooral de variatie op. Wat betaald werk betreft, werkt niemand in de sociale economie. Hier wijkt het profiel van de geïnterviewde deelnemers duidelijk af van het algemene beeld. De grootste groep werkt in het normaal

circuit of heeft er gewerkt (N=5). Twee onder hen konden beginnen op hun stageplek. Ook bij de begeleiders komen dergelijke verhalen regelmatig terug. Als werknemer kunnen starten op de stageplek, lijken zij als een ideaalscenario te beschouwen. Het vermijdt gevoelens van onzekerheid over het vinden een baan na het activeringstraject. Daarnaast wijst het naar een geslaagd trajectplan en dito begeleiding, een stage met een tevreden werkgever en een deelnemer die hierdoor in zelfvertrouwen groeit.

Ik heb kunnen blijven na mijn stage. Dat was een combinatie van geluk – de collega die me op de werkvloer begeleidde vertrok – en het feit dat ze tevreden waren over mijn werk.’ (deelnemer)

Een aantal geïnterviewde deelnemers met het advies ‘normaal circuit’ kon niet beginnen op de stageplek (N=4). Vaak wilde de werkgever dit wel en waren de hierboven aangegeven succeskenmerken ook bij hen aanwezig, maar had de werkgever op dat moment geen openstaande en geschikte vacature noch de financiële middelen om hen aan te werven. Zij moesten dus solliciteren (met VDAB-begeleiding). Twee van deze deelnemers zijn nog werkzoekend. Drie deelnemers vonden werk. Een deelnemer was poetshulp in tijdelijke contracten, en stopte uiteindelijk. Ze ging zorgkundige studeren, maar brak ook deze opleiding af wegens zwangerschap. Een andere deelnemer werkt momenteel al enkele maanden in de verkoop, maar benadrukt eveneens dat de baan tijdelijk is. Een laatste deelnemer heeft lange tijd gezocht naar werk. Omdat ze niet terug op de ziektekas wilde, klopte ze aan bij de organisatie die als zorgactor tijdens haar activeringstraject dienst deed. Via die weg hoorde ze van een vacature in de organisatie. Ze solliciteerde en kreeg de baan:

‘Om de job te krijgen, was de stage die ik gedaan had een belangrijke meerwaarde. Het was een boost voor mij om daar aangenomen te worden, want ik was de eerste van 70 kandidaten. Terwijl je op mijn al oudere leeftijd toch niet gemakkelijk werk vindt.’ (deelnemer)

Ook zij geeft echter aan dat het om een tijdelijk contract gaat en ze dus bang, maar met goede hoop, afwacht of de baan verlengd zal worden.

Drie deelnemers doen op het moment van het interview vrijwilligerswerk. Hun tevredenheid over de huidige situatie valt op. De sfeer en de taken op de werkvloer zijn aangenaam, het geeft structuur aan hun leven, het aantal uren is nooit meer dan wat ze aankunnen, ze behouden hun werkloosheidsvergoeding en kunnen rekenen op begeleiding (nazorg, traject arbeidsmatige activiteiten).

Ik vind het zalgig om er te werken. Belangrijk voor mij is vooral dat ik er kan blijven, ook in het AMA-traject, tot mijn pensioering over enkele jaren waardoor ik tot dan zeker mijn werkloosheidsvergoeding krijg. Ik kon als vrijwilliger aan de slag op mijn stageplek. Daar werken heeft me mijn vertrouwen over mezelf doen terugwinnen. In het verleden werkte ik voor geld, maar deed het niet met plezier. Nu doe ik het echt met goesting, omdat ik weet dat ik het kan.’ (deelnemer)

Tot slot vinden we de deelnemers terug die geen betaald- of vrijwilligerswerk verrichten. Dit wil niet zeggen dat ze niet in een ander traject zitten of geen begeleiding meer krijgen. Zo is er een deelnemer die meteen na het traject een opleiding startte. Hij heeft er goede hoop op dat dat zal lukken om daarna werk te vinden omdat het om een knelpuntberoep gaat. Volgens hem is het ook dankzij het activeringstraject dat hij heeft beseft dat dit beroep iets voor hem zou kunnen zijn (zelfs al deed hij een succesvolle stage in een andere sector). Twee andere deelnemers met op het afsluitmoment te grote drempels richting werk, kregen naar eigen zeggen een sabbatjaar. Ze behouden een jaar hun werkloosheidsuitkering en krijgen regelmatige begeleiding. Na dat jaar wordt met de begeleiders beslist hoe ze verder zullen gaan. Een laatste deelnemer zit in een Springplank-traject dat haar ondersteunt om na een jaar als zelfstandige ondernemer aan de slag te gaan. Ook zij beschrijft dit jaar als

een soort tussenjaar, waarin ze zelfstandige kan zijn in bijberoep, maar bijna geen premies hoeft te betalen. De begeleiding gebeurt door GTB. Als blijkt dat dit niet lukt, zal haar toekomst wellicht richting (de voor haar niet gewenste optie) vrijwilligerswerk gaan.

7.2.2 Een duurzame tewerkstelling?

Tabel 7.3 geeft een overzicht van enkele cijfers rond de tewerkstelling van de deelnemers op specifieke tijdstippen na het activeringstraject. Ongeveer een kwart van de deelnemers heeft binnen de periode van 3 maanden na het beëindigen van het activeringstraject minstens één maand gewerkt. Wanneer we dit percentage opsplitsen naar het circuit waarin gewerkt wordt (sociale economie of normaal economisch circuit), blijkt dat 5.49% binnen de sociale economie werkte, en 18.84% binnen het normaal economisch circuit. Het grootste deel van de tewerkstelling gebeurt dus in het normaal economisch circuit. Minder dan de helft (47.62%) van de personen die al langer dan een jaar uit het activeringstraject zijn, heeft in dat jaar gewerkt. Deze lijn zien we ook terugkomen in het gemiddeld aantal gewerkte maanden die relatief laag uitvalt. Wanneer we uitsluitend de deelnemers die minstens 1 maand gewerkt hebben in rekening brengen, liggen de gemiddelden echter veel hoger. Zij die doorstroomden naar betaald werk, zijn het grootste deel van de tijd ook actief gebleven. Dit is een positieve indicator, die wijst op een duurzame tewerkstelling. De cijfers na 12 maanden moeten echter met enige omzichtigheid bekeken worden: er is slechts een beperkte groep deelnemers (42) van wie het activeringstraject al meer dan een jaar geleden afgerond werd. Uit deze cijfers mogen dus nog geen verregaande conclusies getrokken worden, ook omdat de deelnemers in de interviews eerder aangeven in een reeks van tijdelijke contracten te belanden of in een tijdelijk contract van 1 jaar. Vervolgonderzoek zal dus moeten uitwijzen of die eerste positieve indicaties ook voor een grotere groep blijven gelden.

Tabel 7.3 Tewerkstelling op bepaalde tijdstippen na het activeringstraject

Variabele	Na 3 maand	Na 6 maand	Na 12 maand
Sociale economie en/of normaal economisch circuit			
Aantal personen waarover informatie tot op dit punt	329	258	42
Gewerkt* binnen X aantal maanden	24.32%	28.68%	47.62%
Binnen sociale economie	5.49%	6.59%	9.52%
Binnen normaal economisch circuit	18.84%	22.09%	38.10%
Aantal maanden gewerkt (gemiddelde)	0.69	1.44	4.62
Gemiddeld aantal maanden gewerkt, indien gewerkt	2.83	5.01	9.70
Tewerkgesteld in sociale economie			
Aantal maanden gewerkt (gemiddelde), indien gewerkt **	2.17	4.68	11.5
Tewerkgesteld in normaal economisch circuit			
Aantal maanden gewerkt (gemiddelde), indien gewerkt	2.20	4.55	9.25

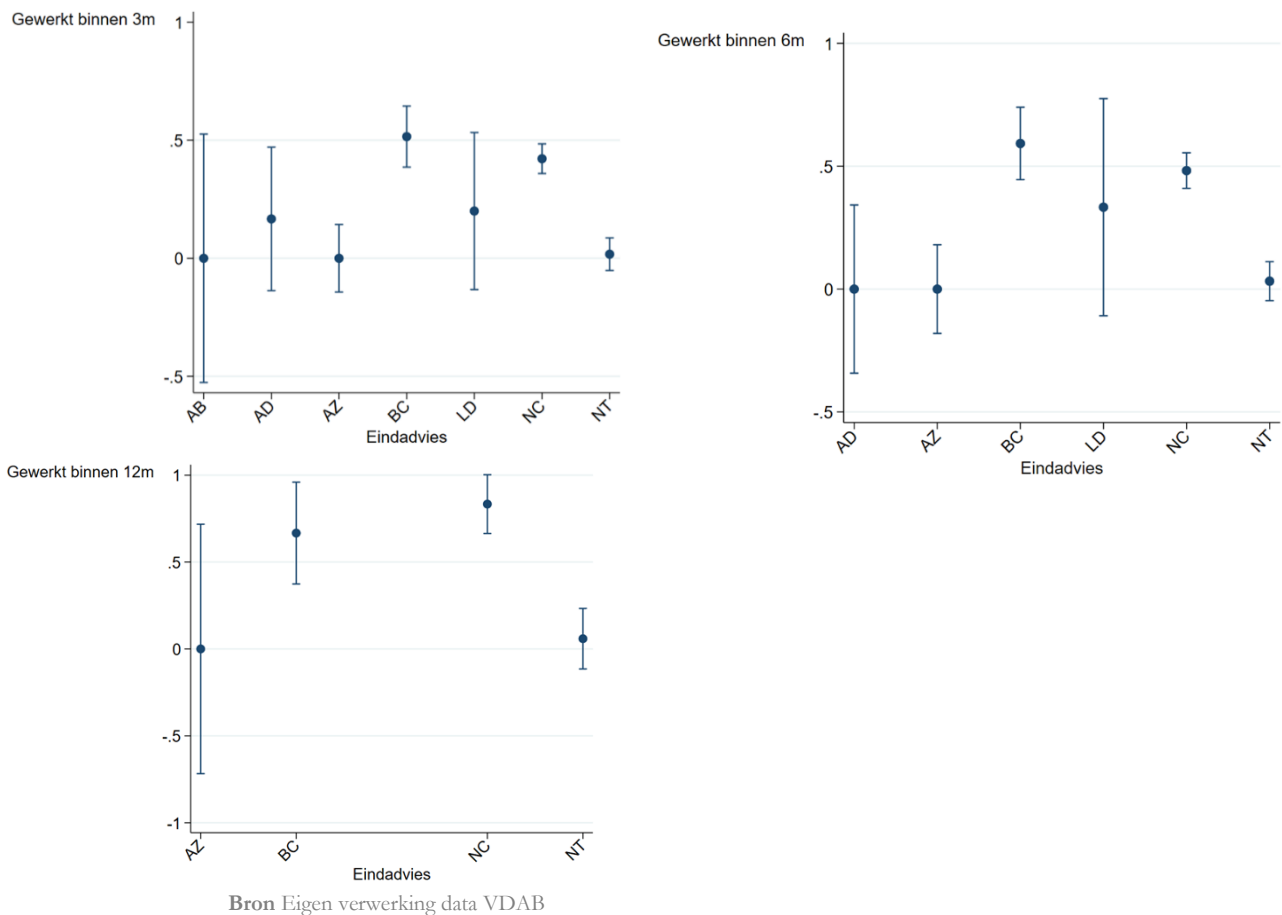
* Zowel tewerkstelling in het normaal economisch circuit als in de sociale economie werden in deze variabelen meegerekend.

** Deze gemiddeldes werden berekend op basis van een klein aantal observaties (respectievelijk 23, 19 en 4).

Bron Eigen verwerking data VDAB

We keken niet alleen naar de algemene uitstroomgegevens, maar gingen ook na of deze verschillen naargelang het eindadvies van de deelnemer. Intuïtief gezien zouden bepaalde profielen van deelnemers meer kans moeten maken om werk te vinden dan anderen. Zo lijkt het logisch dat iemand die het eindadvies ‘Niet toeleidbaar’ krijgt minder snel tewerkgesteld is dan iemand met het eindadvies ‘Normaal circuit’. We gingen dan ook na of de data deze hypothesen bevestigen. Tabel 7.2 toonde al aan dat het percentage deelnemers dat na het activeringstraject tewerkgesteld is geweest veel hoger ligt voor personen met het eindadvies normaal circuit (NC) of Beschermd circuit (BC). Figuur 7.1 toont daarnaast aan dat deelnemers met bepaalde eindadviezen inderdaad meer kans hebben om binnen x aantal maanden gewerkt te hebben. Zo hebben personen met het eindadvies ‘Niet toeleidbaar’ (NT) of ‘Arbeidszorg’ (AZ)²⁷ significant minder kans om binnen de eerste drie maanden gewerkt te hebben dan de deelnemers met een eindadvies ‘Beschermd circuit’ (BC) of ‘Normaal circuit’ (NC). Deze significant hogere kans voor personen met een advies ‘Beschermd circuit’ of ‘Normaal circuit’ blijft bovendien binnen de eerste zes en twaalf maanden bestaan.

Figuur 7.1 Kans dat de deelnemer binnen x aantal maanden na het activeringstraject gewerkt heeft, naar eindadvies



Over het algemeen hebben zij met een ander advies dan ‘Niet toeleidbaar’ dus steeds significant meer kans om binnen X aantal maanden gewerkt te hebben.²⁸ Eenzelfde vergelijkende oefening werd gedaan voor de deelnemers met een verlengd traject. Er werd geen significant verschil gevonden in

²⁷ Arbeidszorg omvat geen tewerkstellingsdoel. Het is dan ook niet verwonderlijk dat 0% van deze groep tewerkgesteld is geweest.

²⁸ P-waarde tweezijdige t-test met gelijke variantie: na 3 maanden: 0.00; na 6 maanden: 0.00; na 12 maanden: 0.00.

de kans om ooit gewerkt te hebben tussen de deelnemer die hun traject binnen de 18 maanden afronden en de deelnemers van wie het traject verlengd werd. Hier kunnen echter tegenstrijdige krachten aan het werk zijn. Zo wijst verlenging mogelijk op het feit dat er tijdens het traject nieuwe problemen zijn opgedoken of dat de deelnemer met een zware problematiek kampt. Deze factoren hebben ook een invloed op de kans om na het traject de stap naar de arbeidsmarkt te kunnen zetten.

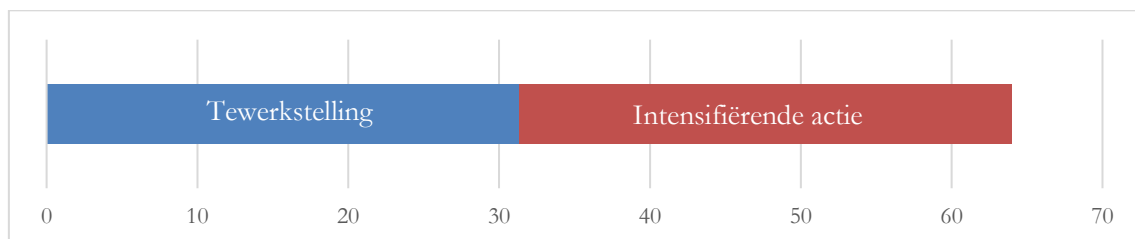
De kans op tewerkstelling kan niet alleen verschillen naargelang het eindadvies van de deelnemer, maar ook naargelang de inhoud van het traject. Bepaalde activiteiten kunnen de tewerkstellingskansen mogelijk meer verbeteren dan andere. Uit onze analyses blijkt dat personen die een oriënterende stage volgden significant meer kans hadden om binnen de 3, 6 en 12 maanden tewerkgesteld geweest te zijn. Eenzelfde beeld zien we bij het werkplekleren. Deelnemers die doorverwezen werden naar partners, hadden echter niet significant meer kans. We moeten er echter op wijzen dat dit resultaat enkel een correlatie is, en niet per se causaliteit. Het kan bijvoorbeeld zijn dat enkel sterkere deelnemers de stap kunnen zetten naar een stage. Het feit dat zij op termijn ook meer kans hebben om werk te vinden, heeft dan mogelijk meer met hun profiel te maken dan met het feit dat ze een stage doorlopen hebben.

7.2.3 Een bredere doelstelling dan enkel tewerkstelling

Tewerkstelling is niet de enige indicatie dat de deelnemers stappen vooruit hebben gezet tijdens/dankzij het activeringstraject. Wanneer individuen na hun activeringstraject nog intensifiërende activiteiten doorlopen, kan dit ook een teken zijn van vooruitgang. Het is immers mogelijk dat deze activiteiten voor het activeringstraject helemaal niet aan de orde waren, en nadien wel haalbaar zijn. We stelden dan ook een variabele op die aangeeft of de deelnemer stappen vooruit heeft gezet, dus of de deelnemer tijdens de periode na het eindadvies ooit tewerk is gesteld dan wel deel heeft genomen aan een intensifiërende begeleidingsactiviteit (opleidingsactie, werkplekreactie of competentieversterkende actie). Figuur 7.2 geeft een overzicht van het percentage deelnemers dat doorstroomde. In totaal stroomde 64.0% uit naar werk of een intensifiërende actie. 43.5% van hen was tewerkgesteld na het activeringstraject, terwijl de overige 56.5% doorstroomde naar een opleidingsactie, werkplekreactie of competentieversterkend actie.

Wanneer we de doelstelling van het activeringstraject dus ruimer bekijken en niet alleen afgaan op de tewerkstellingscijfers, blijkt dat het aantal personen met een geslaagd traject verdubbelt van 31.3% naar 64.0%

Figuur 7.2 Doorstroom na activeringstraject



* Intensifiërende actie: opleidingsactie, werkplekreactie of competentieversterkende actie.

Bron Eigen verwerking data VDAB

8 | Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken, komen we in dit slothoofdstuk tot de belangrijkste conclusies van dit onderzoek. De conclusies situeren zich rond vijf thema's: de toeleiding, de begeleiding, de regionale verschillen, de activeringsstage en de administratieve afhandeling. Per thema presenteren we de belangrijkste conclusies, van waaruit we bijkomende vragen en/of aanbevelingen poneren. We verwerken hierin ook de suggesties en argumenten van de professionals die aanwezig waren op de workshop aanbevelingen.

De conclusies en aanbevelingen zijn gepresenteerd aan de hand van een aantal centrale thema's die ook in het onderzoeksrapport uitgebreid aan bod komen. Het gaat om: het toeleidingsproces naar de activeringstrajecten (hoofdstuk 3 in rapport), de begeleiding binnen de activeringstrajecten (hoofdstuk 4 en 5 in het rapport), de administratieve belasting (hoofdstuk 5 in het rapport), de afbakening en samenwerking tussen de verschillende actoren of rollen (hoofdstuk 6 in het rapport), en de verschillen in aanpak tussen de netwerken (hoofdstuk 6 en 7 in het rapport).

8.1 Toeleiding

8.1.1 Conclusies

Aan de hand van geanonimiseerde data van VDAB kennen we het type profiel van de kandidaat-deelnemers die toegeleid worden naar een activeringstraject en later ook effectief deelnemen. Die deelnemers zijn bij aanvang van hun activeringstraject gemiddelde 39 jaar oud. Naar geslacht toe is er een gelijke verdeling, met 47.5% mannen en 52.5% vrouwen. Zij wonen verspreid over heel België. De provincies Antwerpen, Limburg en Oost-Vlaanderen tellen de meeste deelnemers. Terwijl de overgrote meerderheid van de deelnemers de Belgische nationaliteit heeft (76.8%) zien we meer variatie naar origine. De helft van de deelnemers is laaggeschoold en was voor aanvang van het activeringstraject al meer dan 2 jaar werkloos. Wanneer we kijken naar de MMPPS-factoren, zien we dat 72.8% van de deelnemers een erkende arbeidsbeperking heeft. 66.9% kampt met een arbeidshandicap en 13.2% heeft recht op een Vlaamse ondersteuningspremie. Uit de ICF-dossiers blijkt dat er gemiddeld 7 factoren als ernstig probleem worden ingeschaald. Het gaat dan voornamelijk over maatschappelijke stabiliteit, psychische stabiliteit en werkervaring. De combinatie van een grote meerderheid aan deelnemers met een erkende arbeidsbeperking of arbeidshandicap, in combinatie met de aanwezigheid van sociaal-emotionele problematieken, lijkt er alvast op te wijzen dat de beoogde groep in een activeringstraject terecht komt en baat kan hebben bij het aanbod aan begeleiding.

Vooraleer de deelnemers in het activeringstraject terecht komen, hebben ze al vaak een heel parcours in de reguliere begeleiding afgelegd (cf. vaststelling dat helft van hen al meer dan twee jaar werkloos is). Uit de interviews met de deelnemers komt naar boven dat de deelnemers het aanbod binnen de reguliere dienstverlening— zoals VDAB, mutualiteiten— niet altijd hebben beleefd als een hefboom om de oorzaken van hun afstand tot de arbeidsmarkt te verkleinen. Niettemin merken we in hun verhalen op dat de problematieken die bij deze deelnemers een drempel tot de arbeidsmarkt vormen, vaak reeds aanwezig zijn waren vanaf de start van hun periode van werkloosheid of ziekte. Bovendien

blijkt uit de interviews met de deelnemers dat de begeleiding vanuit de reguliere dienstverlening die drempels soms nog versterkte, en vooral negatief inspeelde op hun zelfvertrouwen. In dat geval kan de reguliere dienstverlening contraproductief werken. De deelnemers blijven in de werkloosheid hangen. Die vaststellingen doen de vraag rijzen in welke mate de toeleiding naar activeringstrajecten voor deze doelgroep niet te laat gebeurt. Nochtans stimuleert de VDAB hun bemiddelaars om tijdig aan een traject als activeringstraject te denken en inclusief te werken, dit wil zeggen het meest passend aanbod aan de klant voor te stellen, bv. via de cluster intensieve dienstverlening. Zelfs met die stimuli, blijken VDAB-bemiddelaars en ook de screeningdienst van de VDAB er in de praktijk vaak van uit te gaan dat best eerst de ‘traditionele’ reguliere dienstverlening wordt uitgeput vooraleer ze hun klanten (willen, kunnen of mogen) doorverwijzen naar een activeringstraject. Hetzelfde lijkt te gelden voor arbeidsgeneesheren of mutualiteiten. In dat geval wordt het activeringstraject een soort ‘laatste kans’ voor deze werkzoekenden om alsnog werk te vinden.

De hierboven beschreven toeleidingsstrategie zorgt er volgens de begeleiders voor dat er regelmatig deelnemers met te ernstige problematieken naar een activeringstraject worden toegeleid. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de toeleiders hun toeleiding nog met een TAZ-bril aanpakken. Binnen TAZ, de voorloper van de activeringstrajecten, was de doelgroep immers breder (begeleiding richting arbeidszorg was inbegrepen) en werd de begeleiding meer vanuit een zorg- dan vanuit een werkperspectief georganiseerd. Dat de toeleiding vanuit die TAZ-bril gebeurt, is op zich niet zo verwonderlijk. De maatregel ‘activeringstrajecten’ is immers pas betrekkelijk recent in voege (juni 2018). Deze verklaring biedt echter geen antwoord op de vraag waarom de toeleiders ervan overtuigd zijn dat het beter is om eerst de reguliere dienstverlening uit te putten. Hier zou eerder het federaal regulerend kader rond activering een rol kunnen spelen. Dit kader stimuleert de reguliere dienstverlening om al hun klanten zo snel mogelijk richting werk toe te leiden. Dat die overtuiging de toeleiding beïnvloedt, blijkt inderdaad het geval. Zo wijst de interne VDAB-bevraging uit dat heel wat bemiddelaars tijdens hun dienstverlening met personen uit de MMPPS-doelgroep in aanraking komen, maar dat zij relatief gezien weinig doorverwijzen naar de maatregel ‘activeringstrajecten’.

Eenmaal doorverwezen, beschouwen deelnemers hun activeringstraject als een belangrijk keerpunt. Vanaf dan, zo stellen ze, kregen ze de ondersteuning die ze nodig hadden. Dit is een intensieve begeleiding waar ook aandacht is voor het zorgaspect, voor een begeleiding die gelijktijdig op zorg en werk inspeelt of met aandacht voor hun ervaring, expertise en de extra opleidingen die ze deden (in plaats van een uitsluitende focus op het diploma). Een groep die volgens de begeleiders van die baten te weinig gebruik kan maken, maar wel over het juiste profiel beschikt, zijn vluchtelingen of anderstalige personen. Om toegelaten te worden tot een activeringstraject, heeft men een visum of erkenningsnummer nodig, waardoor ze niet kunnen deelnemen aan een activeringstraject. Of de kennis van het Nederlands wordt als een drempel beschouwd om het traject te kunnen volgen. Begeleiders geven aan dit jammer te vinden omdat de expertise van hen vaak goed zit of omdat een activeringstraject voor hen ideaal zou zijn om de afstand naar de arbeidsmarkt te verkleinen.

8.1.2 Aanbevelingen

1. Een **inclusief bemiddelings- of dienstverleningsmodel in de reguliere dienstverlening** (VDAB) is de beste garantie dat werkzoekenden met een MMPPS-profiel zo snel mogelijk een passend aanbod krijgen. Dit model houdt in dat de reguliere bemiddelaar zoekt naar passende werkplekken of naar trajecten die de specifieke drempels tot de arbeidsmarkt weten te verkleinen. Vanuit die insteek de reguliere dienstverlening aanpakken, zal er voor zorgen dat toeleiding naar het activeringstraject tijdig verloopt. Dit voorkomt dat de afstand tot de arbeidsmarkt bij de doelgroep verder vergroot en geeft ook meer kansen om deze deelnemers met succes op betaald werk voor te bereiden.

2. **Gerichte en intensere communicatie over de maatregel ‘activeringstrajecten’ voor toeleiders en reguliere dienstverleners** kan zorgen voor een tijdige toeleiding. Een goede communicatiestrategie op verschillende niveaus lijkt ons daarbij de belangrijkste hefboom. Zo kan de VDAB acties uitwerken voor VDAB-bemiddelaars, GTB en andere reguliere dienstverlening (zoals mutualiteiten, arbeidsgeneesheren, OCMW, etc.) om de kennis over de doelgroep en de inhoud van activeringstrajecten te verhogen. Volgende acties zijn mogelijk:
 - *professionaliseringsmomenten* over activeringstrajecten met VDAB-bemiddelaars en medewerkers van de screeningsdienst. Dit kan bijvoorbeeld door binnen de intensieve dienstverlening bemiddelingsadviezen ruimer te gaan kaderen. Tijdens de geplande leertafels hierover kan VDAB informatie verspreiden over wat een profiel activering juist is, welke zaken belangrijk zijn, wat de meerwaarde is;
 - via *brede bekendmakingsacties* vanuit de VDAB voor de reguliere dienstverlening, bijvoorbeeld door dit onderzoek voor te stellen aan een breed publiek in combinatie met getuigenissen van professionals, en;
 - door GTB-medewerkers die activeringstrajecten begeleiden te stimuleren om op bijvoorbeeld een *dossieroverleg* collega’s zonder ervaring met een activeringstraject te vertellen over positieve trajecten en hen duidelijk te maken dat een tijdige toeleiding tot meer resultaat leidt (omdat de problematiek dan nog duidelijker afgebakend is).
3. **Meer structurele samenwerking en dwarsverbanden tussen reguliere dienstverleners en toeleiders enerzijds en begeleiders binnen activeringstrajecten anderzijds** kunnen ervoor zorgen dat verwachtingen en wensen van beide groepen met betrekking tot het profiel van de deelnemers beter op elkaar worden afgestemd.
4. Als een zorgactor regelmatig aanwezig is in bijvoorbeeld de werkwinkel of in het VDAB-gebouw (om daar aan dienstverlening te doen), dan groeit ook de kans dat VDAB-bemiddelaars bij hen komen afoetsen of een klant geschikt zou kunnen zijn voor een activeringstraject. De omgekeerde beweging is ook mogelijk door vanuit een outreachend perspectief ervoor te zorgen dat voor het brede aanbod rond werk bemiddelaars een plek krijgen in de zorg (via gezamenlijke zitdagen of vaste infomomenten, ...). Daarnaast moet het mogelijk blijven en eventueel gestimuleerd worden dat zorginstellingen (bv. psychiatrisch ziekenhuis) klanten doorverwijzen naar activeringstrajecten waarvoor de begeleiding afloopt en die terug de stap willen zetten naar de arbeidsmarkt. Waar dit gebeurt, heeft men hier goede ervaringen mee. Te vermijden valt dan volgens professionals wel dat de begeleider van de zorginstelling niet de zorgactor wordt binnen het activeringstraject. Tot slot zou het zinvol zijn om decretaal in te bouwen dat toeleiders (VDAB-bemiddelaars en DGS) en netwerken op regionaal gebied concrete afspraken maken over de toeleiding en samenwerking in functie van een efficiënte toeleiding.
5. Toeleiding van vluchtelingen en anderstaligen gebeurt amper, ook al beschikken ze over het juiste profiel. Mogelijke oplossingen zijn de **toeleidingsvoorwaarden voor vluchtelingen en andersstaligen te herbekijken** of de externe zorgpartners te verruimen zodat ze zorgbegeleiding en therapie kunnen krijgen in hun taal (in kader van op maat werken).

8.2 Begeleiding: werken met een team rond de deelnemer is meest succesvol en dus aangewezen

8.2.1 Conclusies

Hoewel dit decretaal niet eenduidig wordt aanbevolen, gebeurt het in de praktijk regelmatig dat de activeringstrajecten tot aan de stage lineair verlopen. Het samenwerkingsmodel dat de professionals dan uittekenen, is te vergelijken met een estafette waarbij de professionals vanuit hun expertise met de deelnemer meegaan en vervolgens de stok doorgeven aan een volgende professional die opnieuw

vanuit zijn expertise het traject verder zet. De overtuiging achter die lineaire aanpak is dat elk activeringstraject specialisatie vereist waarbij experts de kans krijgen om op het gepaste moment en op individuele basis het beste begeleidingsplan op te stellen of de begeleiding vorm te geven.

Kiezen begeleiders voor zo een lineaire aanpak dan ziet een activeringstraject er vaak, maar niet per definitie, als volgt uit. In de toelidingsfase vinden er gesprekken plaats met de reguliere dienstverlener die doorverwijst (en soms ook de medewerker van DGS). Daarna komt de deelnemer bij de casemanager werk terecht. Na enkele gesprekken met deze casemanager werk is de casemanager zorg aan de beurt. Afhankelijk van de doelstellingen en het trajectplan die beide casemanagers opstelden, komen daarna de werk- en zorgactor tegelijk in actie, of beslist men om eerst de zorgactor, en pas later de werkactor in het traject te betrekken.

Uit het onderzoek blijkt dat een lineaire aanpak zoals hier omschreven verschillende risico's met zich meebrengt. Problematisch is vooral dat deelnemers in de opstartfase verschillende professionals na elkaar spreken en dit op korte tijd (in casu mogen er 6 weken zitten tussen het eerste gesprek met de casemanager werk en de goedkeuring van het trajectplan). Deelnemers geven aan dit verwarrend te vinden en het overzicht over hun traject te verliezen. Het is hen niet altijd duidelijk hoe het traject in elkaar zit, en wie wat doet. Opeenvolgende gesprekken met verschillende professionals impliceren ook vaak dat deelnemers hun verhaal opnieuw moeten doen en gevraagd worden telkens nieuwe begeleiders te vertrouwen. Dit is voor sommige deelnemers een drempel. Verder is het voor de deelnemer soms verwarrend dat professionals (zoals de casemanagers) die ze hun vertrouwen hebben gegeven, weer op de achtergrond verdwijnen en pas op het einde van hun traject, in functie van het eindadvies, terugkeren. Professionals geven tot slot knelpunten aan met het 'doorgeven van de stok' naar de volgende begeleider. In partnerschappen die weinig overleggen met elkaar, is er enkel de ICF om op terug te vallen. Die informatie blijkt echter niet altijd voldoende om het traject naadloos te kunnen voortzetten. Of anders, een warme overdracht van de deelnemer naar een andere professional vereist dat de volgende professional volledig op de hoogte is van het traject en meteen weet welke stappen er gezet moeten worden.

Hoewel het decreet het traject heeft uitgetekend in verschillende opeenvolgende fases vraagt het decreet niet letterlijk om ook de samenwerking lineair te organiseren. Een analyse van succesvolle cases binnen dit onderzoek laat bovendien zien dat de professionals een team rond de deelnemer vormen, die regelmatig overleggen en samen alle nodige stappen en begeleiding bespreken, waardoor elke professional op elk moment mee en betrokken is in het traject. Ook de deelnemers merken op wanneer er een team rond hen is gebouwd en voelen dit aan als versterkend voor hun traject.

8.2.2 Aanbevelingen

Volgende aanbevelingen zijn gebaseerd op de al bestaande best practices.

1. Het decreet stelt dat de **casemanager zorg en werk** samen het trajectplan opstellen (art.16). Het decreet laat in die zin toe om het **traject in tandem op te starten** met een kennismakingsgesprek waarin ze ook samen de info over het traject geven. Daarna kunnen ze dan gelijktijdig gesprekken met de deelnemer hebben vanuit hun expertise. Op een zelfde manier zou ook het **moment van de ondertekening van het trajectplan** het startschot kunnen zijn om voor de deelnemer de **zorg- en werkactor te introduceren** en de volgende stappen samen met hen te verduidelijken. In één van de netwerken is dit laatste al een standaardpraktijk. Om ervoor te zorgen dat deze praktijk overal de norm wordt is het cruciaal dat de draaiboeken, die op dit vlak een lineair pad uittekenden, hierop worden aangepast.
2. Een andere denkpiste is om de **fase van het trajectplan in tijd te verlengen**, zodat de professionals zich hierop praktisch kunnen organiseren (bijvoorbeeld door in die fase wekelijks een vast (digitaal) moment voor overleg te blokkeren). Anders loopt men het gevaar dat men hervalt in

een lineaire aanpak omwille van de tijdsdruk en aansluitend praktische redenen (cf. we vinden op korte termijn geen moment om het kennismakings- en afsluitingsgesprek te doen). Deze fase mag echter niet teveel worden opgerekt zodat de continuïteit van de dienstverlening niet in het gedrang komt. Een andere optie zou ook kunnen zijn om de huidige 6 weken te behouden, maar met die periode in de praktijk (nog) flexibeler te kunnen omspringen, als de omstandigheden hierom vragen.

3. Het decreet spreekt vanuit een integrale benadering zijn voorkeur uit voor een begeleidingstraject waarin **werk en zorg zo gelijktijdig mogelijk** worden opgestart en voortdurend in samenspraak en met betrokkenheid van de deelnemer gebeurt. Die aanbeveling vanuit het decreet zelf maakt een lineaire aanpak in de praktijk minder wenselijk. Ze realiseren vraagt wel dat er geen deelnemers zijn met te grote zorgnoden of te complexe problematieken. Is dat toch het geval, dan zou het gangbaar moeten worden om voor hen toch een (eerste) stage, zoals een kijkstage of belevingsstage, op te zetten (vanuit een zorgbril, met daarbij bijvoorbeeld coaching van de zorgactor op de werkvloer). Ook hier kunnen toelichtingen bij het decreet en draaiboeken die wisselwerking tussen werk en zorg in de uitvoeringsfase nog sterker in de verf zetten en aanbevelen.
4. In het decreet of op zijn minst in de draaiboeken zou men kunnen **toevoegen** dat de **casemanagers de taak** krijgen om, in samenspraak met de deelnemer, een **team rond en met de deelnemer te vormen**. Dat team zal dan vervolgens samen het design en de praktische afspraken binnen dit samenwerkingsverband concreet vormgeven, beschrijven en met de deelnemer communiceren. Die inspanning impliceert wel dat de tijd die naar de samenwerking gaat, structureel en explicieter een plaats krijgt in de financiering. Gaten in de begeleiding, bijvoorbeeld door het wegvallen van begeleiders omwille van ziekte of zwangerschap, ondermijnen het traject. Hoe sterker men in teamverband rond een deelnemer werkt, hoe gemakkelijker dit op te vangen is. Daarbij moet men er wel steeds rekening mee houden dat de nodige specifieke expertise aanwezig blijft. Indien dit niet kan gegarandeerd worden, is het zinvol om in het team voor elke rol 'back ups' te voorzien die vanuit dezelfde rol kunnen inspringen bij (lange) afwezigheid van één van de betrokken spelers.
5. Het traject eindigt officieel met een eindadvies waarin ook een toekomstperspectief geformuleerd moet worden. Er is echter veel consensus onder de professionals dat de **uitwerking van nazorg** (of een begeleidingstraject na het traject) **explicieeter aandacht** zou moeten krijgen. Op dit moment is het eindadvies bepalend voor het natraject. Wie een advies betaald werk krijgt en niet meteen uitstroomt naar werk, komt in de reguliere bemiddeling van VDAB terecht. Krijgt men een ander advies, dan bestaat de nazorg er uit dat de deelnemers een jaar lang contact kunnen opnemen met de casemanagers. Na een jaar bekijkt men dan wat de deelnemer aan begeleiding nodig heeft. Om de nazorg te versterken, zou bijvoorbeeld kunnen nagedacht worden over de uitwerking van een nazorgplan dat liefst al tijdens het traject en samen met de deelnemer vorm krijgt. Wordt dit een advies betaald werk, dan kunnen begeleiders, deelnemer en de reguliere bemiddelaar al samenzitten om het vervolg af te spreken. In de andere gevallen, moet duidelijk zijn welke begeleiding op vlak van zorg nog kan gecontinueerd worden. Dit voorkomt dat de deelnemer nadien in een 'zwart gat' valt en vangt de onzekerheid op die leeft bij de deelnemers net voor het afsluiten van hun traject. Meer aandacht voor nazorg betekent ook dat de middelen voor de nazorg hiermee samen sporen (zodat begeleiding, indien nodig, intensiever kan worden in de nazorgperiode) en dat de zorg-/werkactoren hierin nog een rol krijgen. Ook de werkgevers vragen meer focus op het vervolgtraject. Zo stellen ze voor om sollicitatietraining in te bouwen tijdens de laatste maand van de training om zo het perspectief op werk te kunnen vergroten. Dit is een taak van de werkactor, maar ook de reguliere VDAB-bemiddelaar zou hierin betrokken kunnen worden.

8.3 Administratie en registratie van de begeleiding

8.3.1 Conclusies

Het kader voor de administratieve afhandeling en registratie is uitgewerkt volgens een lineair model. Iedere actie waarvoor men financiering wil ontvangen moet geregistreerd worden. De professionals geven aan dat dergelijke administratie veel tijd vergt. Dit gaat ten koste van de begeleiding van de deelnemer. Bovendien staat het administratiesysteem, dat vraagt om te werken met een vast aantal, vooraf bepaalde acties die vervolgens geregistreerd moeten worden, in spanning met de dynamiek van de activeringstrajecten en de begeleidingsstijl van de professionals. De begeleiders werken immers graag organisch en gaan graag mee met op het tempo van de deelnemer. Tijd nemen, ‘er zijn voor de deelnemer op elk moment’ en optimaal inspelen op wat nodig is voor een deelnemer, is voor hen maatwerk leveren, en dit is wat volgens hen het decreet ook in de eerste plaats van hen vraagt. Dat begeleiders beschikbaar zijn voor de deelnemer, en snel op hun vragen reageren, waarden deelnemers enorm. Net dit aspect maakt volgens hen de begeleiding in een activeringstraject verschillend van de reguliere begeleiding.

Een gelijkaardige vaststelling betreft de vormgeving van en registratie binnen het ICF-dossier, waar professionals gevraagd worden om per problematiek de specifieke drempels en ernst van deze problematiek aan te duiden. Concreet betekent dit dat het verhaal van een deelnemer in het ICF-dossier uitgesplitst wordt per problematiek en daarbij horende drempels. Bovendien merken we in de ICF-dossiers op dat de focus van de professionals vooral ligt op een beschrijving van problematieken, en minder op de krachten of kwaliteiten van de deelnemer. Uit de verhalen van de deelnemers valt echter op dat hun profiel een complex samenspel vormt van allerlei problematieken, drempels, competenties en krachten die voortdurend op elkaar inspelen. In die zin is het de vraag of de huidige vormgeving van het ICF-dossier volstaat om het totale beeld van de deelnemer, zijnde hun levensgeschiedenis, problematiek en krachten van deelnemers, in beeld te brengen.

8.3.2 Aanbevelingen

Het vastgestelde spanningsveld tussen het financieel en administratief systeem en de begeleidingsstijl van de professionals werkt de kwaliteit van de begeleiding niet in de hand. Er is met andere woorden meer afstemming nodig tussen die begeleidingsstijl van de professionals enerzijds en het administratief- en financieel systeem anderzijds. Dit kan door te werken aan:

1. een **administratieve vereenvoudiging**. Dit kan de administratieve last verlagen, ook voor de casemanager werk, en meer tijd genereren voor de begeleiding van de deelnemers;
2. een **verhoging van de budgetten per traject**, zodat noodzakelijke begeleiding niet moet worden stopgezet omdat het geld op is;
3. een financieringssysteem zoals in TAZ, dat gebaseerd was op een **uitbetaling per traject en niet per actie**. Die aanpassing zal op zich al zorgen voor administratieve vereenvoudiging. Bovendien kan binnen dit systeem wel gekozen worden om in schijven uit te betalen, bijvoorbeeld één bij aanvang van het traject en één indien de deelnemer na x-aantal tijd nog in traject is, zoals bv. bij de tender BICT het geval is. Voor deze aanbeveling is er een groot draagvlak bij de professionals.

Wat het ICF-dossier betreft, noteren we dat er bij GTB en VDAB momenteel een proces loopt om de complexiteit van het profiel van de deelnemers beter te vatten in het ICF-dossier. De aanbeveling is hier om de uitkomsten van dit proces ook concreet en effectief formeel in de ICF op te nemen.

8.4 Naar duidelijkere omschreven en minder rollen of functies binnen activeringstrajecten?

8.4.1 Conclusies

De taken van iedere professional zijn over het algemeen duidelijk omschreven in het decreet. Een uitzondering hierop is de casemanager zorg. De functiebeschrijving van deze actor is volgens de professionals teveel beschreven als een kopie van de casemanager werk. Ook de deelnemers vinden het vaak moeilijk de specifieke rol van de casemanager zorg te onderscheiden.

Hoewel er in het decreet, de toelichting en in de draaiboeken veel inspanning is geleverd om de functies en bijhorende taken in detail te beschrijven, blijken de verschillende rollen in de praktijk niet altijd even duidelijk te zijn afgebakend (zowel voor de deelnemers als de professionals). Ze lopen door elkaar. Zo kunnen deelnemers zich hechten aan een vertrouwenspersoon waarna ze met alle vragen naar die persoon stappen. Zorgvragen kunnen dan bij werkgactoren terecht komen, en ook door werkgactoren opgenomen worden. Sommige deelnemers geven ook expliciet aan dat ze de (externe) psycholoog die als zorgactor optreedt, niet zo nuttig vinden, omdat ze al een klik hebben met hun casemanager zorg. Hier tekent zich een spanningsveld af tussen het belang aan het krijgen van gespecialiseerde begeleiding enerzijds en de noodzaak aan anderzijds een professional die de deelnemer begeleidt vanuit een meer generalistische en zo als een vertrouwenspersoon van een deelnemer kan fungeren. Bovendien is niet altijd zo duidelijk welke vragen en noden van een deelnemer een specialist vereisen. Uit de verhalen van de deelnemers maken we op dat ze liefst beide hebben (gespecialiseerde begeleiding in combinatie met een vertrouwenspersoon) en dat op basis van een klik met één van de professionals vaak al op organische wijze een vertrouwensband groeit. Vaak zien we ook dat die professional, bovenop de vooropgestelde acties, die rol ook effectief zal invullen.

In verschillende netwerken of samenwerkingsverbanden lost men bovengenoemd spanningsveld op door, zoals in TAZ al het geval was, alle taken die te maken hebben met de zorgbegeleiding (m.n. die van de casemanager zorg en zorgactor) door één professional, gespecialiseerd in zorg, te laten uitvoeren of de rol van casemanager zorg te laten opnemen door een van de vaste zorgpartners binnen het netwerk (in plaats van een externe zorgpartner). Op die manier staat ofwel één persoon, ofwel één organisatie in voor het zoeken en zelf uitvoeren van het meest geschikte zorgaanbod, waardoor het mogelijk wordt dichtbij de deelnemer te staan en een goede samenwerkings- en vertrouwensrelatie uit te bouwen. Indien casemanager zorg en zorgactor samenvallen (zij het in één persoon of in één organisatie), lukt het volgens de professionals ook beter om een team uit te bouwen rond de deelnemer. Er zijn immers minder professionals waarmee men overleg moet organiseren waardoor er kortere communicatielijnen ontstaan.

8.4.2 Aanbevelingen

De suggestie tot aanbeveling vanuit vooral de casemanagers zorg zelf is hier om decretaal of in de draaiboeken de rol van de casemanager te herdenken en/of duidelijker te maken wat de specifieke rol is van de casemanager zorg. De professionals schoven op dit punt verschillende pistes naar voren. Een duidelijke consensus ontbrak echter.

Een **eerste piste** is om de **functie van casemanager zorg en zorgactor te versmallen tot één persoon**. Terwijl sommige professionals (vaak zij die al zo werken) hier grote voorstander van zijn, hebben andere professionals bedenkingen. Die laatste groep vreest vooral dat de diversiteit in expertise hierdoor zal verloren gaan, net als de mogelijkheid om op maat van de specifieke noden en problematieken van de deelnemer te werken. Voor een aanpassing van het decreet in die zin is dus geen

draagvlak. Belangrijker is te benadrukken dat het decreet een combinatie van rollen in één persoon (of organisatie, zie verder) niet verbiedt. Het is dus perfect mogelijk, zoals nu al gebeurt, om dit binnen een netwerk zo te organiseren. Vraag van de professionals is in die zin om de ruimte die het decreet op dit punt geeft te behouden.

Een **tweede piste** is om de **functie van de casemanager zorg te verruimen tot een generalistische functie**, waarin hij/zij als ‘compagnon de route’ en centraal aanspreekpunt van de deelnemer fungeert en, bij nood aan specialisatie, doorverwijst naar de zorgpartner. In een team rond de deelnemer zou men echter ook met de deelnemer kunnen afspreken wie die taak best op zich neemt. Een bedenking die professionals bij deze piste maken, is dat ze enkel zinvol is wanneer de casemanager zorg de zorgbegeleiding opvat in overeenstemming met de ‘filosofie’ van een activeringstraject waarin drempels wegwerken richting arbeidsmarkt centraal staat. Daartoe is het volgens hen noodzakelijk dat de casemanager zorg steeds uit een organisatie komt die vaste zorgpartner is binnen het netwerk en dat deze casemanager weet dat in een activeringstraject zorg in functie van werk staat. Verder benadrukken professionals dat een generalistische invulling van de casemanager zorg niet in spanning mag komen met de rol van GTB die als casemanager werk de lead neemt met het oog op de MLP-registratie.

Een **derde** en laatste **piste** is om de rol van de **casemanager zorg steeds** (of verplicht?) te laten opnemen door een **vaste zorgpartner binnen het netwerk** die in andere trajecten of hetzelfde traject ook de rol van zorgactor kan opnemen (die dan door een collega kan worden opgenomen). Die zorgpartner staat dan in voor het zoeken en het snel ontsluiten van het meest geschikte zorgaanbod en weet tegelijk hoe hij dicht genoeg kan staan om een goede samenwerkingsrelatie uit te bouwen. Volgens de voorstanders van deze piste zal de CM zorg op die manier een specifieke waarde aan het proces toevoegen (als schakel naar het geschikte zorgaanbod) en vermijdt men dat de rol van de casemanager zorg in spanning komt met die van de CM werk.

Zoals gesteld, verhoogt het combineren van rollen in één persoon of organisatie volgens de professionals de werkbaarheid van de trajecten. Het vergemakkelijkt immers om samen te werken en het is duidelijker voor de deelnemer wie de zorgbegeleiding op zich neemt. Tegelijk kan die combinatie van rollen de eis om een uitgebreid en gebiedsdekkend netwerk te organiseren ondergraven. Op dit vlak is het vooral zaak als netwerk een evenwicht te vinden tussen een werkbaar netwerk enerzijds en een uitgebreid en gebiedsdekkend netwerk anderzijds. Netwerken die ingezet hebben op een beperkt partnerschap, zeggen dit evenwicht te kunnen behouden door, waar nodig, het netwerk te verbreden. Deze netwerken vragen op dit punt geen aanpassingen, en hebben het gevoel hierin een evenwicht te kunnen vinden. Dit is anders voor één van de netwerken dat sterk op een divers en breed netwerk aan partners heeft ingezet. De veelheid en diversiteit aan vooral casemanagers zorg maakt dat sommige partners zelden een activeringstraject opvolgen. Die organisaties hebben dan ook weinig ervaring met de begeleiding van activeringstrajecten. Ze weten niet wat er precies van hen verwacht wordt. Een ander probleem van een divers en uitgebreid netwerk is dat er vaak in nieuwe samenwerkingsverbanden moet worden samengewerkt. Het decreet zou de negatieve gevolgen van die diversiteit en veelheid kunnen vermijden door, analoog met het casemanagement werk dat enkel bij GTB ligt, het **aantal organisaties te beperken die casemanagers zorg kunnen aanleveren**. Die beperking zal er voor zorgen dat de betreffende organisaties meer trajecten in begeleiding hebben en dus beter mee zijn. Tegelijk blijft het mogelijk om door te verwijzen naar interne of externe zorgpartners, indien nodig. Het vrijwaren van een diversiteit aan zorgactoren om op maat van de deelnemer te kunnen werken is immers belangrijker dan de diversiteit met betrekking tot het casemanagement zorg. Voor deze beperking bleek er onder de professionals veel draagvlak te zijn. Bovendien geldt dat sommige netwerken dit al in de praktijk doen. Belangrijk is dan wel dat de overheid of het netwerk transparante criteria opstelt om te bepalen welke organisaties als casemanager zorg kunnen fungeren.

8.5 Van verschillen in aanpak naar een gedeeld kwaliteitskader

8.5.1 Conclusies

Het decreet heeft bepaald dat men de activeringstrajecten in regionale netwerken organiseert, onder coördinatie van de penhouder. Dit samenwerkingsmodel wordt geapprecieerd. De activeringstrajecten regionaal organiseren in netwerkverband, in combinatie met de vrijheid die het decreet geeft, maakt het mogelijk om als netwerk een eigen identiteit uit te bouwen met eigen accenten en doelstellingen, om zich vervolgens rond die accenten te organiseren. Penhouders en andere professionals vinden het daarom belangrijk dat het decreet daar ruimte toe geeft en blijft geven. Er is een grote vraag om zeker dat aspect van het decreet te behouden.

Een grote variatie in de wijze waarop netwerken zich kunnen organiseren kan echter ook leiden tot verschillen in aanpak die zeer bepalend kunnen zijn voor de deelnemers. De vraag rijst hier hoe een overheid stimulansen kan geven om er voor te zorgen dat elke deelnemer een gelijke behandeling en dezelfde kwaliteit van begeleiding krijgt, ongeacht de provincie waarin hij of zij woont en het netwerk dat de begeleiding voorziet.

8.5.2 Aanbevelingen

Aangezien een activeringstraject een voortraject is om drempels richting werk weg te werken (eindigend met een diversiteit aan adviezen), zijn gemeenschappelijke te behalen outputindicatoren of targets die top-down door de overheid worden vastgelegd geen optie. Dergelijke outputindicatoren kunnen de toeleiding versmallen (cf. leiden tot cherrypicking van de sterkste profielen om de targets te kunnen halen). Uit het onderzoek blijkt dat professionals geen vragende partij zijn om de toeleiding te versmallen, net omdat ze activeringstrajecten als een groei- en geen eindpad zien richting werk. Een advies ‘niet-toeleidbaar’ kan vanuit dat perspectief dan ook even waardevol zijn dan een advies ‘betaald werk’.

Om een goede kwaliteit van de trajecten te kunnen verzekeren, is het ten eerste noodzakelijk dat er voldoende ruimte is voor **interne intervisiemomenten** en dat de visie en aanpak binnen een netwerk met de partners voortdurend wordt doorgesproken. De penhouder moet voldoende tijd hebben om deze taak te organiseren en te coördineren. Om te vermijden dat de aanpak van de activeringstrajecten tussen netwerken niet te ver uit elkaar lopen, kan het ten tweede nuttig zijn om een **netwerkoverschrijdend lerend netwerk** te installeren. Hierin kunnen professionals van elk netwerk en van DGS, en met liefst ook input van de deelnemers, de opdracht krijgen een **gedeeld kwaliteitskader** te ontwikkelen. Daarnaast kan het netwerk professionals de mogelijkheid bieden om elkaar te inspireren door goede praktijken te delen (wat spontaan tot een kwaliteitsinjectie kan leiden). In dat licht zou het zinvol zijn om het traject voor de casemanagers zorg, begeleid door SAMvzw, te verruimen en te verduurzamen.

Ten tweede zou het interessant zijn om in dit overkoepelende lerend netwerk een **feedbackinstrument** uit te werken die de **deelnemer** de kans geeft terug te blikken op het activeringstraject. Dit instrument moet het meer specifiek mogelijk maken om als deelnemers feedback te geven op de aangeboden begeleiding en de nazorg, op de door hem/haar gepercipieerde uitkomsten en op het reële toekomstperspectief met betrekking tot werk. De resultaten kunnen interessante informatie opleveren voor de kwaliteitszorg binnen de netwerken, en passen ook helemaal binnen de filosofie van het decreet, die de actieve rol van de deelnemer centraal zet.

Om de kwaliteit van de begeleiding binnen de netwerken beter te garanderen, is het tot slot noodzakelijk dat **netwerken** de resultaten van de trajecten in hun netwerk **zelf kunnen monitoren en evalueren**. Nu is dit niet het geval. De geregistreerde informatie kan hiervoor nog te weinig benut worden benut. De VDAB levert wel algemene cijfers voor de penhouders, maar die volstaan niet om de werking binnen het netwerk zelf te kunnen monitoren en evalueren, en zo de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren. Om monitoring en evaluatie binnen de het netwerk te garanderen, zou het mogelijk moeten zijn voor de penhouders om zelf overkoepelende, geanonimiseerde data voor hun netwerk te trekken uit de VDAB-data. Een andere optie is dat de VDAB op basis van concrete vragen uit de netwerken hierop zelf onderzoek verricht en de resultaten terugspeelt naar de netwerken. Tot slot zou met de penhouders nagedacht kunnen worden over overkoepelende indicatoren of een systeem van monitoring en evaluatie die bruikbaar kunnen zijn voor om de dienstverlening binnen de netwerken te verbeteren.

8.6 Een activeringsstage op maat van de deelnemer

8.6.1 Conclusies

De oriënterende stage is de meest geregistreerde actie tijdens het activeringstraject. We zien een grote variatie in de invulling en de vormgeving van die activeringsstage. Die variatie betreft zowel het aantal uren per week dat deelnemers presteren als de inhoud van het traject. De doelstellingen van de activeringsstage variëren van proeven van werk (de activeringsstage wordt dan ingevuld als een kijkstage of belevingsstage), meer ritme opdoen, tot het effectief voorbereiden op betaalde tewerkstelling. Verder kan het aantal stages per traject verschillen. Tot slot constateren we verschillen in de aanwezigheid en geboden begeleiding op de werkvloer van een mentor van het bedrijf of de organisatie, net als het belang van een goede match tussen werkgever, werkplek en werksfeer (collega's) enerzijds en de deelnemer anderzijds tijdens de stage. Is die match er, dan kan de stage soms leiden tot aanwerving in het desbetreffende bedrijf of organisatie. Uit de online-bevraging met de werkgevers weten we dat de werkgevers inderdaad bijkomende inspanningen doen om die match te genereren en daarin de steun van de werkfactor appreciëren.

Een tweede vaststelling betreft de rol die de stage speelt in de beleving van de deelnemer. Zo blijkt dat de term “stage “ voor sommige deelnemers een dubbele connotatie kan hebben. Langs de ene kant leggen ze zelf veel nadruk op de stage. Voor vele deelnemers is de activeringsstage de kernactiviteit van het activeringstraject. Ze willen dan ook zo snel mogelijk starten met een stage. Maar het woord “stage” roept soms ook weerstand op. De stage percipiëren ze als schools, waardoor ze verbonden wordt met negatieve ervaringen op school. Of ze associëren stage met onbetaald werk, wat hen het gevoel kan geven dat ze niet op waarde worden geschat of dat van hen geprofiteerd kan worden.

Tot slot bleek dat het initiatief op vlak van zorgbegeleiding nog te vaak bij de deelnemer wordt gelegd. De deelnemer krijgt de boodschap dat hij/zij de begeleiders altijd mag contacteren wanneer er problemen met de stage zijn. Niet elke deelnemer doet of durft dit. Andere begeleiders werken die drempel weg door ook in die fase outreachend en aanklampend te werken.

8.6.2 Aanbevelingen

Op basis van de eerste conclusie over de diversiteit in stages, stellen we voor om die **brede en flexibele invulling** van de **stages** in de praktijk **decretaal of in de toelichtingen** explicieter te **verankeren** en te **stimuleren**. Nu spreekt het decreet enkel over ‘de stage’. Die term laat variatie wel toe, maar moedigt ze niet aan. Verder zou het decreet, zoals gesteld, ook explicieter dan nu het geval is,

het netwerk aan kunnen aanmoedigen om bij deelnemers met (vrij) grote zorgnoden te starten met een laagdrempelige activeringsstage vanuit een zorgbril met zorgbegeleiding (ook op de werkvloer). Focus kan hier liggen op het wegnemen van angsten of het opdoen van succeservaringen. In een volgende fase kan de deelnemer dan doorgroeien naar een activeringsstage die richting betaald werk toewerkt waarbij de zorgbegeleiding de werkbegeleiding flankeert en ondersteunt. Werken met zo een groeipad maakt het mogelijk om het zorgaspect meer te integreren in de stage. Een andere piste zou kunnen zijn om de zorgactor ook toe te laten (mee) begeleiding te doen op de werkvloer vanuit een zorgperspectief, zodat men zorgnoden op de werkvloer meteen kan detecteren en aanpakken. Dit kan nu enkel door de werkactor.

Kortom, op dit punt stellen we een toevoeging bij het decreet voor dat aangeeft dat er meerdere stages per traject kunnen zijn en dat stages kunnen worden ingevuld, dit zowel vanuit zowel een zorg- als werkbril, maar steeds met oog op een de (verplichte) finale stage vanuit een werkperspectief. Let wel: we pleiten bewust niet om een lijst van mogelijke stagevormen in het decreet te includeren. Zo een lijst zou immers net flexibiliteit en maatwerk bemoeilijken. Ook willen we benadrukken dat meerdere stages per traject best niet als een streefdoel geformuleerd worden. Uit het onderzoek blijkt dat stageplekken vinden al een uitdaging op zich is en veel inspanning vraagt (zeker in de context van de coronacrisis). Met die context moet rekening gehouden worden.

Een tweede vaststelling betrof de rol die de stage speelt in de beleving van de deelnemer en de kritiek van sommige deelnemers op de onbezoldigde stage. Die laatste vaststelling doet de vraag rijzen in welke mate de stage onbezoldigd moet zijn. Een stage bezoldigen betekent de deelnemer een ‘loon’ geven of een eenmalige premie bovenop de werkloosheidsuitkering (zoals al het geval is in het decreet dat het duaal leren in het onderwijs regelt). Sommige professionals zijn te vinden voor een vorm van bezoldiging, omdat dit de motivatie kan verhogen om zes maanden durende stage vol te houden. Andere professionals wijzen er echter op dat een betaalde stage verwarring en wrevel kan veroorzaken. Veel deelnemers kunnen het onderscheid niet maken tussen activeringsstages en andere begeleiding die vanuit GTB of VDAB geboden wordt. Wanneer bepaalde stages wel betalend zijn en andere niet, kan dit leiden tot shopgedrag en frustraties. Deze professionals vinden dus dat er hierin één duidelijke lijn moet behouden blijven. Op dit moment zijn er onkostenvergoedingen mogelijk voor kinderopvang en vervoer in kader van de stage. Meer consensus is er om te **voorzien in extra vergoedingen die inspelen op financiële drempels om de stage (en de begeleiding) te kunnen uitvoeren**. Een uitgebreidere vergoeding rond mobiliteit die alle vervoersmiddelen (ook trein) vergoedt, is aan te bevelen. Ook vergoedingen om tot bij een begeleider of therapeut te raken zouden financiële drempels kunnen wegwerken. Of een vergoeding die het mogelijk maakt om tijdens de stage of begeleiding de (betalende) zorg voor zieke kinderen of ouders op te vangen of om de naschoolse opvang van de kinderen te betalen.

Een laatste aanbeveling gaat in op het cruciale belang van de match tussen werkplek en deelnemer tijdens de stage. Niet alleen de werkactor, maar ook de stageplaats zelf kan hieraan bijdragen. Hoewel het decreet op dit vlak geen eisen stelt aan de werkgevers, maar hen ook niet compenseert voor de geleverde inspanningen, is er meer kans op een succesvolle stage als de werkgever en/of mentor mee is in het verhaal van het activeringstraject. Dit biedt **betere garanties op een passende en maatgerichte opvolging op de werkvloer**. Om werkgevers en mentoren te stimuleren een passende en maatgerichte opvolging aan de deelnemer aan te bieden, is het cruciaal dat de werkactor hier met de werkgever en/of mentor actief op inzet. Dit kan bijvoorbeeld door de werkgever te informeren over al bestaande instrumenten, zoals de werkgeverdienstverlening of Talentoscoop.²⁹ Daarnaast is het

²⁹ Talentoscoop is een recent ontwikkeld model dat kan bijdragen tot meer open werkgevers, en zo ook betere stageplaatsen. De hoofddoelstelling van talentoscoop is hoe een werkgever zijn bedrijf meer inclusief kan maken. Zo krijgen ook stagiaires betere omkadering op een concrete werkplek. Zie www.talentoscoop.be

belangrijk dat er tussen de werkactor en de werkgever/mentor van de stageplaats voldoende communicatie en overleg is. Ook de werkgevers zelf zijn vragende partij voor voldoende opvolgingsmomenten met de werkactor en de deelnemer op de werkvloer. Dergelijke momenten zijn belangrijk om de stage tot een gedeelde verantwoordelijkheid te maken en te zorgen voor een betere overgang van de stage naar betaald werk. Beide taken vallen binnen de vastgelegde taken van de werkactor, maar een nauwgezette opvolging hiervan door de VDAB zou nuttig kunnen zijn. Niettemin blijft de (kwaliteit van de) begeleiding op de werkvloer door de werkgever cruciaal, net omdat het financieel kader niet toelaat om als werkactor een langdurige begeleiding op de werkvloer aan te bieden.

- BIJLAGEN -

bijlage 1 Specifieke onderzoeksvragen

Bron/perspectief	Te beantwoorden onderzoeksvragen	
Administratieve data en documentanalyse	Doelgroep en doelstelling	<ul style="list-style-type: none"> - In welke mate werd deze doelgroep al bereikt binnen de reguliere dienstverlening? - Welk profiel heeft de doelgroep (zowel 'kandidaat-deelnemers' als geregistreerde deelnemers)? - Welke problematieken zijn doorslaggevend (om geregistreerd te worden als deelnemer)? - Is de doelstelling van het activeringstraject (voorbereiden op traject naar betaalde arbeid, NEC) haalbaar?
	Organisatie en kwaliteit van het aanbod	<p>Toereikendheid aanbod</p> <ul style="list-style-type: none"> - In welke mate is de reguliere dienstverlening, ook op vlak van zorg en hulpverlening, toereikend? - Is er voldoende aanbod voor alle types van problematieken? - Is het aanbod gebiedsdekkend? Vallen er gaten in de dienstverlening of de opvolging van acties? Hoe verloopt de coördinatie van acties (rol penhouder)? - Hoe verhoudt het activeringstraject zich tot andere dienstverlening (reguliere dienstverlening)? - Zijn er behoeftes waar de netwerken niet op kunnen inspelen? <p>Samenstelling en organisatie netwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Op welke manier hebben de partners zich georganiseerd binnen het netwerk? Zijn er partners toegevoegd aan het netwerk? Welke partners in het netwerk worden meer aangesproken voor de dienstverlening? <p>Taken en rolverdeling binnen netwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Welke taken worden opgenomen door welke partners? Zijn er verschuivingen in de taakverdeling? Welke taken horen bij welke rol, welke taken worden eventueel beter door andere partners opgenomen? <p>Samenwerking binnen netwerk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Slagen de partners erin om de visie op samenwerking en taakverdeling die ze hadden bij het opmaken van hun dossier ook effectief te realiseren? Welke bijsturing hebben ze op dit vlak eventueel gedaan? - Wat zijn de vaststellingen, sterke punten, knelpunten van de partners? Van de penhouder? Van de casemanagers?
Partners uit het netwerk	Toereikendheid aanbod	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe ervaren de partners de begeleiding van de doelgroep? Kan voldoende op maat van de persoon dienstverlening worden geboden?
	Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe wordt de samenwerking ervaren door de partners in het netwerk met de penhouder? Met de casemanagers? Met de VDAB? - Welke hiaten en sterke punten worden ervaren? In de samenwerking tussen werk, sociale economie en welzijn?
Werkgevers		<ul style="list-style-type: none"> - Hoe wordt dit activeringstraject ervaren door een werkgever die zijn werkvloer ter beschikking stelt voor een activeringsstage: wat wordt positief door werkgevers ervaren (wat werkt versterkend) en welke behoeften van werkgevers blijven vandaag ongedekt?
Deelnemer	Toereikendheid aanbod	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe ervaren de deelnemers hun activeringstraject? Welke ervaringen hebben de deelnemers reeds gehad met ander (reguliere) trajecten, inclusief zorg en hulpverlening? - Welke drempels ervaren ze tijdens het traject? - Vinden de deelnemers een activeringstraject een meerwaarde? - Welke knelpunten ervaren zij nog na het doorlopen van een activeringstraject?
	Samenwerking netwerk	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe ervaren deelnemers de samenwerking in het netwerk? - Hoe staan zij tegenover de verschillende casemanagers en dienstverleners?

bijlage 2 Online vragenlijst werkgevers

Beste mevrouw/meneer

In opdracht van het departement Werk en Sociale economie voert het HIVA-KULeuven momenteel onderzoek rond de activeringstrajecten. Daarvoor spraken wij reeds met betrokken professionals en cliënten. Maar we willen uiteraard ook graag het perspectief van de stageplaats/werkgever meenemen in ons onderzoek. Het zou dan ook heel fijn zijn mocht u enkele korte vragen willen invullen over uw ervaringen met een werknemer met een activeringstraject. (Deze antwoorden worden uiteraard anoniem verwerkt).

Mede dankzij uw input kunnen we zo tot relevante en toepasselijke aanbevelingen komen om het activeringstraject te verbeteren in de toekomst.

Alvast bedankt!

1. In welke provincie ligt uw onderneming/organisatie?

- Antwerpen Vlaams-Brabant
 Oost-Vlaanderen West-Vlaanderen
 Limburg
 Andere (geef nadere toelichting)

2. In welke sector is uw onderneming/organisatie actief?

3. Hoeveel personen met een activeringstraject heeft u al op de werkvloer gehad (sinds het activeringstraject startte op 1 juli 2018)?

- Slechts 1
 2 t.e.m. 5
 6 t.e.m. 10
 10 of meer

4. Heeft u ervaring met werknemers uit een ander type begeleiding (vb. sociale economie, arbeidshandicap...)

- Ja
- Nee

5. Welke begeleiding op de werkvloer krijgen personen met een activeringstraject van u of uw medewerkers? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Geen bijkomende ondersteuning (in vergelijking met de andere medewerkers) | <input type="checkbox"/> Individuele opvolgingsgesprekken |
| <input type="checkbox"/> Mentoring | <input type="checkbox"/> Aangepaste taken |
| <input type="checkbox"/> Aanleren nieuwe taken | <input type="checkbox"/> Materiële aanpassingen op de werkvloer |
| <input type="checkbox"/> Ondersteuning tijdens uitvoeren taken | <input type="checkbox"/> Aangepaste gereedschappen/materialen |
| <input type="checkbox"/> Overige (geef nadere toelichting) | |

* 6. Waarom vindt u het belangrijk om uw werkvloer open te stellen voor personen uit het activeringstraject?

* 7. In welke mate heeft u het gevoel dat u uw doelstellingen met de cliënten in een activeringstraject kan bereiken?

- Volledig
- In grote mate
- In beperkte mate
- Niet

* 8. Wat is uw algemene ervaring met het activeringstraject?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Zeer positief | <input type="radio"/> Overwegend negatief |
| <input type="radio"/> Overwegend positief | <input type="radio"/> Zeer negatief |
| <input type="radio"/> Zowel positief als negatief | |

* 9. Hoe verliep de samenwerking met de andere begeleiders die betrokken zijn bij het activeringstraject (casemanager werk, werkactor, casemanager zorg, zorgactor)?

- Slecht Eerder goed
- Eerder moeizaam Heel goed
- Noch slecht, nog goed

* 10. Wat vindt u positief aan activeringstrajecten? Wat werkt versterkend?

* 11. Wat loopt/liep er minder goed tijdens de activeringstrajecten? Welke behoeften van u als werkgever worden minder of niet vervuld?

* 12. Als u de mogelijk had om het activeringstraject aan te passen, wat zou u dan veranderen?

bijlage 3 Interviewleidraad deelnemers

Onderzoeksvragen uit aanvraag:

De ervaring en beleving van de cliënt (of deelnemer) staat hier centraal.

Toereikendheid aanbod

- Hoe ervaren de deelnemers hun activeringstraject? Welke ervaringen hebben de deelnemers reeds gehad met ander (reguliere) trajecten, inclusief zorg en hulpverlening?
- Welke drempels ervaren ze tijdens het traject?
- Vinden de deelnemers een activeringstraject een meerwaarde?
- Welke knelpunten ervaren zij nog na het doorlopen van een activeringstraject?

Samenwerking netwerk

- Hoe ervaren deelnemers de samenwerking in het netwerk?
- Hoe staan zij tegenover de verschillende casemanagers en dienstverleners?

Vragen interview

- 1) Stel je even kort voor (leeftijd, gezinssituatie, werksituatie op dit moment (werk/vol-tijds/halftijds/waar). Beklemtonen dat ze mogen vertellen wat ze willen!
- 2) Hoe ben je in je activeringstraject terecht gekomen? (zelf aangemeld of via VDAB/GTB/andere: hoe precies verlopen?)?

Indien via anderen: wie vertelde hierover voor het eerst over activeringstraject? Hoe heeft die persoon uitgelegd dat dit traject een meerwaarde voor jou zou kunnen zijn? (wat was volgens haar/hem de meerwaarde van dit traject voor jou, wat zou dit volgens hen voor jou opleveren?). Hoe keek je daar toen tegen aan: in welke mate was je hiervan zelf ook overtuigd?

- 3) Deed je voor je activeringstraject al andere trajecten binnen VDAB (a) – kreeg je al andere ondersteuning op het vlak van zorg (hulpverlening, etc.) (b). Welke? Indien ja: Wat is naar jouw ervaring het verschil tussen die trajecten/ondersteuning en een activeringstraject?
- 4) Hoelang duurde het tussen dat eerste gesprek en de echte opstart van je activeringstraject? Hoe ervaarde je die tussenperiode: als ok, te lang...?
- 5) Wat hoopte je voor jezelf te bereiken met de deelname aan activeringstrajecten? Als je nu op die verwachtingen terugkijkt: in welke mate zijn die verwachtingen ingelost: waar wel/waar niet/waar minder of net meer dan verwacht?
- 6) Activeringstrajecten bestaat uit verschillende stappen/fases: over welke stappen/fases gaat het volgens jou? Geef daarna per stap/fase hoe je de begeleiding van de professionals beleefd hebt (per fase/stap): (indien niet alle stappen benoemd: gaat om PLAN – ACTIES (zorg/werk, m.i.v. stage) – EVALUATIE/BIJSTURING - ADVIES

* Waar hebben ze in de begeleiding (van die fase) bij jou vooral aan gewerkt (verschillen op vlak van werk/zorg)? Hoe heb je dat ervaren? In welke mate ging je daarmee akkoord (verandering in jouw visie/ervaring tijdens traject).

* Wat in de begeleiding die je kreeg tijdens die fase heeft jou echt geholpen om stappen vooruit te zetten?

* Waar botste je tijdens die stappen/fases tegen aan: wat vond je moeilijk? Wat miste je? Waar voelde je onbehagen/weerstand? Hoe zijn de begeleiders daarmee omgegaan?

* Heb jij tips voor de begeleiders: wat zou jij zeker behouden/veranderen aan de begeleiding? (anders voor werk/zorg?)

* Conclusie: Hoe ziet de ideale begeleider er uit? (vaardigheden, manier van omgaan met jou: is dat anders als het gaat om zorg of werk?)

7) Typisch aan activeringstrajecten is dat je verschillende, gespecialiseerde begeleiders krijgt (per fase en afhankelijk van begeleiding in functie van zorg of werk andere begeleiders)

* Met hoeveel begeleiders heb je samengewerkt?

* Hoe werkten die begeleiders samen met elkaar? Wat vond je daarvan?

* Wat vond je moeilijk aan de wissel van begeleiders?

* Als je een probleem had of iets waarmee je zat: aan wie signaleerde je dit dan? Wat verklaart jouw keuze voor die persoon? In welke mate werd daar dan ook iets mee gedaan?

* Ervaarde je het werken met meerdere begeleiders als een meerwaarde?

* Heb je tips i.v.m. wissel/samenwerking begeleiders: wat zou je behouden/veranderen?

TOT SLOT:

- Wat doe je nu – waar sta je volgens jou nu zelf?

- Welke rol speelde je activeringstraject hierin.

- Zou je activeringstrajecten aan anderen aanraden? Leg je keuze uit. Wanneer wel/niet?

- Samenvatting: wat maakte jouw activeringstraject al dan niet succesvol? Waar ligt voor jou de sleutel/oorzaak van dat succes? (peilen naar rol eigen motivatie/kwaliteit begeleiding/kwaliteit samenwerking tussen begeleiders, etc.)

bijlage 4 Kans op eindadvies 'Niet toeleidbaar' naar provincie

Tabel b4.1 Eindadviezen naar provincie

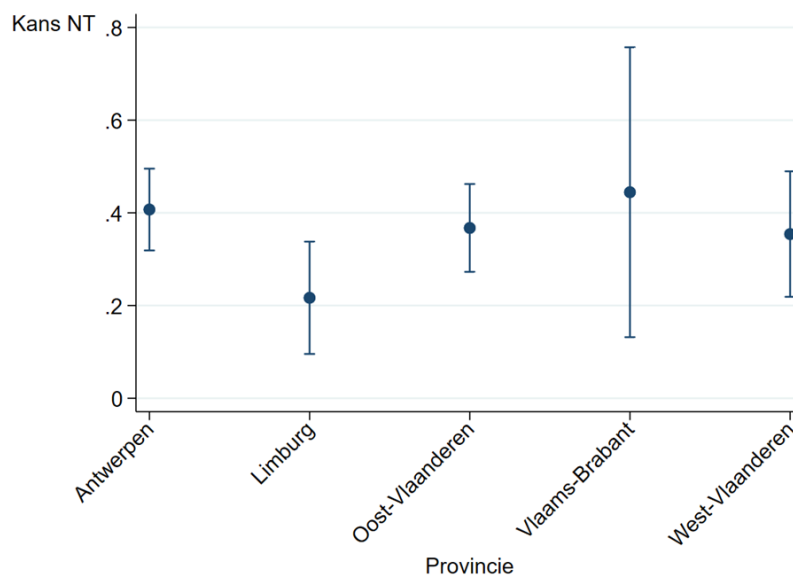
Eindadvies	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams-Brabant**	West-Vlaanderen	Totaal
AB	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	4.17%	0.61%
AD	0.88%	1.67%	2.04%	0.00%	4.17%	1.83%
AZ	8.85%	8.33%	8.16%	0.00%	8.33%	8.23%
BC	5.31%	13.33%	15.31%	0.00%	8.33%	10.06%
LD	0.88%	1.67%	2.04%	0.00%	2.08%	1.52%
NC	43.36%	53.33%	35.71%	55.56%	37.50%	42.38%
NT	40.71%	21.67%	36.73%	44.44%	35.42%	35.37%

* % geven weer hoeveel procent van de deelnemers in de provincie dit type eindadvies kreeg.

** Slechts 11 trajecten werden reeds afgerond/stopgezet. Vandaar de vele nulwaarden bij de percentages.

Bron Eigen verwerking data VDAB

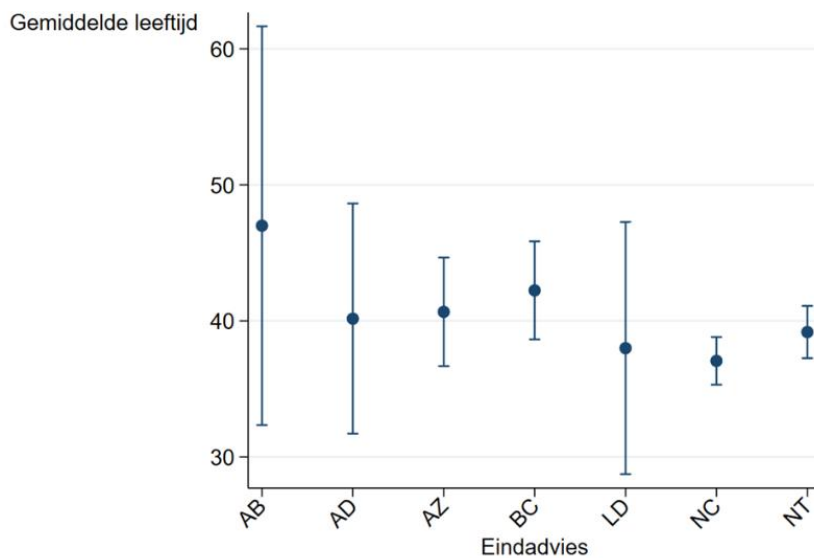
Figuur b4.1 Kans op eindadvies 'Niet toeleidbaar' naar provincie



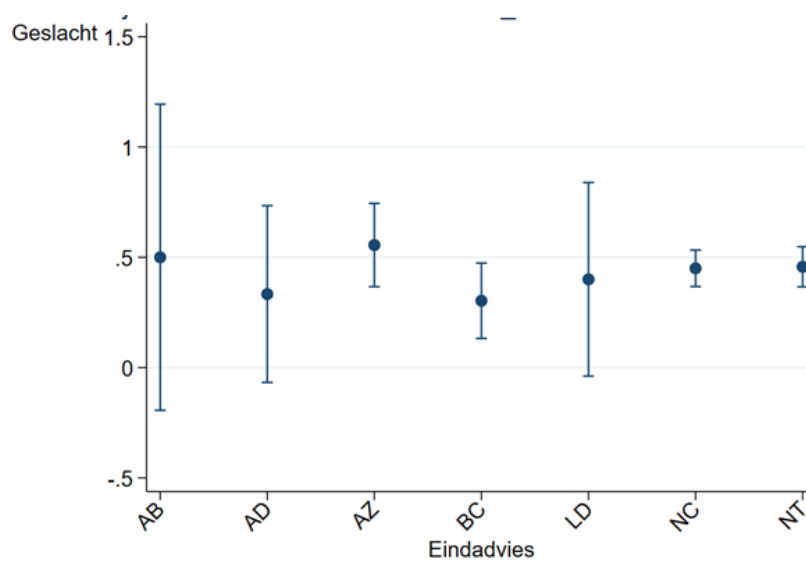
Bron Eigen verwerking data VDAB

bijlage 5 Vergelijking algemeen profiel en drempels tot de arbeidsmarkt tussen zij die ooit gewerkt en zij die nooit gewerkt hebben na hun traject

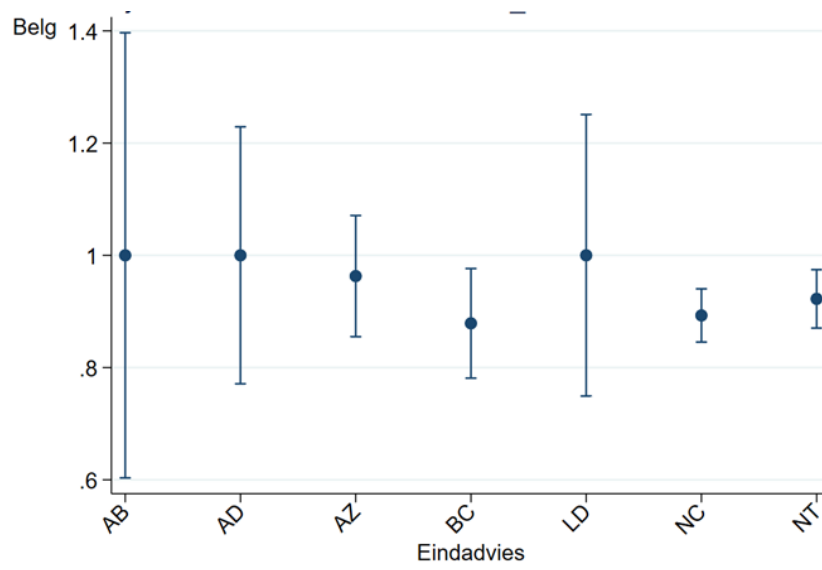
b5.1 Leeftijd



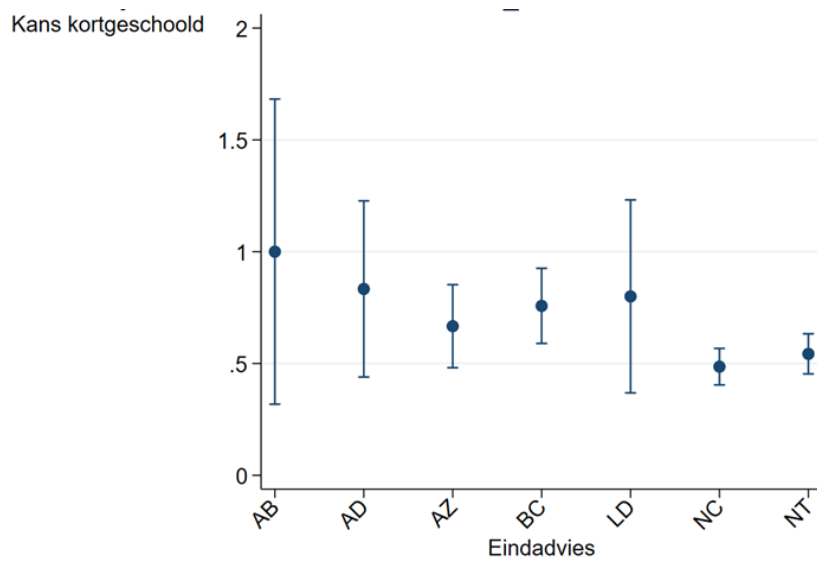
b5.2 Geslacht



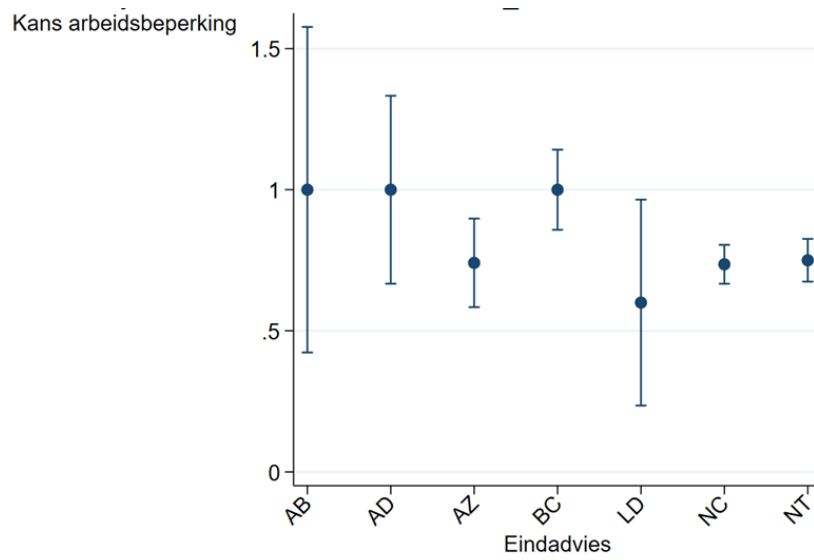
b5.3 Nationaliteit



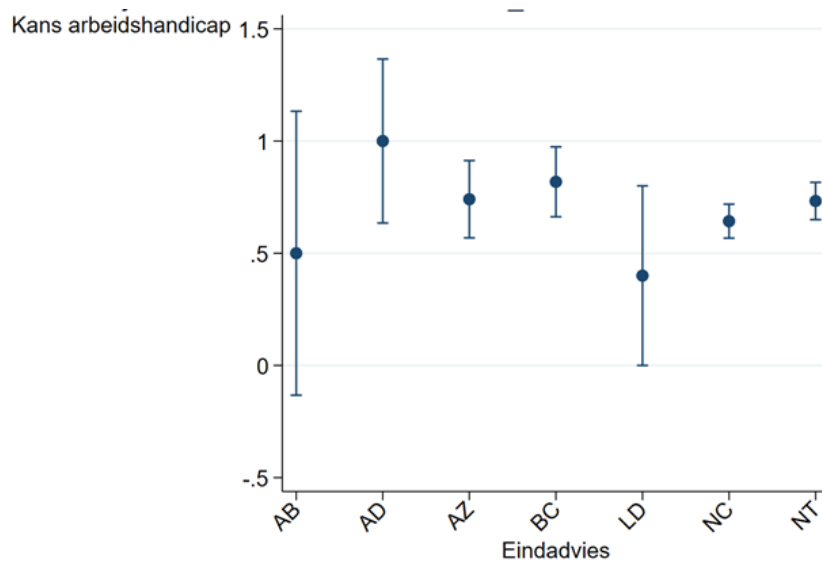
b5.4 Studieniveau



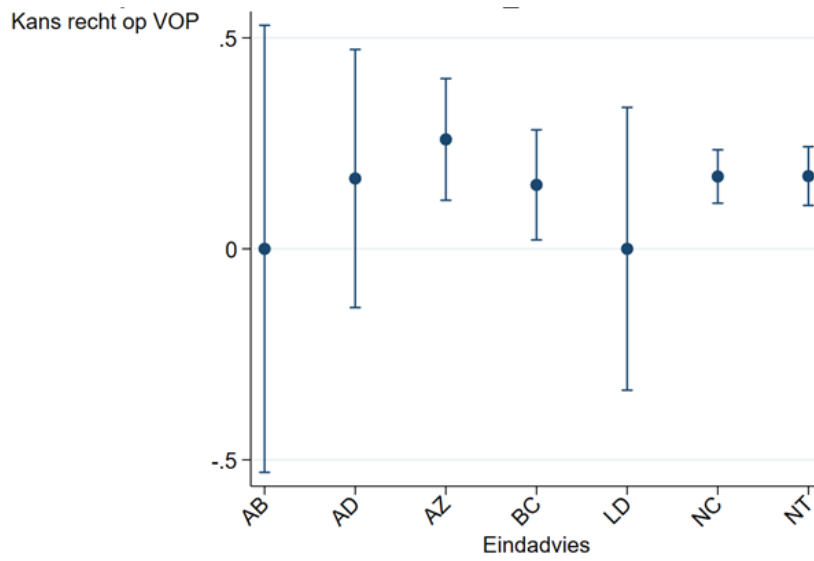
b5.5 Arbeidsbeperking



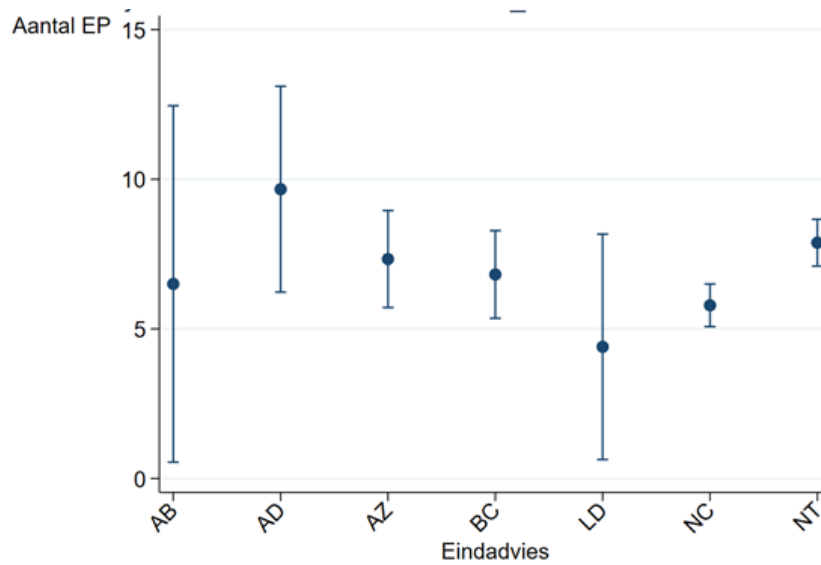
b5.6 Arbeidshandicap



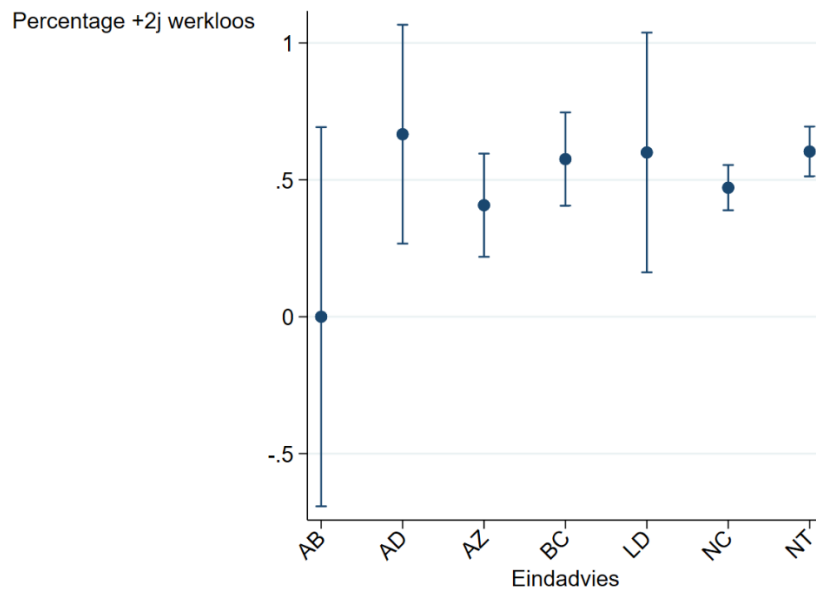
b5.7 Recht op VOP



b5.8 Aantal ernstige problemen



b5.9 Werkloosheidsduur



Referenties

- Departement Welzijn, Volksgezondheid & Gezin. (2018) Draaiboek Casemanager zorg. Geraadpleegd uit 20183110_Draaiboek_CMZ.pdf (departementwvg.be)
- Desiere, S., Van Landeghem, B. & Struyven, L. (2018). Wat het beleid aanbiedt aan wie: een onderzoek bij Vlaamse werkzoekenden naar vraag en aanbod van activering. Onderzoek in opdracht van Vlaams minister van Werk Ph. Muyters in het kader van het Viona-programma 2017. KU Leuven-HIVA rapport ISBN 9789055506552.
- Knipprath, H. and Cabus, S.J. (2020). Integration of Disabled Persons in the Competitive Labour Market: What Incentives Work? KU Leuven, Research Institute for Work and Society (HIVA) (Forthcoming in 2021).
- Lamberts, M. & Van Peteghem, J. (2016). Integration and inclusion in the labour market in the European Union. European Centre for Workers' Questions, www.eza.org, pp. 136.
- Leroy, F. & Ranschaert, W. (2018). Van risicogroepen, kansengroepen en doelgroepen naar doelen, kansen en inclusie. Over.Werk, 2018, 1.
- Moore G. F., Audrey S., Barker M., Bond L., Bonell C., Hardeman W. et al. (2015) Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance BMJ 2015; 350.
- OECD (2003). *Transforming disability into ability. Policies to promote work and income security for disabled people*. Paris: OECD.
- SARWWG (2012) Adviesnota integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen. Brussel: SARWWG.
- VDAB (n.d.). Draaiboek voor casemanagers en dienstverleners. Geraadpleegd uit <https://partners.vdab.be/sites/web/files/doc/partners/cvs/projecten/Draaiboek%20AT%20voor%20casemanagers%20en%20dienstverleners.docx>
- VDAB (2012). Uitbesteding zorgbegeleiding binnen activering van werkzoekenden. Geraadpleegd uit <https://partners.vdab.be/nieuwsbrief/december2012/zorgbegeleiding.shtml>
- VDAB (2021). Draaiboek voor penhouders. Geraadpleegd uit <https://extranet.vdab.be/system/files/media/bestanden/2021-01/20210119%20Draaiboek%20AT%20voor%20penhouders%20v5.pdf>
- Verweij, S., Arum van, S. & Veer van der, K. (2018) Wat werkt bij integraal werken in de wijk. Utrecht: Movisie.
- Vlaamse overheid (2021). Vlaamse ondersteuningspremie. Geraadpleegd uit <https://www.vlaanderen.be/vlaamse-ondersteuningspremie>
- Vlaamse regering (2017) XXX Geraadpleegd uit <https://beslissingenvlaamseregering.vlaanderen.be/document-view/51e515c8-dec1-11e9-aa72-0242c0a80002>