

TITEL: PROCES-EVALUATIE ACTIVERINGSTRAJECTEN VOOR PERSONEN MET EEN MEDISCHE, MENTALE, PSYCHISCHE, PSYCHIATRISCHE EN/OF SOCIALE PROBLEMATIEK

Auteur(s): Goedroen Juchtmans & Monica Wouters (KULeuven-HIVA)

Onderzoeksleders: Peter De Cuyper & Sofie Cabus (KULeuven-HIVA)

1. Korte samenvatting van het onderzoek (abstract)

Dit onderzoek is een procesevaluatie van de activeringstrajecten, een maatregel binnen het decreet houdende de werk- en zorgtrajecten (2014) om de drempels richting arbeidsmarkt van de groep MMPPS-personeel te remediëren. De aandacht binnen het onderzoek ging in de eerste plaats naar de analyse van de uitvoering van de activeringstrajecten en van de interdisciplinaire samenwerking tussen de professionals die de activeringstrajecten binnen regionale netwerken concreet vormgeven en uitvoeren. Hiertoe vroegen we verschillende betrokkenen, ook de deelnemers, om het proces dat ze lopen binnen een activeringstraject te beschrijven en hun ervaringen ermee weer te geven. Dit gebeurde steeds in dialoog met het decretale kader. Daarnaast analyseerden we ook kwantitatieve databronnen om het profiel van de deelnemers en het perspectief van de werkgevers in kaart te brengen. De resultaten en de beleidsaanbevelingen hieruit maken het de overheid mogelijk op een geïnformeerde wijze aanpassingen doen aan het decretaal kader.

Uit het onderzoek blijkt dat het traject van de deelnemers meer succesvol verloopt als er een tijdige en passende toeleiding is vanuit de reguliere dienstverlening, er een team rond de deelnemers wordt gebouwd waarin de verschillende rollen duidelijk zijn (ook voor de deelnemer), er korte communicatielijnen bestaan tussen de professionals en met de deelnemer, en er een match is tussen de noden en competenties van de deelnemer en de werkvloer tijdens de activeringsstage. In het creëren van die match spelen de wisselwerking tussen werk en zorg die dan best gelijktijdig verlopen, een cruciale rol, net als de wisselwerking tussen deelnemer, werkfactor en mentor of werkgever.

Werken aan een tijdige en passende toeleiding is een eerste speerpunt in de aanbevelingen. Dit kan via een inclusieve aanpak binnen de reguliere dienstverlening, een gerichte communicatiestrategie over de maatregel activeringstrajecten naar reguliere dienstverleners binnen VDAB en door meer structurele dwarsverbanden te creëren tussen reguliere dienstverleners en partners binnen de activeringstrajecten.

Het decreet stelt ten tweede kwaliteitsvolle begeleiding op maat voorop. Volgens de professionals is de vrijheid die het decreet geeft om als regionaal netwerk de samenwerking vorm te geven hier een belangrijke voorwaarde toe. Niettemin is het belangrijk om decretaal **teamwerk rond de deelnemer meer aan te moedigen** door de casemanager werk en zorg in tandem het traject te laten opstarten, door een beperking te leggen op het aantal organisaties die een casemanager zorg kunnen aanbieden of door dit casemanagement door een vaste zorgpartner te laten opnemen. Daarnaast kan de kwaliteit van de begeleiding verbeterd worden via een **financieel- en administratief kader waarin men de partners uitbetaalt per traject in plaats van per actie**. Dergelijk kader past beter bij de begeleidingsstijl van de professionals, die vertrekken vanuit de zorg- en werknoden van de deelnemer en op tempo en op maat van de deelnemer de deelnemer wil doen groeien richting betaald werk. Dat groeipad vereist ook een **activeringsstage** die hierop geënt is, dit wil zeggen **voldoende flexibel en divers** kan worden ingevuld en de **financiële drempels** om de stage en bijhorende begeleiding te kunnen voltooien **helemaal wegwerkt**.

Het activeringstraject eindigt met een advies. Dit advies bepaalt ook het traject dat daarna volgt (opnieuw bemiddeling via VDAB of extra begeleiding op vlak van zorg). Alle professionals, inclusief werkgevers, vragen om **meer aandacht voor dit natraject of de nazorg**, en dit al tijdens het traject zelf, zodat de deelnemer niet in onzekerheid het traject moet eindigen.

Tot slot is het belangrijk om als overheid **stimuli** te geven **om de kwaliteitszorg binnen en tussen de netwerken te verhogen**. Dit kan door meer ruimte geven aan de penhouder die het netwerk coördineert, om intervisiemomenten te organiseren, zelf te leren uit geanonimiseerde VDAB-resultaten van het netwerk, of via een feedbackinstrument waarin de deelnemer kan terugblikken op het traject en vooruitkijken naar de toekomst. Om te grote verschillen in kwaliteit tussen netwerken te vermijden, kan het verder nuttig zijn om een netwerkoverschrijdend lerend netwerk te installeren die samen reflecteert over goede praktijken en zo tot een **overkoepelend kwaliteitskader** komt dat de noodzakelijke ingrediënten aanreikt die bij elke deelnemer de drempels richting de arbeidsmarkt kunnen remediëren.

Key words:

Doelgroepenbeleid, MMPPS-personen, activering, procesevaluatie, interdisciplinaire samenwerking, wisselwerking werk en zorg, stage

2. Doelen van het onderzoek

Dit onderzoek is een procesevaluatie van de activeringstrajecten, een maatregel binnen het decreet houdende de werk- en zorgtrajecten (2014) om de drempels richting arbeidsmarkt van de groep MMPPS-personen te remediëren. De aandacht binnen het onderzoek ging in de eerste plaats naar de analyse van de uitvoering van en de samenwerking tussen de professionals die de activeringstrajecten concreet vormgeven en uitvoeren. 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.

Verduidelijking van kernbegrippen

- **MMPPS-personen:** dit zijn personen die door één of meer belemmeringen van medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale aard niet tot betaalde beroepsactiviteit komen.
- **Activeringstrajecten:** 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 volgens het decreet 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.”*
- **Professionals:** Verschillende professionals dragen elk op hun eigen wijze en vanuit hun eigen expertise bij aan het wegwerken van de drempels tot de arbeidsmarkt 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 samenwerking binnen een breed, divers en interdisciplinair netwerk met enerzijds casemanagers werk en zorg en anderzijds werk- en zorgactoren. Ook de deelnemer speelt zelf een centrale en actieve rol in het eigen traject.

3. Methoden en data

Een procesevaluatie vereist een kwalitatief design, waarin via interviews en focusgroepen de verschillende betrokkenen gevraagd worden om het proces dat ze lopen binnen een activeringstraject te beschrijven en hun ervaringen ermee weer te geven. Dit gebeurde steeds in dialoog met het decreetale kader. Daarnaast analyseerden we ook kwantitatieve databronnen om het profiel van de deelnemers in kaart te brengen en het perspectief van de werkgevers. In de methodische toelichting wordt per actor duidelijk welke methodische aanpak we gekozen hebben en welke kwantitatieve databronnen we gebruikten.

Methodische toelichting

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

4. Bevindingen

1. Profiel deelnemer

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.

2. De toeleiding vanuit de reguliere dienstverlening loopt niet altijd even efficiënt

Vooraleer de deelnemers in het activeringstraject terecht komen, hebben ze vaak een heel parcours in de reguliere begeleiding afgelegd. Uit de interviews met de deelnemers blijkt 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 hun 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. Maar ook met die stimuli blijven VDAB-bemiddelaars en DGS 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 lijkt het activeringstraject een soort 'laatste kans' voor deze groep werkzoekenden om alsnog werk te vinden.

De hierboven beschreven toeleidingstrategie zorgt er volgens de begeleiders voor dat er regelmatig deelnemers met te ernstige problematieken in een activeringstraject terechtkomen. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de toeleiders hun klanten nog met een TAZ-bril doorverwijzen. 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). Dit doet vermoeden dat de huidige maatregel nog niet voldoende gekend is. 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'.

Voor wie in een activeringstraject terechtkomt, is dit vaak een keerpunt. Vanaf dan, zo stellen de deelnemers, kregen ze de ondersteuning die ze nodig hadden. Dit wil zeggen: 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.

3. Werken met een team rond een deelnemer is het meest succesvol

Hoewel het decreet dit niet eenduidig aanbeveelt, 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 (en soms ook de medewerker van DGS) die doorverwijst. 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 ze 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 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 zien dat in die cases de professionals een team rond de deelnemer vormen. Als team overleggen ze regelmatig om de begeleiding te bespreken en zetten ze samen alle nodige stappen. Dit zorgt ervoor dat elke professional op ieder 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.

4. Spanningsveld tussen begeleidingsstijl professionals en administratief en financieel kader

Iedere actie waarvoor de uitvoerder 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. Ook 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, die eerder organisch is en op het tempo van de deelnemer gebeurt. Tijd nemen, 'er zijn voor de deelnemer op elk moment' en optimaal inspelen op wat nodig is voor een deelnemer, is volgens hen het maatwerk leveren dat het decreet centraal zet. Dat begeleiders beschikbaar zijn voor de deelnemer en snel op hun vragen reageren, waardenen ook de 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.

5. De meerwaarde van een vertrouwenspersoon doorheen het hele traject in combinatie met gespecialiseerde begeleiding

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 werkdactoren terechtkomen, en ook door werkdactoren 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 de nood aan een vertrouwensband in combinatie met gespecialiseerde begeleiding 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 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 (zie resultaat 3). Er zijn immers minder professionals waarmee men overleg moet organiseren waardoor er kortere communicatielijnen ontstaan.

6. Decreet laat regionale netwerken vrijheid om eigen accenten te leggen

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. Hier liggen nog kansen voor de toekomst.

7. Een grote variatie in de invulling en beleving van de activeringsstage

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. Het belang van een goede match tussen werkgever, werkplek en werksfeer (collega's) enerzijds en de deelnemer anderzijds tijdens de stage mag daarbij niet onderschat worden. Is die match er, dan kan de stage het zelfvertrouwen van de deelnemer doen toenemen en soms leiden tot aanwerving in het desbetreffende bedrijf of organisatie. Uit de online-bevraging met de werkgevers weten we dat de werkgevers 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 aanklappend te werken.

5. Beleidsimplicaties

1. Naar een betere communicatie en afstemming over de maatregel activeringstrajecten bij de reguliere dienstverlening

- ▶ 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. Het geeft ook meer kansen om de doelgroep met succes op betaald werk voor te bereiden.
- ▶ 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;
 - * *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;
 - * *GTB-medewerkers* die activeringstrajecten begeleiden *kunnen* op bijvoorbeeld een dossieroverleg *collega's* zonder ervaring met een activeringstraject *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).
- ▶ 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.
- ▶ Meer contacten en dwarsverbanden tussen partners activeringstrajecten en reguliere dienstverleners, zal spontaan leiden tot een meer passende en tijdige toeleiding. Als een zorgactor regelmatig aanwezig is in bijvoorbeeld de werkwinkel of in het VDAB-gebouw (om daaraan dienstverlening te doen), dan groeit 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. Hiermee zijn goede ervaringen. Te vermijden valt 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.
- ▶ Toeleiding van vluchtelingen en anderstaligen gebeurt amper, ook al beschikken ze over het juiste profiel. Mogelijke oplossingen zijn de toeleidingsvoorwaarden voor vluchtelingen en anderstaligen te herbekijken of de externe zorgpartners te verruimen zodat ze zorgbegeleiding en therapie kunnen krijgen in hun taal (in kader van op maat werken).

2. Ingrediënten voor een samenwerking in team rond de deelnemer

Een analyse van succesvolle cases wees uit dat professionals in die cases als een team werken rond de deelnemer (zie conclusie 3). Volgende aanbevelingen zijn op die praktijk gebaseerd:

- ▶ 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 werkfactor 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.
- ▶ Mogelijk is ook om de fase van het trajectplan in tijd te verlengen, zodat de professionals zich hierop praktisch kunnen organiseren (bvb. 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 opgerekend 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.
- ▶ 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.
- ▶ 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.
- ▶ 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.

3. Voorstellen voor meer afstemming tussen de begeleidingsstijl van de professionals en het administratief- en financieel kader

- ▶ Via een administratieve vereenvoudiging. Dit kan de administratieve last verlagen, ook voor de casemanager werk, en meer tijd genereren voor de begeleiding van de deelnemers;
- ▶ Via een verhoging van de budgetten per traject, zodat noodzakelijke begeleiding niet moet worden stopgezet omdat het geld op is;
- ▶ Via 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.

4. Naar duidelijkere omschreven en minder rollen of functies binnen activeringstrajecten?

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 (meer bepaald door een collega). 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 casemanager 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.

5. Van verschillen in aanpak naar een gedeeld kwaliteitskader

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 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 men de visie en aanpak binnen een netwerk met de partners voortdurend doorspreekt. 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 ook een netwerkoverschrijdend lerend netwerk nuttig zijn. Hierin kunnen professionals van elk netwerk en van DGS, en met input van de deelnemers, de opdracht krijgen een gedeeld kwaliteitskader te ontwikkelen of 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 kijken op het activeringstraject. Dit instrument moet het meer specifiek mogelijk maken om als deelnemer 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 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 men met de penhouders kunnen nadenken over overkoepelende indicatoren of een systeem van monitoring en evaluatie die bruikbaar kan zijn om de dienstverlening binnen de netwerken te verbeteren.

6. Een activeringsstage op maat van de deelnemer

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 flankiert 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. Zowel de werkactor als de stageplaats kunnen 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. 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. Zo wordt de stage een gedeelde verantwoordelijkheid en is de kans op een betere overgang van de stage naar betaald werk hoger. Beide taken vallen binnen de vastgelegde taken van de werkactor, maar een nauwgezette opvolging hiervan door de VDAB kan nuttig 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.

Volledige referentie van onderzoeksrapport(en) of paper(s) en andere sleutelpublicaties van het hier samengevatte onderzoek

Juchtmans, G. & Wouters, M. (2021), Procesevaluatie activeringstrajecten voor personen met een medische, mentale, psychische, psychiatrische en/of sociale problematiek. Leuven: HIVA-KULeuven.