



Vlaanderen
is werk

Evaluatie oproep vindplaatsgericht en outreaching bereiken van personen met gezondheidsuitdagingen in welzijns- en zorgsettings

Eindrapport

DEPARTEMENT
WERK, ECONOMIE
WETENSCHAP, INNOVATIE &
SOCIALE ECONOMIE

December 2025

Sara Vissers, Lisa Popelier

INHOUD

Inhoud	iii
Samenvatting.....	viii
1.1 Leeswijzer	xii
2 Inleiding.....	1
2.1 Situering	1
2.2 Oproep vindplaatsgericht en outreachend bereiken van personen met gezondheidsuitdaging.....	2
2.2.1 Doelstelling projectoproep	2
2.2.2 Rol sleutelactoren	3
2.2.3 Projecten en vindplaatsen	3
2.2.4 Finale doelgroep	4
3 Aanpak en focus van de evaluatie.....	4
3.1 Evaluatiedoelstelling en centrale beleidsvraag	5
3.2 Evaluatievragen.....	5
3.3 Evaluatiebenadering	6
3.4 Evaluatiestrategie	7
3.4.1 Opmaak programmatheorie	7
3.4.2 Case selectie vindplaatsen	9
3.4.3 Data collectie	10
3.4.4 Data analyse.....	13
3.4.5 Validering resultaten en opmaak beleidsaanbevelingen	13
3.5 Afwegingen en beperkingen van het evaluatieonderzoek	14
3.6 Opvolging en sturing evaluatie	16
4 Noden en drempels met betrekking tot activering van personen met een gezondheidsuitdaging.....	17
4.1 Noden en drempels van personen met gezondheidsuitdaging m.b.t. activering	17
4.1.1 Drempels en noden m.b.t. de arbeidsmarkt en de werkomgeving	19
4.1.2 Psychologische drempels	21
4.1.3 Situationele drempels	23
4.1.4 Socio-economische drempels	24
4.1.5 Sociaal-maatschappelijke drempels	26

4.2	Noden en drempels van zorgprofessionals in het ondersteunen van personen met gezondheidsuitdagingen inzake activering	27
4.2.1	Gebrek aan kennis en informatie	27
4.2.2	Gebrek aan tijd.....	29
4.2.3	Gebrek aan geïntegreerde dienstverlening voor cliënten	29
4.2.4	Gebrek aan multidisciplinaire samenwerking en afstemming tussen actoren georganiseerd rond de cliënt	30
4.2.5	Dubbele rol: zorgen voor gezondheid én zo snel mogelijk activeren.....	31
4.2.6	Uitdagingen bij het adviseren over arbeids(on)geschiktheid	32
5	Opzet van de dienstverlening binnen casestudies	34
5.1	Dienstverlening voor finale doelgroep.....	34
5.2	Dienstverlening voor de zorgprofessionals	36
6	Toeleiding en bereik van de doelgroepen	40
6.1	Rekrutering en bereik van vindplaatsen en zorgprofessionals	40
6.1.1	Aanpak van rekrutering van vindplaatsen.....	40
6.1.2	Bereikt aantal en types vindplaatsen en zorgprofessionals.....	41
6.1.3	Redenen van vindplaatsen en zorgprofessionals om niet deel te nemen aan het project.....	43
6.2	Toeleiding en bereik van personen met gezondheidsuitdagingen	45
6.2.1	Aanpak voor toeleiding van personen met gezondheidsuitdagingen.....	45
6.2.2	Factoren voor een succesvolle toeleiding van cliënten naar de coach werk ...	48
6.2.3	Aantal en profiel van bereikte deelnemers	53
7	Effecten van de dienstverlening.....	59
7.1	Effecten van de dienstverlening bij de finale doelgroep	59
7.1.1	Inschrijving bij VDAB	61
7.1.2	Werkhervatting en heroriëntering richting duurzame(re) loopbaan	63
7.1.3	Andere (tussen)stappen richting werk	64
7.1.4	Effecten op psychologische basisbehoeften voor een terugkeer naar werk....	65
7.1.5	Andere effecten m.b.t. het welzijn van de finale doelgroep.....	67
7.2	Effecten van de dienstverlening bij zorgprofessionals.....	69
7.2.1	Verhoogde kennis en deskundigheid	69
7.2.2	Meer aandacht voor het thema werk en proactieve bespreking van werk met cliënten.....	70
7.2.3	Ontzorging en tijdswinst	71

7.2.4	Een betere integratie van het werktraject in het zorgtraject.....	72
8	Cruciale factoren voor de effectiviteit van de dienstverlening.....	73
8.1	Factoren m.b.t. de vormgeving/aanpak van de dienstverlening	73
8.1.1	Professionaliteit van de coach werk.....	73
8.1.2	Gehanteerde methoden en werkprincipes van coach werk.....	76
8.1.3	Logistieke kenmerken van activiteiten	79
8.2	Factoren m.b.t. de samenwerking op de vindplaats	82
8.2.1	Contact en afstemming tussen coach werk en zorgprofessionals	82
8.2.2	Terugkoppeling van coach werk naar zorgprofessionals.....	82
8.2.3	Een gedeelde visie over het belang van activering en werk in het herstelproces	84
8.3	Factoren m.b.t. de opzet en het beheer van de oproep.....	87
8.3.1	Lancering en voorwaarden kandidaatstelling oproep	87
8.3.2	Looptijd en financiering	88
8.3.3	Projectmonitoring	90
8.3.4	Coördinatie, kennisdeling en afstemming op het niveau van de oproep	91
8.4	Factoren m.b.t. afstemming en inbedding van projecten in de Vlaamse context....	91
9	Conclusies.....	97
9.1	Opzet van de dienstverlening binnen de projecten en vindplaatsen	97
9.2	Beoogde resultaten en inspelen op noden van doelgroep en zorgprofessionals	99
9.3	Organisatie van samenwerking en integratie met bestaande diensten.....	100
9.4	Bereikte doelgroep en mate van bereik van “moeilijk bereikbare” groepen	102
9.5	Ervaringen en evaluaties van de dienstverlening door cliënten en zorgprofessionals	103
9.6	Effectiviteit van de dienstverlening: succesfactoren en uitdagingen.....	105
10	Aanbevelingen	108
11	Bijlagen	112
11.1	Beschrijving geselecteerde vindplaatsen (casestudie)	112
11.1.1	AZ Rivierenland Bornem	112
11.1.2	AZ Oostende	115
11.1.3	Praktijk ARZO	118
11.1.4	P.C. Sint Hiëronymus	120
11.1.5	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Kohesi	123
11.1.6	Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt.....	125

11.2	Samenstelling klankbordgroep	127
11.3	Leidraden (groeps) interviews	128
11.3.1	Leidraad verkennend interview projectcoördinatoren	128
11.3.2	Leidraad verdiepend interview projectcoördinatoren.....	133
11.3.3	Leidraad interview coach werk geselecteerde vindplaatsen	138
11.3.4	Leidraad groepsinterview zorgprofessionals geselecteerde vindplaatsen.....	143
11.3.5	Leidraad groepsgesprek rekrutering vindplaatsen	146
11.4	Online bevraging personen met gezondheidsuitdaging	148
11.5	Monitoringsgegevens projecten voor de acties in de periode januari-juni 2025 (situatie op 30/09/2025)	163
12	Bibliografie.....	163

FIGUREN

Figuur 1	Preliminare veranderingstheorie	8
Figuur 2	Beweegreden of aanleiding om beroep te doen op dienstverlening van coach werk	18
Figuur 3	Mate van vertrouwen van finale doelgroep in instanties/personen op schaal van 0 tot 10	23
Figuur 4	Overzicht acties gericht aan finale doelgroep binnen casestudies.....	34
Figuur 5	Overzicht acties gericht aan zorgprofessionals binnen casestudies	37
Figuur 6	Aantal betrokken vindplaatsen per provincie	42
Figuur 7	Overzicht type betrokken vindplaatsen	43
Figuur 8	Toeleiding cliënten naar de coach werk.....	46
Figuur 9	Overzicht belangrijke elementen in de toeleiding van de einddoelgroep	48
Figuur 10	Bereik deelnemers via individuele en collectieve acties uitgesplitst per provincie .	53
Figuur 11	Demografische en socio-economische kenmerken van de respondenten bevraging geselecteerde vindplaatsen.....	54
Figuur 12	Arbeids-en gezondheidssituatie van de respondenten bevraging geselecteerde vindplaatsen op moment van eerste gesprek met coach werk.....	56
Figuur 13	Reden arbeidsongeschiktheid van respondenten bevraging in geselecteerde vindplaatsen	57
Figuur 14	Personen die werden geconsulteerd voor een vraag over werk vóór het contact met de coach werk	58
Figuur 15	Geconsulteerde personen/instanties ivm vraag over werk voor het eerste gesprek met coach werk en/of sinds start arbeidsongeschiktheid.....	58
Figuur 16	Situatie van bevroegde respondenten uit de finale doelgroep na afloop van ondersteuning door coach werk.....	60
Figuur 17	Uitkomsten van de begeleiding op basis van monitoringsgegevens van alle projecten	61

Figuur 18 Ervaren effecten van het gesprek of de gesprekken met de coach werk	66
Figuur 19 Tevredenheid over luisterbereidheid	75
Figuur 20 Tevredenheid over aanpak op maat.....	77
Figuur 21 Tevredenheid over de resultaatsgerichtheid van de aanpak van de coach werk	77
Figuur 22 Tevredenheid over informatieverstrekking	78
Figuur 23 Tevredenheid over de plaats van de gesprek(ken) met de coach werk.....	80
Figuur 24 Tevredenheid over privacy gegevens	81
Figuur 25 Tevredenheid over de samenwerking tussen coach werk en de zorgprofessionals op de vindplaats	84
Figuur 26 Tevredenheid over het moment van de gesprek(ken).....	84

SAMENVATTING

Inleiding

De Vlaamse Regering streeft naar een werkzaamheidsgraad van 80%. Om die ambitie te realiseren, is het essentieel om ook personen met gezondheidsuitdagingen beter te ondersteunen in hun re-integratie naar werk. In dat kader werd in 2023 een oproep gelanceerd om deze doelgroep vindplaatsgericht en outreachend te ondersteunen, i.e. door dienstverlening aan te bieden in welzijns- en zorgsettings (vindplaatsen) waar de doelgroep aanwezig is en zich vertrouwd voelt. Op die manier trachtte de oproep personen te bereiken die moeilijk bereikt worden via reguliere trajecten alsook zorgprofessionals die een sleutelrol spelen in het bespreekbaar maken van werk. De oproep voorzag €6 miljoen die werd toegekend aan 8 projecten verspreid over Vlaanderen. De projecten worden uitgevoerd door emino, GTB, Web Werkt, Job Assist en Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg. De projecten hebben als jaarlijks gezamenlijk doel om minstens 4.000 extra personen toe te leiden naar VDAB.

Binnen de projecten wordt de dienstverlening hoofdzakelijk uitgevoerd door de coaches werk. In diverse settings of vindplaatsen (vb. ziekenhuizen, wijkgezondheidscentra, psychiatrische instellingen en eerstelijnspraktijken) informeren, sensibiliseren en motiveren zij personen met gezondheidsuitdagingen met betrekking tot hun re-integratie of terugkeer naar werk. De coaches werk werken hiervoor samen met de zorgprofessionals aanwezig op de vindplaats. In sommige gevallen wordt een zorgprofessional vanuit de vindplaats, de zogenaamde coach zorg, hier ook vanuit het project financieel voor ondersteund.

Opzet van het evaluatieonderzoek

Het evaluatieonderzoek werd opgezet en uitgevoerd door de studiedienst van het Departement Werk, Economie, Wetenschap, Innovatie en Sociale Economie (WEWIS). Het doel van het onderzoek was om beleidsgerichte inzichten te verzamelen over de werking, effectiviteit en toekomstmogelijkheden van de vindplaatsgerichte en outreachende dienstverlening rond het thema werk voor personen met gezondheidsuitdagingen en zorgprofessionals.

De evaluatie liep van juli 2024 tot september 2025. De evaluatie werd uitgewerkt via een casestudie design waarbij kwalitatieve en kwantitatieve informatie werd verzameld op 6 vindplaatsen. Deze vindplaatsen werden geselecteerd rekening gehouden met variatie volgens diverse criteria waaronder de betrokken projectorganisatie, de geografische locatie, type vindplaats en de aanwezigheid van een coach zorg. Informatie over deze cases werd verzameld via semigestructureerde interviews met de coaches werk, coach zorg en projectcoördinatoren en via groepsgesprekken met zorgprofessionals en personen die binnen de projecten instaan voor de rekrutering van vindplaatsen. Aanvullend werd voor 63 cliënten behorende tot de

einddoelgroep ook informatie ingewonnen via een online bevraging en werden monitoringsgegevens aangeleverd door de projecten geanalyseerd.

Het evaluatieonderzoek werd opgezet en uitgevoerd door Sara Vissers en Lisa Popelier van de studiedienst van het Departement Werk, Economie, Wetenschap, Innovatie en Sociale Economie (WEWIS). Voor de opvolging en sturing van de evaluatie werd een kerngroep met vertegenwoordigers van VDAB, RIZIV en de ziekenfondsen opgericht. Aanvullend stond een bredere klankbordgroep in voor de validering van de onderzoeksopzet, resultaten en aanbevelingen.

Belangrijkste bevindingen

1. Drempels en noden bij cliënten

Personen met gezondheidsuitdagingen ervaren uiteenlopende drempels bij hun terugkeer naar werk:

- **Drempels gelinkt aan arbeidsmarkt en werkomgeving** zoals gebrek aan werkplekaanpassingen en ondersteuning werkgever, gebrek aan flexibele werkoplossingen en complexe administratie bij werkhervatting, stigma en attitudes op de werkvloer.
- **Psychologisch drempels** zoals (faal)angst, onzekerheid, schaamte, zelfstigmatisering en gebrek aan vertrouwen in instanties.
- **Situationele drempels** waaronder problemen met mobiliteit, kinderopvang en huisvesting.
- **Socio-economisch:** gebrek aan participatie aan levenslang leren en tijdige aandacht voor heroriëntatie/leernoden, leeftijdsgebonden uitdagingen (vb. anciënniteit) en financiële onzekerheid.
- **Sociaal-maatschappelijk:** stigma rond ziekte, vooral bij personen met psychische aandoeningen en de moeilijke balans tussen werk, zorg en privé in een veeleisende samenleving.

2. Drempels bij zorgprofessionals

Zorgprofessionals willen hun cliënten ondersteunen richting werk, maar botsen op een gebrek aan kennis over re-integratie en regelgeving. Daarnaast ervaren ze tijdsdruk en beperkte ruimte tijdens consultaties om de vragen van cliënten inzake werk te verhelderen en bespreken. Ook de samenwerking en uitwisseling met instanties die een rol opnemen in re-integratie en activering zoals VDAB, mutualiteiten en arbeidsartsen wordt door zorgprofessionals als uitdagend ervaren. Tot slot geven ze aan moeite te ervaren met de spanning tussen hun rol als zorgverlener enerzijds en activeringsverantwoordelijke anderzijds.

3. Rol van de coach werk

De coach werk geeft uitvoering aan de dienstverlening op de vindplaatsen. Deze bestaat hoofdzakelijk uit individuele gesprekken en infosessies voor cliënten en/of zorgprofessionals. In de acties richting de einddoelgroep komen een brede waaier aan vragen m.b.t. werk aan bod. De coach werk neemt tijd voor vraagverheldering om vervolgens duidelijke informatie op maat van de cliënt te verstrekken. Coaches werk benadrukken de vrijblijvendheid van de dienstverlening, maar sensibiliseren cliënten via waarderende gesprekvoering en het inzetten op psychologische basisbehoeften (autonomie, competenties en verbondenheid) omtrent de mogelijke (tussen)stappen richting werk. Waar nodig bieden coaches werk ook praktische ondersteuning in het kader van bijv. de inschrijving bij VDAB, de doorverwijzing naar een terug-naar-werk coördinator of andere administratie gelinkt aan arbeidsongeschiktheid. Het merendeel van de dienstverlening wordt georganiseerd op vaste momenten en plekken op de vindplaats wat door zowel zorgprofessionals als cliënten als laagdrempelig wordt ervaren. Terugkoppeling naar zorgprofessionals versterkt de samenwerking en faciliteert een betere inbedding in het zorgtraject.

4. Bereik en effecten

In 2024 bereikten de projecten 4.232 personen met een gezondheidsuitdaging via individuele acties en 3.839 via groepsessies. De doelgroep werd binnen de projecten breed gedefinieerd waardoor diverse profielen van personen met gezondheidsuitdagingen werden bereikt. Onder hen waren heel wat personen met een afstand tot de arbeidsmarkt omwille van langdurige arbeidsongeschiktheid, maar eveneens personen die zich in een kwetsbare positie bevonden in hun huidige loopbaan.

Van de individueel bereikte personen werd ongeveer 60% vermoedelijk ingeschreven bij VDAB, hervatte 16% het werk, startte 7% vrijwilligerswerk en vatte 4% een opleiding aan. Naast deze concrete (tussen)stappen richting werk rapporteerden cliënten ook meer inzicht in hun mogelijkheden, verhoogde motivatie en zelfvertrouwen en een positieve impact op hun welzijn en herstelproces. Cliënten waarderen de coach werk sterk: de gemiddelde tevredenheidsscore is 8,9/10. Ze voelen zich gehoord, gesteund en beter geïnformeerd.

5. Samenwerking op de vindplaats

Een goede samenwerking tussen coach werk en zorgprofessionals is cruciaal. In vindplaatsen waar de coach werk deel uitmaakt van het team, is het draagvlak groter en verloopt de toeleiding vlotter. Terugkoppeling en gezamenlijke visievorming versterken de integratie van werk in het zorgtraject.

Conclusies

Deze evaluatie van de oproep toont aan dat vindplaatsgericht en outreachend werken een waardevolle aanvulling is op bestaande re-integratieaanpakken. De coach werk slaagt erin om werk bespreekbaar te maken in een vertrouwde zorgomgeving, drempels weg te nemen en cliënten te motiveren tot actie. Ook zorgprofessionals ervaren meer ondersteuning en tijdswinst.

De oproep kende evenwel ook verschillende uitdagingen waaronder de beperkte looptijd en onzekerheid over continuering, de regelgeving en onduidelijkheden betreffende gegevensdeling en monitoring, en de onduidelijkheden over rolverdeling en mandaten tussen coach werk, VDAB en mutualiteiten.

Samengevat, de outreachende en vindplaatsgerichte aanpak kan als effectief worden beschouwd, maar vraagt om structurele verankering, duidelijke rolafspraken en voldoende middelen. Zonder continuïteit dreigt de opgebouwde expertise verloren te gaan.

Aanbevelingen

We formuleren op basis van de inzichten uit de evaluatie onderstaande aanbevelingen voor de toekomstige aanpak inzake activering en re-integratie van personen met gezondheidsuitdagingen in de Vlaamse context.

Voor de Vlaamse en Federale overheid

1. Waarborg continuïteit en duurzaamheid van de (impact van de) outreachende en vindplaatsgerichte dienstverlening
2. Ontwikkel een samenwerkingskader met duidelijke afspraken over rollen, gegevensdeling en mandaten
3. Verbeter de communicatie over en de beeldvorming van publieke dienstverlening (o.a. van VDAB en mutualiteiten) voor cliënten en zorgprofessionals

Voor projectorganisaties en coaches werk

4. Bouw duurzame samenwerking uit met de vindplaatsen op maat van de vindplaats én de doelgroep
5. Houd de dienstverlening kosteloos, vrijblijvend en laagdrempelig voor cliënten en zorgprofessionals
6. Behoud en versterk waar nodig de expertise van de coaches werk in functie van kwalitatieve dienstverlening en blijf inzetten op autonome motivatie van de cliënten

Voor welzijns- en zorgsettings en de betrokken zorgprofessionals

7. Ontwikkel een gedeelde visie rond werk in de welzijns- en zorgsetting en versterk de bekendheid en het draagvlak voor de dienstverlening

Voor verder (evaluatie)onderzoek

8. Onderzoek de mogelijkheden voor een meer structurele integratie van de outreachende en vindplaatsgerichte dienstverlening in functie van activering voor personen met gezondheidsuitdagingen in de Vlaamse context
9. Analyseer de impact van beleidswijzigingen inzake activering en re-integratie op cliënten en zorgprofessionals
10. Onderzoek de langetermijnpact van toeleiding naar VDAB en haalbare tussenstappen (zoals vb. vrijwilligerswerk) op duurzame tewerkstelling, arbeidsongeschiktheid en hervat voor personen met gezondheidsuitdagingen.

1.1 Leeswijzer

Voor wie dit rapport graag gericht doorneemt geven we hieronder een overzicht hoe dit rapport hoofdstuk per hoofdstuk is opgebouwd. We verduidelijken enkele gehanteerde kernbegrippen en geven een overzicht van de belangrijkste afkortingen die doorheen dit rapport werden gebruikt.

Opbouw rapport

In **hoofdstuk 2** geven we duiding over de aanpak van de evaluatie, de gehanteerde methodologie en beperkingen van dit onderzoek. De uitgewerkte instrumenten voor data collectie wordt gebundeld in bijlage.

Vervolgens gaan hoofdstukken 3 t.e.m. 7 dieper in op de inzichten die voortvloeien uit het evaluatieonderzoek en de casestudie die werd uitgevoerd in het kader van deze opdracht.

In **hoofdstuk 3** bespreken we de drempels en noden van zowel cliënten als zorgprofessionals in (de ondersteuning voor) het nemen van stappen richting activering. Dit laat ons toe om te reflecteren in welke mate de projecten en de dienstverlening van de coach werk bijdragen aan het wegwerken van deze barrières.

In **hoofdstuk 4** geven we een aantal overkoepelende inzichten over de aanpak van de dienstverlening gericht aan enerzijds personen met gezondheidsuitdagingen en anderzijds de zorgprofessionals op de vindplaats. De gedetailleerde casebeschrijvingen werden opgenomen in bijlage.

Het **vijfde hoofdstuk** richt zich op de toeleiding en het bereik van de doelgroepen. In het eerste deel focussen we op de rekrutering van vindplaatsen en het bereik van zorgprofessionals. We brengen de rekruteringsstrategieën in kaart en de hierbij ervaren uitdagingen of redenen om niet deel te nemen aan het project. We bespreken verder welke welzijns- en zorginstellingen werden bereikt en met welke zorgprofessionals werd samengewerkt op de vindplaatsen.

Het tweede deel van het hoofdstuk biedt een analyse van de toeleiding van de personen met gezondheidsuitdagingen naar de coach werk. Daarbij brengen we in kaart hoe deze personen worden bereikt, welke rol de zorgprofessionals op de vindplaats hierin spelen en welke toeleidingsmethoden effectief blijken uit de praktijk. We sluiten dit hoofdstuk af met een

analyse van het profiel van de bereikte cliënten en bekijken in welke mate meer kwetsbare cliënten worden bereikt.

In het **zesde hoofdstuk** onderzoeken we de impact of veranderingen die zowel cliënten als zorgprofessionals op de vindplaats ervaren dankzij de ondersteuning van de coach werk.

Hoofdstuk 7 geeft een analyse van de cruciale factoren voor een geslaagde dienstverlening. We brengen in kaart welke elementen een belangrijke impact hebben op de effectiviteit van de dienstverlening, welke uitdagingen hiermee gepaard gaan en welke randvoorwaarden mee de dienstverlening bepalen. In dit hoofdstuk geven we dus verder vorm aan onze programmatheorie door in te zoomen op belangrijke werkzame elementen die de effectiviteit van de dienstverlening beïnvloeden.

In **hoofdstuk 8** formuleren we een beknopt antwoord op de evaluatievragen die vooraf werden geformuleerd met betrekking tot de oproep.

Het afsluitende **hoofdstuk 9** bevat aanbevelingen gericht aan diverse belanghebbenden betreffende diverse aspecten van de oproep en het beleid inzake activering van personen met gezondheidsuitdagingen.

Gehanteerde termen & belangrijkste afkortingen

Met de term **vindplaatsen** bedoelen we de zorg- en welzijnsinstellingen waar de doelgroep bereikt wordt, zoals ziekenhuizen, huisartsenpraktijken, wijkgezondheidscentra of Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

We hanteren de term **coach werk** om de professional aan te duiden die tewerkgesteld is met middelen van het project om de dienstverlening binnen de vindplaatsen aan cliënten en zorgprofessionals vorm te geven en uit te voeren. De term coach werk werd echter niet noodzakelijk in alle projecten als term gebruikt. Bijvoorbeeld, in de projecten die zich voornamelijk richten op geestelijke gezondheidszorg werd ervoor gekozen om de term VIP-coach te gebruiken om verwarring met de bestaande arbeidscoaches te voorkomen. In dit rapport gebruiken we consequent de term coach werk.

Met de term **coach zorg** verwijzen we naar de zorgprofessional op de vindplaats die vanuit het project werd mede gefinancierd om de coach werk te ondersteunen in de dienstverlening op de vindplaats. Deze coach zorg neemt ook taken op, zoals eerste contactname met cliënten, vraagverfijning en schriftelijke terugkoppeling naar zorgprofessionals in het patiëntendossier. Enkel GTB vanuit het project Werkschakel werkt met co-financiering van een coach zorg voor bepaalde vindplaatsen (voornamelijk ziekenhuizen) . Arbeidscoaches GGZ bieden zowel trajectbegeleiding als loopbaanbegeleiding aan mensen met een psychische kwetsbaarheid. In tegenstelling tot de arbeidscoaches GGZ ligt de focus van de VIP coaches of coaches werk binnen deze oproep op het informeren, sensibiliseren en motiveren van personen met fysieke en/of psychische gezondheidsuitdagingen.

Met de **finale doelgroep** of **einddoelgroep** verwijzen we naar de personen met gezondheidsuitdagingen die door een coach werk worden ondersteund. We gebruiken beide termen door elkaar in dit rapport. Soms hebben we het ook over **cliënten** van de coach werk,

hiermee bedoelen we eveneens de personen die door de coach werk werden ondersteund. In sommige vindplaatsen spreekt men over patiënten, in andere vindplaatsen heeft men het over cliënten. Aangezien de dienstverlening door de coach werk hier centraal staat, hebben we er hier voor gekozen om de term cliënten te gebruiken in plaats van patiënten.

Met de **dienstverlening** van de coach werk verwijzen we naar de **interventie(acties)** die de coach werk uitvoert in de vindplaats gericht aan de einddoelgroep en zorgprofessionals.

DWSE verwijst naar het voormalige departement Werk en Sociale Economie van waaruit de projectoproep werd geïnitieerd. Sinds januari 2025 is DWSE gefuseerd met het departement Economie, Wetenschap en Innovatie tot het Departement Werk, Economie, Wetenschap, Innovatie en Sociale Economie (**WEWIS**).

De **terug-naar-werkcoördinator** (TNWC) is een sleutelfiguur tewerkgesteld door een ziekenfonds die personen na een periode van arbeidsongeschiktheid begeleidt bij terugkeer naar de arbeidsmarkt¹.

Tabel 1 Lijst met belangrijkste afkortingen

AZ	Algemeen ziekenhuis
CGG	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
Departement WEWIS	Departement Werk, Economie, Wetenschap, Innovatie en Sociale Economie (sinds jan 2025)
DPO	Data Protection Officer
DWSE	(voormalig) Departement Werk en Sociale Economie (tot dec 2024)
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GTB	Het Gespecialiseerd Team Bemiddeling
PC	Psychiatrisch centrum
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
TNWC	Terug-naar-werkcoördinator
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling
WGC	Wijkgezondheidscentrum

¹ Voor meer informatie over de terug-naar-werkcoördinator, zie: [Het “Terug-naar-werktraject” met de steun van een coördinator | RIZIV](#)

2 INLEIDING

2.1 Situering

De Vlaamse Regering formuleerde in haar twee opeenvolgende Regeerakkoorden 2019-2024 en 2024-2029 de ambitie om een werkzaamheidsgraad van 80% te bereiken. Elk talent, ook dat van niet-beroepsactieven, zal moeten worden benut om die doelstelling te bereiken. Bijzondere aandacht gaat uit naar de ondersteuning van de groeiende groep van langdurig zieken in hun professionele re-integratie.

Sinds 2009 werken het RIZIV, de ziekenfondsen, VDAB en GTB samen aan de ondersteuning van mensen met een erkenning arbeidsongeschiktheid in hun begeleiding in de weg naar werk. Met het raamakkoord afgesloten in 2016 en de vernieuwing van de **raamovereenkomst tussen RIZIV, VDAB en de mutualiteiten in 2023** hebben de partners zich geëngageerd om in 2023 10.000 personen met een erkenning arbeidsongeschiktheid te begeleiden in een vrijwillige terugkeer naar werk. Voor 2024 werd de ambitie opgetrokken naar de begeleiding van 12.000 mensen met een erkenning arbeidsongeschiktheid. VDAB ontvangt hiervoor van het RIZIV financiering voor het uitwerken van begeleiding op maat.

Elke persoon met een erkenning arbeidsongeschiktheid die graag stappen zet richting werk kan terecht bij een terug-naar-werkcoördinator van het ziekenfonds, dit kan zowel op eigen initiatief als na doorverwijzing van een adviserend arts. Tijdens het terug-naar-werktraject is de terug-naar-werkcoördinator de gids voor de persoon met erkenning arbeidsongeschiktheid om opnieuw stappen naar werk te zetten. De terug-naar-werkcoördinator staat in voor een nauwe samenwerking met de adviserend arts van het ziekenfonds, de behandelende arts en eventuele arbeidsarts indien de persoon nog verbonden is door een arbeidsovereenkomst. Daarnaast kan via pilootproject route C² wie langer dan een jaar de erkenning arbeidsongeschiktheid heeft, rechtstreeks bij VDAB terecht voor het opstarten van een traject naar werk. Voor het uitvoeren van de trajecten kan VDAB beroep doen op partners.

Om de niet-beroepsactieve arbeidsreserve te ondersteunen in de eerste stappen (terug) naar werk richt de Vlaamse overheid zich op outreachend en vindplaatsgericht bereiken van deze personen. Via een **ESF-oproep outreach en activering** werd ingezet om in Vlaanderen en Brussel outreachende en geïntegreerde acties op te zetten voor niet-beroepsactieve arbeidsreserves voor wie het bestaande aanbod geen (voldoende) duurzame oplossing biedt. Deze aanpak werd als succesvol geëvalueerd³. Ook via Focus op Talent werden tijdelijke projecten gefinancierd om met de doelgroep van personen met gezondheidsuitdagingen en/of zorgprofessionals aan de slag te gaan.

² Zie: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/socio-professionele-re-integratie>

³ Zie Impactevaluatie ESF-oproep Outreach & Activering: Resultaten van de arbeidsmarktsituatie: [Impactevaluatie ESF-oproep Outreach & Activering: resultaten van de arbeidsmarktsituatie | Vlaanderen.be](#)

2.2 Oproep vindplaatsgericht en outreachend bereiken van personen met gezondheidsuitdaging

2.2.1 Doelstelling projectoproep

Op 17 november 2023 keurde de Vlaamse Regering de oproep “vindplaatsgericht en outreachend bereiken van personen met gezondheidsuitdagingen in een welzijns- of zorgsetting” goed. Voor een periode van 2 jaar wou de Vlaamse Regering zes miljoen investeren in projecten die personen en zorgprofessionals kunnen informeren, sensibiliseren en motiveren om werk (terug) bespreekbaar te maken. Deze acties worden in een welzijns- en zorgsetting op een laagdrempelige manier georganiseerd. In deze contexten wil de Vlaamse overheid via deze oproep personen vroegtijdig bereiken om zo de terugkeer naar de arbeidsmarkt te faciliteren⁴. De centrale idee is dat hoe sneller werk terug op de radar komt bij mensen met een gezondheidsuitdaging, hoe sneller het traject naar werk kan worden opgestart wat de kans op een succesvolle re-integratie zou vergroten. De bijkomende acties in het kader van deze oproep hebben als streefdoel om op jaarbasis bijkomend minstens 4.000 personen toe te leiden naar het aanbod van VDAB.

Met de projectoproep wil het Departement Werk en Sociale Economie⁵ inzetten op het vroegtijdig bereiken van personen met een gezondheidsuitdaging met erkenning arbeidsongeschiktheid die momenteel niet of onvoldoende worden bereikt via bestaande initiatieven. Werken tijdens of na ziekte is zeker niet vanzelfsprekend, maar onderzoek heeft wel aangetoond dat de eerste stappen zetten naar aangepast werk een belangrijk deel kan uitmaken van iemand zijn herstelproces. Daarenboven komt ook sterk naar voren dat aandacht voor werk in de beginfase van het herstelproces kan leiden tot een grotere kans op (duurzame) re-integratie op de arbeidsmarkt⁶. De projectoproep heeft als doel om gespecialiseerde organisaties te ondersteunen in het opzetten van acties om mensen met gezondheidsuitdagingen in een welzijns- of zorgsetting (bv. ziekenhuis, eerstelijnszone, revalidatiecentrum, huisartsenpraktijk) te bereiken, informeren, sensibiliseren en motiveren zodat ze op korte termijn concrete stappen kunnen zetten naar werk. De focus ligt op het bereiken van mensen die niet spontaan opnieuw aan het werk gaan en minder gemakkelijk worden bereikt via andere bestaande initiatieven of reguliere werking. De acties ronden af wanneer de persoon een geïnformeerde beslissing heeft gemaakt om zich al dan niet in te schrijven bij VDAB. Verder kunnen acties die in het kader van deze projecten worden geïmplementeerd zich ook richten op betrokken zorgprofessionals op de vindplaatsen.

⁴ Voor projectoproep, zie: Microsoft Word - Oproep outreach personen in welzijns- of zorgsetting_def_VR (vlaanderen.be)

⁵ Het departement Werk en Sociale Economie (WSE) werd in januari 2025 gefuseerd met het departement Economie, Wetenschap en Innovatie (EWI) tot het departement Werk, Economie, Wetenschap, Innovatie en Sociale Economie (WEWIS). De projectoproep werd gelanceerd door DWSE.

⁶ Exploratie “practice based evidence” gericht op behoud/hervatten van het werk voor kankerpatiënten in België: [Project PBE – ACT-Desiron](#)

2.2.2 Rol sleutelactoren

DWSE neemt binnen het kader van deze oproep de rol van oproepbeheerder op. Zij lanceerden de oproep, beoordeelden de projectvoorstellen en gaan met de coördinatoren van de goedgekeurde projecten aan de slag zodat de vindplaatsgerichte en outreachende acties op een afgestemde manier kunnen uitgevoerd worden. Het voorliggend evaluatieonderzoek werd op initiatief van het departement opgezet en intern door de studiedienst WSE uitgevoerd.

Aangezien de oproep wordt ingestoken om bij de dragen aan het realiseren van de raamovereenkomst tussen VDAB-RIZIV en de ziekenfondsen met het oog op het verhogen van het aantal personen met gezondheidsuitdagingen in een traject naar werk, kunnen VDAB, RIZIV en de ziekenfondsen worden beschouwd als strategische partners. Zij nemen zelf geen uitvoerende rol op binnen deze oproep, maar hebben wel een faciliterende en informerende rol opgenomen naar betrokkenen in het werkveld.

2.2.3 Projecten en vindplaatsen

De oproep stond open voor alle organisaties met een werkingsgebied in het Vlaamse Gewest, die expertise hebben in het benaderen/bereiken en informeren/sensibiliseren/empoweren van personen met gezondheidsuitdagingen in een welzijns- of zorgsetting. Er werden voor deze oproep **8 projecten** goedgekeurd. De goedgekeurde projecten hebben een looptijd van 23 maanden (feb '24-dec '25). In de provincie Antwerpen, Limburg en Oost-Vlaanderen werden drie goedgekeurde projecten respectievelijk uitgevoerd door Web Werkt, Job Assist en Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg. Het project Werkschakel wordt door emino en GTB uitgerold in vijf provincies in Vlaanderen en staat zo in voor vijf van de gefinancierde projecten.⁷

Om mensen met gezondheidsuitdagingen te bereiken wordt in de verschillende projecten samengewerkt met een grote variatie aan **vindplaatsen** (dit zijn welzijns- en zorgsettings waaronder ziekenhuizen, wijkgezondheidscentra, psychiatrische instellingen en eerstelijnspraktijken) die zich situeren in de algemene gezondheidszorg, psychische gezondheidszorg, gespecialiseerde of preventieve gezondheidszorg en algemeen welzijnswerk. Afhankelijk van het project wordt er samengewerkt met vindplaatsen die zich situeren in verschillende **lijnen binnen de gezondheidszorg**, gaande van de nulde lijn tot de derde lijn in de gezondheidszorg. Tabel 1 geeft een overzicht van de sectoren van de betrokken vindplaatsen per project op het moment van de projectaanvraag. Ook na de indiening van de projectaanvraag werd ingezet op de rekrutering van vindplaatsen voor samenwerking binnen deze oproep. In de context van Werkschakel werd deze taak hoofdzakelijk opgenomen door de bruggenbouwers, terwijl in andere projecten vooral de projectcoördinator instond voor de exploratie van nieuwe samenwerkingen met welzijns- en zorgsettings.

⁷ Organisaties die in meer dan een provincie actief willen zijn, werden verwacht een aparte aanvraag in te dienen per provincie. Per provincie kan een organisatie maximaal 1 aanvraag indienen.

De zorgprofessionals werkzaam op deze vindplaatsen zijn een belangrijke partner voor de succesvolle implementatie van de dienstverlening richting de finale doelgroep, maar worden ook zelf als (intermediaire) doelgroep beschouwd binnen deze oproep. Zij kunnen beroep afhankelijk van de (samenwerkings)afspraken met de vindplaats beroep doen op de ondersteuning en expertise van de coaches werk om hun rol in de terugkeer naar werk van de finale doelgroep te kunnen opnemen.

Tabel 2 Sectoren van vindplaatsen per project

Provincie	Projectnaam	Projectleider	Sectoren										
			AZ	IBW	CAW	CGG	CPR	DHV	HAP	PZ	RZ	UZ	WGC
Antwerpen	WEB Werkt	Web			x	x			x				
Antwerpen	Werkschakel	emino	X	X		X				X	X		X
Limburg	Job Assist	Job-Art vzw		X		X	X			X			
Limburg	Werkschakel	GTB	X		X				X	X			X
Oost-Vlaanderen	Werkschakel	GTB	X		X							X	X
Oost-Vlaanderen	Netwerk GGZ	IBW Zagan		X		X	X			X			X
Vlaams-Brabant	Werkschakel	emino				X		X			X	X	X
West-Vlaanderen	Werkschakel	GTB	X				X				X		

AZ: Algemeen Ziekenhuis, IBW: Initiatief Beschut Wonen, CAW: Centrum Algemeen Welzijnswerk, CGG: Centrum Geestelijke Gezondheidszorg, CPR: Centrum Psychosociale Revalidatie, DHV: DrugsHulpVerlening, HAP: HuisArtsen groepsPraktijk, PZ: Psychiatrisch Ziekenhuis, RZ: Revalidatie Ziekenhuis, UZ: Universitair Ziekenhuis, WGC: WijkGezondheidsCentrum

2.2.4 Finale doelgroep

De finale doelgroep voor deze oproep zijn personen met gezondheidsuitdagingen die herstellen of revalideren en hierdoor kunnen behoren tot de niet-beroepsactieve arbeidsreserves. De dienstverlening richt zich zowel tot personen die beschikken over een arbeidsovereenkomst met hun werkgever als personen zonder arbeidsovereenkomst (zelfstandig of werkzoekend). Bovendien kan het gaan om personen erkend in primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit (langer dan 1 jaar ononderbroken arbeidsongeschikt). De oproep specificeert verder ook dat organisaties zich zoveel mogelijk dienen te richten op moeilijker te bereiken personen met gezondheidsuitdagingen, i.e. personen die nog niet bereikt worden door een ander ondersteuningsaanbod in hun traject naar werk. De oproep maakt weliswaar niet concreet hoe dit onderscheid kan worden gemaakt.

3 AANPAK EN FOCUS VAN DE EVALUATIE

In dit hoofdstuk bespreken we achtereenvolgens de aanleiding en doelstelling van de evaluatie (2.1), de evaluatievragen (2.2), de evaluatiebenadering en -strategie (2.3), de beperkingen van

het evaluatieonderzoek (2.5) en de gehanteerde aanpak voor de opvolging en sturing van deze evaluatieopdracht (2.6).

3.1 Evaluatiedoelstelling en centrale beleidsvraag

De finaliteit van de evaluatie is toekomstgericht met als doelstelling om bij te dragen aan de verdere uitwerking van een beleidsgerichte aanpak over vindplaatsgericht outreachen van personen met een gezondheidsuitdaging als onderdeel van een beleid van re-integratie van personen met gezondheidsuitdagingen. Met dit onderzoek willen we inzicht verschaffen in de werking van de verschillende projecten, het bereik en de effectiviteit van de vindplaatsgerichte aanpak. De focus ligt op het identificeren van werkzame elementen en uitdagingen waarmee de projecten te maken krijgen. Deze dienen als basis om samen met betrokken stakeholders lessen te trekken omtrent het bereiken en ondersteunen van personen met een gezondheidsuitdaging via vindplaatsgerichte en outreachende initiatieven in een welzijns- en zorgsetting. Deze lessen kunnen op hun beurt worden meegenomen in de verdere uitwerking van een toekomstige beleidsaanpak.

De beleidsvraag die centraal staat is hoe de Vlaamse Overheid vanaf 2026 (na het einde van projectfinanciering in het kader van bovenstaande oproep) kan omgaan met vindplaatsgericht en outreachend bereiken van personen met een gezondheidsuitdaging. De projectoproep en onderliggende onderzoek kan worden gezien als onderdeel van het ontwikkelen van een toekomstvisie op vindplaatsgericht en outreachend bereiken van personen in een welzijns- en zorgsetting en op het bestaande ecosysteem in functie van toeleiding. Dit gebeurt samen met een aantal relevante actoren waaronder WEWIS en VDAB in afstemming met andere stakeholders zoals o.a. RIZIV. Is het opportuun om deze doelgroep te bereiken in een welzijn- en gezondheidscontext? Op welke manier kunnen personen met een gezondheidsuitdaging die anders niet de stap zouden zetten naar werk worden ondersteund in de eerste stappen in een re-integratietraject naar werk? Wat kunnen we leren van de deelnemende projecten voor toekomstige projecten en beleidsacties? Gezien de groeiende groep personen in langdurige ziekte en met erkenning arbeidsongeschiktheid is het cruciaal om in kaart te brengen wat de verbeterpunten, groeikansen en doeltreffendheid is van vindplaatsgericht bereiken in een welzijns- en zorgsetting voor deze groep.

3.2 Evaluatievragen

Op basis van de beleidsvraag en evaluatiedoelstellingen formuleren we volgende onderzoeks- en evaluatievragen:

Opzet van de projecten/dienstverlening

1. Hoe wordt de dienstverlening voor personen met een gezondheidsuitdaging en (zorg)professionals vormgegeven binnen de verschillende projecten en vindplaatsen? Hoe wordt de dienstverlening uitgewerkt in het kader van deze oproep geïntegreerd met reeds bestaande dienstverlening (op de vindplaatsen)?

2. Wat zijn de beoogde resultaten van de projecten? Op welke noden trachten de projecten in te spelen?
3. Hoe wordt de samenwerking tussen de betrokken actoren georganiseerd?
4. Welke zorg- en welzijnsorganisaties werden door de projecten benaderd in het kader van deze oproep, maar wensten niet deel te nemen? Welke redenen zijn aanwezig om dit niet te doen bij zorg- en welzijnsinstellingen?

De laatste evaluatievraag m.b.t. rekrutering van vindplaatsen werd op vraag van de kerngroep en het management van het departement WEWIS toegevoegd om inzicht te krijgen in de redenen en drempels van zorg- en welzijnsorganisaties om in te stappen in dit project.

Relevantie en effectiviteit van de dienstverlening

1. Wie wordt bereikt met het ondersteuningsaanbod? In welke mate worden moeilijker te bereiken personen met gezondheidsuitdagingen bereikt?
2. Wat zijn de noden en drempels van personen met een gezondheidsuitdaging in een terugkeer naar werk?
3. Hoe wordt de dienstverlening ervaren en beoordeeld door zorgprofessionals en de finale doelgroep?
 - a. In welke mate beantwoordt de dienstverlening aan de noden van personen met een gezondheidsuitdaging?
 - b. In welke mate beantwoordt de dienstverlening aan de noden van vindplaatsen en zorgprofessionals?
4. Welke factoren bepalen de effectiviteit van de dienstverlening in de projecten en vindplaatsen?
 - a. Welke (types) acties en (interventie)aanpak zijn meest effectief en waarom?
 - b. Welke (types) vindplaatsen zijn meest effectief en waarom?
 - c. Onder welke voorwaarden en via welke mechanismen draagt de dienstverlening bij tot de beoogde resultaten?

3.3 Evaluatiebenadering

In deze evaluatie willen we bovenstaande evaluatievragen onderzoeken vanuit een theorie gebaseerde benadering, dat wil zeggen dat deze studie resultaten op het terrein tracht te verklaren. Dit impliceert dat we op basis van literatuur en (verkennde) interviews een preliminaire programmatheorie opstellen bestaande uit een actiemodel/handelingstheorie en een veranderingstheorie.⁸ Deze programmatheorie expliciteert mogelijke voorwaarden en

⁸ Een actiemodel geeft een omschrijving vanuit de praktijk waarbij in kaart wordt gebracht via welke activiteiten bepaalde uitkomsten gerealiseerd worden in functie van de beoogde doelstelling. Via een veranderingstheorie probeert men te verklaren waardoor precies de activiteiten of interventies een bepaalde impact veronderstellen in een bepaalde context. Zie o.a. Chen, 2012; Connell & Kubisch, 1998.

mechanismen die mee bepalen of en hoe de beoogde resultaten worden gerealiseerd. In het empirische luik van de evaluatie wordt deze programmatheorie getest op basis van de verzamelde data. Op die manier kan er worden nagegaan of de oproep erin slaagt om de beoogde resultaten te realiseren en wordt achterhaald waarom, voor wie en in welke omstandigheden dit het geval is. Dit begrip van de werkende elementen van de oproep en alsook van de voorwaarden waaronder de oproep bijdraagt aan de resultaten is belangrijk met het oog op het beleidstraject en de beleidsvraag die vooropgesteld wordt (zie sectie 2.1).

3.4 Evaluatiestrategie

Het onderzoek vond plaats tussen juli 2024 en september 2025. In volgende paragrafen bespreken we de verschillende fasen van het onderzoek en de gehanteerde aanpak binnen elk van deze fasen.

Tabel 3 Samenvatting evaluatiestrategie

Timing	Focus en aanpak
juli-sept '24	Ontwikkelen/verfijnen preliminaire programmatheorie (incl. implementatiemodel en veranderingstheorie), door middel van • Documentanalyse (vb. projectoproepen en onderzoeksrapporten) • Review van beschikbare en relevante literatuur • Verkennende interviews met projectcoördinatoren
Okt '24 – april '25	Empirisch onderzoek naar de gepercipieerde doeltreffendheid van de dienstverlening, door middel van • Case selectie (case studies 6 vindplaatsen) • Interviews coaches werk vindplaatsen • groepsinterviews betrokken zorgverleners vindplaatsen • Bevraging personen met gezondheidsuitdaging • Interviews projectcoördinatoren • Groepsgesprekken met bruggenbouwers en rekruteerders vindplaatsen • Data analyse
Mei – okt '25	• Formuleren beleidsaanbevelingen • Valideringsworkshop met betrokken stakeholders voor beleidsaanbevelingen • Rapportering en disseminatie resultaten

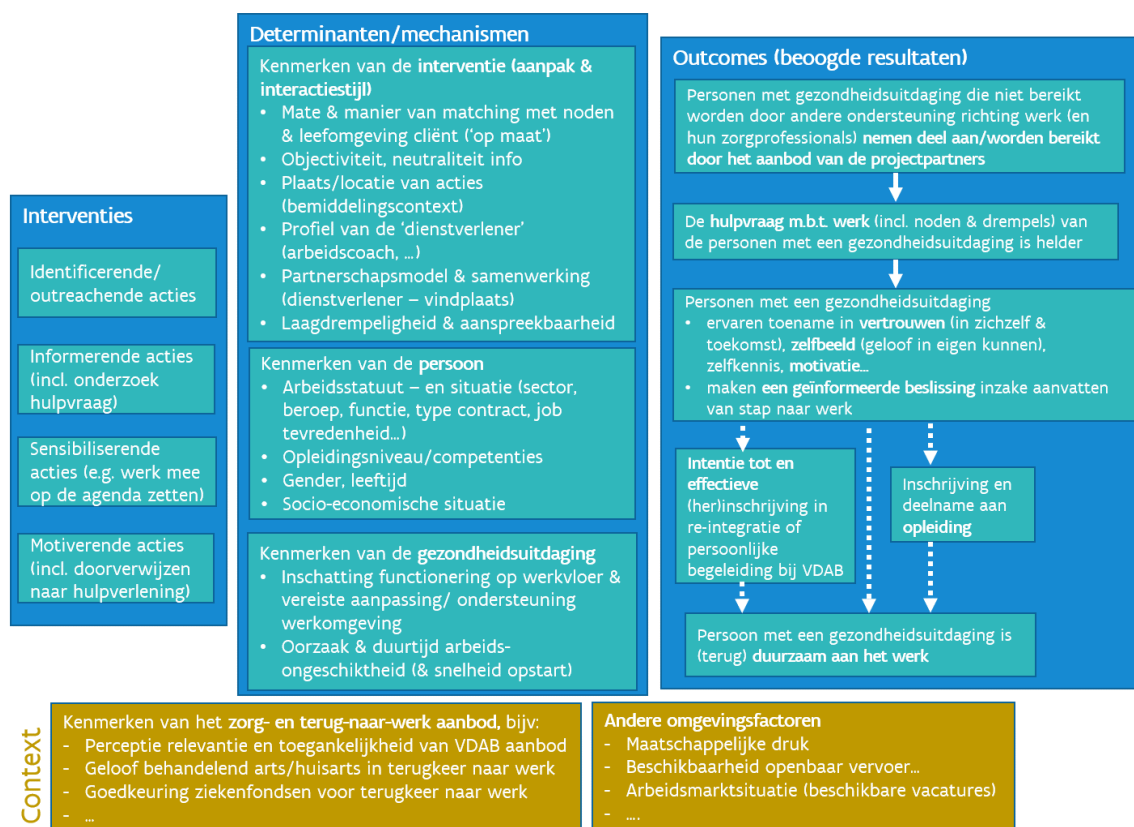
3.4.1 Opmaak programmatheorie

In de eerste fase van het onderzoek werd door de onderzoekers het **theoretisch kader** (programmatheorie) uitgewerkt om in kaart te brengen welke factoren een potentieel

bepalende rol kunnen spelen in het bereiken, informeren, sensibiliseren en motiveren van personen met gezondheidsuitdagingen in diverse welzijn- en gezondheidscontexten.

Hiervoor werd een **literatuurstudie** uitgevoerd waarbij werd gekeken naar onder andere onderzoeksrapporten en wetenschappelijke artikelen over het **bereiken en begeleiden van personen met een gezondheidsuitdaging (al dan niet met erkenning arbeidsongeschiktheid) in de begeleiding naar werk** (trajecten). Het vertrekpunt zijn studies aangereikt door collega's van het RIZIV, aangevuld met bijkomende studies en onderzoeksrapporten. De literatuurstudie focuste op het identificeren van mechanismen en voorwaarden die bepalend zijn voor het bereiken van de doelgroep en de doeltreffendheid van terug-naar-werktrajecten. Met andere woorden, de literatuurstudie werd gebruikt om de preliminaire veranderingstheorie (zie Figuur 1) verder te verfijnen. De literatuurstudie werd eveneens aangereikt om inzicht te krijgen in de (gekende) **noden en behoeften van personen met een gezondheidsuitdaging in de stappen terug naar werk en de noden en behoeften van zorgprofessionals in de ondersteuning van hun cliënten en patiënten.**

Figuur 1 Preliminaire veranderingstheorie



Om beter zicht te krijgen op de handelingstheorie/ implementatiemodel van de diverse projecten binnen de oproep werd in eerste instantie een **documentanalyse van de projectaanvragen en vindplaatsen** uitgevoerd. Deze documentanalyse werd aangevuld met verkennende semigestructureerde interviews (via MS Teams) met de **projectcoördinatoren**

van de verschillende projecten. De interviews werden gebruikt om de programmatheorie en in het bijzonder de handelingstheorie verder te verfijnen door goed in kaart te brengen hoe de ondersteuning binnen de vindplaatsen wordt vormgegeven, met welke doelstelling en wie er wordt bereikt. In hoofdstuk 4 en hoofdstuk 7 geven we verder vorm aan de programmatheorie door overkoepelend over de verschillende cases heen te bespreken welke werkzame factoren bijdragen aan een effectieve toeleiding (H5) en dienstverlening (H7) op de vindplaatsen.

3.4.2 Case selectie vindplaatsen

Voor deze studie werden 6 cases of vindplaatsen geselecteerd van de 166 welzijns- en zorgsettings⁹ waar coaches werk actief waren binnen deze oproep (zie figuur 7 voor een overzicht van het type betrokken vindplaatsen). Voor elk van de zes vindplaatsen werdende betrokken coaches werk, zorgprofessionals en de einddoelgroep bevroegd. Voor de case selectie werd rekening gehouden met variatie volgens diverse criteria: type vindplaats (of 1^{ste}, 2^{de}, 3^{de} lijn), ligging (provincie), betrokken project, sector (algemene gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg), en maturiteit/implementationniveau van dienstverlening waarbij minimaal werd vereist dat de dienstverlening is opgestart alvorens data werd verzameld binnen de case. Voor het project Werkschakel werd bovendien een onderscheid gemaakt naar vindplaatsen met en zonder financiering van een coach zorg¹⁰. Gedetailleerde casebeschrijvingen van de geselecteerde vindplaatsen zijn te vinden in bijlage. De doelstelling van de casestudie is niet om deze vindplaatsen individueel te beoordelen, maar om overkoepelende lessen te trekken uit de geselecteerde cases en op die manier werkzame en hinderende elementen naar boven te halen.

Tabel 4 Overzicht case selectie vindplaatsen

Vindplaats	Project	Lijn	Provincie	Sector	Coach Zorg
WGC De Ridderbuurt	Werkschakel - GTB	1 ^{ste} lijn	Vlaams-Brabant	AG	-
Praktijk Arzo	Web Werkt	1 ^{ste} lijn	Antwerpen	AG	-
AZ Oostende	Werkschakel - GTB	2 ^{de} lijn	West-Vlaanderen	AG	Ja
AZ Rivierenland, campus Bornem	Werkschakel - emino	2 ^{de} lijn	Antwerpen	AG	-
CGG Kohesi Hasselt	Job Assist	2 ^{de} lijn	Limburg	GZ	-
P.C. Sint Hiëronymus	Netwerk GGZ	3 ^{de} lijn	Oost-Vlaanderen	GZ	-

⁹ gebaseerd op monitoringsgegevens van projecten m.b.t. feb-dec 2024.

¹⁰ Coach zorg wijst op de co-financiering vanuit het project voor een zorgprofessional op de vindplaats (i. Deze coach zorg neemt ook taken op, zoals eerste contactname met cliënten, vraagverfijning, schriftelijke terugkoppeling naar zorgprofessionals in patiëntendossier, ...

3.4.3 Data collectie

We verzamelden informatie van verschillende stakeholders om inzicht te krijgen in de (gepercipieerde) doeltreffendheid van de dienstverlening geïmplementeerd in het kader van deze oproep. Tabel 5 geeft een overzicht van de aanpak voor en focus van de datacollectie voor elke stakeholder.

Tabel 5 Overzicht data collectie per stakeholder

Stakeholder	Data collectie methode	Selectie-strategie	Timing	Focus/topics
Project-coördinatoren	verkennend interview	Nvt (alle)	juni-sept '24	• Projectpartnerschap en samenwerking binnen project • Aanpak dienstverlening • Projectmonitoring
	diepte-interview	Nvt (alle)	feb-maart '25	• Impact dienstverlening voor finale doelgroep(en) • Impact dienstverlening voor zorgprofessionals • Integratie dienstverlening en afstemming met andere partners en initiatieven
Bruggenbouwers & project-coördinatoren	online groeps gesprek	Nvt (alle projecten)	feb '25	• Aanpak rekrutering en selectie vindplaatsen • Drempels voor deelname vindplaatsen
Coaches werk en coach zorg	diepte-interviews	binnen case studies vindplaatsen	okt-nov '24	• Aanpak dienstverlening • Samenwerking met zorgprofessionals • Afstemming met andere partners en initiatieven • Impact dienstverlening voor finale doelgroep(en)
Zorgprofessionals	groepsinterviews	binnen case studies vindplaatsen	jan-maart '25	• Noden en drempels ervaren bij ondersteunen/begeleiden richting werk • Impact dienstverlening voor zorgprofessionals • Impact dienstverlening voor finale doelgroep(en)
Personen met gezondheids-uitdaging	online bevraging + telefonische interviews	rekrutering door coaches werk binnen case studies vindplaatsen	jan-april '25	• Noden en drempels van personen met een gezondheidsuitdaging • Impact dienstverlening voor finale doelgroep
	monitoring data	Nvt (alle)	doorlopend	• Aanpak dienstverlening • Bereik dienstverlening

3.4.3.1 Interviews met projectcoördinatoren

Tijdens het verkennend interview met de projectcoördinatoren werden de volgende aspecten bevraagd (zie ook bijlage 2 voor de volledige interviewleidraad):

- de (samenwerking tussen de) betrokken partners
- de betrokken vindplaatsen
- de beschikbare middelen en personeelsinzet
- de (specifieke) projectdoelstellingen
- de dienstverlening gericht op het bereiken, informeren en motiveren van personen met een gezondheidsuitdaging
- de dienstverlening gericht op zorgprofessionals
- de toeleidingsaanpak naar een geschikt ondersteuningsaanbod richting werk,
- de aanpak en registratie van monitoringsgegevens
- de ingeschatte doeltreffendheid van de dienstverlening en
- de samenwerking met andere betrokken actoren en initiatieven.

3.4.3.2 Groepsgesprekken met bruggenbouwers en projectcoördinatoren

Er werden in februari 2025 twee digitale groepsgesprekken georganiseerd met de personen die voor de verschillende projecten instonden voor prospectie en de rekrutering van vindplaatsen. Naargelang het project werd dit ingevuld door verschillende functieprofielen, zoals de projectcoördinator, coach werk of een regionale bruggenbouwer. In totaal werden op deze manier 11 deelnemers geconsulteerd vanuit verschillende projecten.¹¹ Het gesprek ging onder meer in op (i) de types zorg- en welzijnssettings die werden benaderd, (ii) de redenen, voorwaarden en drempels die vindplaatsen ervaren voor deelname aan het project, en (iii) de aanpak of strategie die werd gehanteerd om vindplaatsen te benaderen vanuit de projecten (zie leidraad in bijlage).

3.4.3.3 Diepte-interviews met coaches werk (en zorg) op de geselecteerde vindplaatsen

Naast de projectcoördinatoren vonden we het ook belangrijk om de betrokken coaches werk (die vanuit de verschillende projecten werden tewerkgesteld) te betrekken bij dit onderzoek. Het zijn de coaches werk die een belangrijke rol vervullen in de dienstverlening en in direct contact staan met de personen met een gezondheidsuitdaging. Het leek ons dan ook cruciaal om hun perspectief mee te nemen om onze inzichten te verfijnen in de aangeboden dienstverlening op de vindplaatsen, hoe de samenwerking met de zorgprofessionals op de vindplaatsen gebeurt en de afstemming met andere bestaande partners en initiatieven verloopt, en op welke manier de aangeboden activiteiten impact creëren voor de finale doelgroep(en).

¹¹ Alle projecten binnen de oproep m.u.v. het project Web Werkt werden vertegenwoordigd.

Voor de geselecteerde vindplaatsen (casestudie) werden de betrokken coaches werk en eventueel betrokken coach zorg bevraagd aan de hand van een semigestructureerd (online) diepte-interview. Deze interviews vonden plaats nadat de interviews met de projectcoördinatoren hadden plaatsgevonden (oktober – november 2024).

3.4.3.4 Groepsinterviews met betrokken zorgverleners op de geselecteerde vindplaatsen

Naast de coaches werk die vanuit de projectwerking worden ingezet zijn we ook geïnteresseerd in het perspectief van betrokken zorgverleners op de vindplaats en vindplaatscoördinatoren¹². Het type (beroepsgroep) zorgverlener waarmee voor deze projecten wordt samengewerkt verschilt sterk naar vindplaats en organisatie van het zorgaanbod op de vindplaats. Zorgprofessionals kunnen zich richten op de (directe) medische zorgverlening (vb. behandelende artsen, verpleegkundigen), de daaraan verbonden maatschappelijke zorg (vb. sociaal werkers, psychologen), maar kunnen bijvoorbeeld ook betrokken zijn bij functioneel gericht herstel (vb. kinesisten, fysiotherapeuten).

Tijdens de groepsinterviews werd gepeild naar hoe betrokken zorgverleners de dienstverlening ervaren, wat de meerwaarde is van deze dienstverlening, hoe volgens hen deze acties voor de finale doelgroep een impact genereert, en welke noden en drempels zij ervaren bij het ondersteunen van hun cliënten in de terugkeer naar werk.

De groepsinterviews vonden plaats tijdens de maanden januari – maart 2025 in de geselecteerde vindplaatsen (casestudie) en duurden gemiddeld 1,5 uur.¹³

De betrokken zorgverleners op de vindplaats werden bereikt via de coach werk op de vindplaats. Deelname was vrijwillig en deelnemers dienden vooraf een geïnformeerde toestemming te tekenen.

3.4.3.5 Bevraging van personen met een gezondheidsuitdaging van geselecteerde vindplaatsen

Om de werkzame elementen en de doeltreffendheid van de vindplaatsgerichte ondersteuning goed te kunnen identificeren werd ook de finale doelgroep aan het woord gelaten binnen de geselecteerde vindplaatsen (casestudie). De coach werk werd gevraagd om alle personen met een gezondheidsuitdaging van wie de individuele ondersteuning vanuit dit project als afgerond werd beschouwd, uit te nodigen om deel te nemen aan een **online bevraging**. De ondersteuning werd als afgerond beschouwd als er geen verdere gesprekken tussen de cliënt en de coach werk werden ingepland. Deze personen werden door de coach werk geïnformeerd over de doelstelling en verwachting van het onderzoek en kregen aan de hand van een flyer de survey-url en QR-code mee. In totaal hebben de coaches werk aan ongeveer 206 cliënten gevraagd om deel te nemen aan de bevraging. Uiteindelijk hebben 63 respondenten de online

¹² Hiermee bedoelen we de contactpersoon of het aanspreekpunt binnen de vindplaatsen.

¹³ Met uitzondering van één focusgroep die online plaatsvond omwille van de moeilijke bereikbaarheid van de vindplaats door de onderzoekers tijdens een van de nationale treinstakingen.

bevraging ingevuld, wat neerkomt op een responsgraad van ongeveer 30%. Het voordeel van een dergelijke online bevraging is dat we deze bevraging konden laten open staan gedurende een aantal maanden (januari – april 2025) tijdens het project en volledig anoniem kon worden afgenomen. Het nadeel van een online bevraging is dat bepaalde kwetsbare doelgroepen met minder digitale vaardigheden minder worden bereikt of geen kans hebben om deel te nemen aan het onderzoek. Daarnaast kunnen we het risico op een vertekening in de selectie van de deelnemers niet helemaal uitsluiten aangezien beroep werd gedaan op de coaches werk voor de rekrutering van de deelnemers weliswaar met duidelijke instructies vanuit de onderzoekers. Het is bovendien mogelijk dat bepaalde cliënten die niet meer zijn komen opdagen voor een vervolgesprek in deze bevraging grotendeels uit beeld zijn gebleven.¹⁴ In één van de vindplaatsen werd, in overleg met de coach werk, de betrokken zorgverleners en vindplaatscoördinator, de online vragenlijst aangevuld met telefonische interviews om zo ook de meer kwetsbare cliënten aan het woord te laten. De telefonische interviews werden, afhankelijk van de talenkennis van cliënten, afgenomen in het Frans, Engels of Nederlands. De resultaten van de telefonische interviews worden mee opgenomen bij de bespreking van de online bevraging.

De online vragenlijst is anoniem, enkel de vindplaats van waaruit mensen werden ondersteund kon worden geïdentificeerd door de onderzoekers. Dit deden we door te werken met unieke survey-linken per vindplaats. In de bevraging zelf werd gefocust op de dienstverlening waar men heeft gebruik van gemaakt of de acties waarbij men betrokken was, of en op welke manier dit hen heeft geholpen in de eerste stappen naar werk en in hun herstelproces meer algemeen. De eerste pagina van de online bevraging bevatte een geïnformeerde toestemming, waarmee men diende akkoord te gaan om verder te kunnen gaan met het invullen van de vragenlijst.

3.4.4 Data analyse

Data wordt geanalyseerd en gestructureerd volgens de programmatheorie. Deze werd op zijn beurt bijgestuurd en aangevuld in de loop van het onderzoek.

Interviews werden na het verkrijgen van de geïnformeerde toestemming van de respondent(en) opgenomen¹⁵, getranscribeerd, gepseudonimiseerd en vervolgens gecodeerd met behulp van NVIVO. Data verkregen via gestructureerde (online) bevragingen werden met behulp van SPSS of Stata geanalyseerd aan de hand van beschrijvende statistieken.

3.4.5 Validering resultaten en opmaak beleidsaanbevelingen

De belangrijkste resultaten en een voorstel van beleidsaanbevelingen werden op 30 juni 2025 tijdens een **valideringsworkshop** voorgesteld aan belanghebbenden. Concreet dachten 13

¹⁴ We hebben geen gegevens over het aantal cliënten dat niet is komen opdagen voor een vervolgspraak of de dienstverlening eenzijdig heeft stopgezet. De impact van de dienstverlening voor deze groep cliënten kan eventueel bijkomend worden onderzocht in toekomstig vervolgonderzoek.

¹⁵ Na afloop van het onderzoek zullen de opnames verwijderd worden.

beleidsactoren, professionals en experts tijdens deze bijeenkomst door op de implicaties van de bevindingen en trachtten zij de lessen en aanbevelingen te toetsen op hun haalbaarheid en relevantie, rekening houdend met de beleidsmatige beslissingen die de huidige en toekomstige beleidscontext (zullen) vormgeven. De resultaten van deze workshop werden door de onderzoekers gebruikt ter verfijning van de aanbevelingen. Hiervoor werden de deelnemers ingedeeld in twee groepen om achtereenvolgens de aanbevelingen met betrekking tot onderstaande drie thema's te bespreken:

- Ronde 1: doelgroep, bereik en samenwerking op de vindplaats
- Ronde 2: rol van actoren in activering en kwaliteit van de dienstverlening
- Ronde 3: integratie van de dienstverlening in de bredere Vlaamse context

3.5 Afwegingen en beperkingen van het evaluatieonderzoek

Complexe en emergente aanpak vindplaatsgericht outreachen en representativiteit van case-specifieke inzichten

Van bij de aanvang van de projecten was het duidelijk dat er een grote variatie is aan betrokken vindplaatsen, sectoren, zorgprofessionals en dienstverlening. Bij het uitwerken van de onderzoeksaanpak hebben we zo goed als mogelijk rekening gehouden met het complexe en emergente karakter van de outreachende aanpak in de diverse welzijn- en zorgsettings. Gaandeweg werd tijdens het onderzoek de programmatheorie verfijnd om de werkzame elementen en uitdagingen in kaart te brengen en op die manier inzichten aan te reiken voor mogelijke verbeteringen in de praktijk en een toekomstige beleidsaanpak.

Hoewel we bij de caseselectie hebben getracht om een zo groot mogelijke variatie aan vindplaatsen op te nemen is het belangrijk om te vermelden dat de casestudie beperkt is in het aantal als in het type onderzochte vindplaatsen. In de casestudie werden zes vindplaatsen van de 166 betrokken vindplaatsen onderzocht. Ook niet alle type vindplaatsen waar de coaches werk actief zijn konden worden opgenomen in de casestudie. Universitaire ziekenhuizen, Centra Algemeen Welzijn, mobiele teams, initiatieven beschut wonen zijn maar een aantal voorbeelden van type vindplaatsen die niet werden meegenomen in de case studie. Hoewel de casestudie waardevolle inzichten biedt in succesfactoren voor een effectieve dienstverlening willen we erop wijzen dat de resultaten niet noodzakelijk veralgemeenbaar zijn naar alle vindplaatsen. De doelstelling van de casestudie is niet om een representatief beeld te geven van alle type betrokken vindplaatsen en sectoren, maar om overkoepelende lessen te trekken over hoe de dienstverlening in dat kader van deze projectoproep werd vormgegeven en wat hierin werkzame elementen zijn.

Beperkte toegang tot (data over) de finale doelgroep en beperkte responsgraad bevraging

Indien de projecten informatie wensen bij te houden en op te slaan over de betrokkenheid en duurtijd van betrokkenheid van de personen met een gezondheidsuitdaging bij de aangeboden dienstverlening dient de betrokkene een schriftelijke goedkeuring te geven. Monitoringsgegevens op persoonsniveau mogen niet worden gedeeld met het Departement

werk en Sociale Economie. Enkel monitoringsgegevens op geaggregeerd niveau kunnen worden gedeeld met het departement. Elk project is verplicht om een aantal gegevens bij te houden en registreren over het bereik van het aantal personen met een gezondheidsuitdaging voor individuele en collectieve acties, inschatting van aantal inschrijvingen bij VDAB, doorverwijzingen naar een arbeidsarts, ziekenfonds of andere stappen naar werk zonder VDAB zoals vrijwilligerswerk en opleiding. De voor ons beschikbare monitoringsgegevens in het kader van dit project zijn met andere worden beperkt.

De bevraging van de einddoelgroep bleek ook geen gemakkelijke opgave. Het beperkt aantal respondenten¹⁶ noopt ons ertoe te wijzen dat het belangrijk is om de resultaten met de nodige voorzichtigheid te interpreteren. De resultaten geven een zekere indicatie over de bereikte doelgroep, noden en ervaren effecten, maar voorzichtigheid is geboden bij een veralgemening van de resultaten. Omwille van de beperkte responsgraad hebben we doorheen het rapport bij de bespreking van de surveyresultaten er soms voor gekozen om geen percentages weer te geven, maar te verwijzen naar het effectieve aantal antwoorden. De beperkte responsgraad heeft ons ook bepaalde beperkingen opgelegd in de data-analysemogelijkheden. We hebben er bewust voor gekozen om geen vergelijkende analyses te doen tussen vindplaatsen/ type vindplaatsen en analyses te beperken tot beschrijvende statistieken.

De gehanteerde methode, i.e. een online bevraging (mede ingegeven door beperkingen opgelegd door de Algemene Verordening Gegevensbescherming) zorgt voor een zekere vertekening van de bereikte doelgroep. Kwetsbare personen met beperkte digitale vaardigheden zijn mogelijks sterk ondervertegenwoordigd in de bevraging. We hebben getracht dit deels te compenseren door het houden van aanvullende telefonische interviews met meer kwetsbare cliënten uit het betrokken wijkgezondheidscentrum die aangaven graag te willen deelnemen aan het onderzoek via een telefonische bevraging. In totaal werd door de vindplaats 10 geïnteresseerde personen geïdentificeerd die door de onderzoekers werden gecontacteerd. Uiteindelijk werden slechts 3 personen telefonisch geïnterviewd. De overige 7 personen konden de onderzoekers niet aan de lijn krijgen omwille van een verkeerd nummer, niet opnemen of geen reactie op voicemail. Dit toont nog maar eens de beperkingen aan van bepaalde onderzoeksmethoden in het bereiken van bepaalde kwetsbare doelgroepen.

Beperkte looptijd project en nood aan inzichten vóór 2026

De projecten hebben een beperkte doorlooptijd van maximaal 23 maanden tot eind 2025. Met het oog op toekomstige beleidsacties gericht op personen met een gezondheidsuitdaging was het belangrijk dat het onderzoek tijdig inzichten kan aanleveren. Dit impliceert dat dataverzameling plaatsvond relatief kort na de opstart van de projecten en bijgevolg op een moment dat (sommige) samenwerkingen zich nog in een initiële implementatiefase bevonden. De resultaten en inzichten op basis van de geselecteerde casestudie houden bijgevolg geen

¹⁶ Van de 4232 cliënten die individueel ondersteund werden door de coach werk werden 206 cliënten uit de 6 geselecteerde vindplaatsen uitgenodigd om deel te nemen aan de bevraging. Van de 206 uitgenodigde cliënten hebben uiteindelijk 63 respondenten de vragenlijst ingevuld.

rekening met bijsturingen in de samenwerking en dienstverlening die er na of ten gevolge van de onderzoeksactiviteiten op die vindplaatsen zijn doorgevoerd. Bijsturingen op het projectniveau werden wel bevestigd tijdens de vervolginterviews met projectcoördinatoren in mei 2025.

Beperkte onderzoekscapaciteit

De studiedienst van het Departement WSE/WEWIS stelde gedurende 12 maanden 0.4 VTE (0.3 + 0.1) ter beschikking voor het uitvoeren van deze evaluatie. Om de haalbaarheid, focus en relevantie van de evaluatie te waarborgen werd gezien de capaciteitsbeperking gekozen om het aantal cases en het bevestigde aantal respondenten en momenten voor dataverzameling binnen de cases relatief beperkt te houden (vb. door groepsinterviews in plaats van individuele interviews).

3.6 Opvolging en sturing evaluatie

Om de bruikbaarheid en validiteit van de evaluatie te stimuleren werd een begeleidingsstructuur opgezet waarin diverse stakeholders werden vertegenwoordigd en betrokken doorheen het onderzoeksproces. Er werd een onderscheid gemaakt tussen de interne werkgroep, de kerngroep en de bredere klankbordgroep.

Interne werkgroep: De interne werkgroep bestaat uit de beleidsmedewerker die de oproep beheert en de studiedienst medewerkers die deze evaluatie uitvoeren. De werkgroep zit op maandelijkse basis samen en staat in voor de uitvoering en opvolging van de onderzoeksactiviteiten en stuurt deze onderzoeksactiviteiten bij waar en wanneer nodig.

Kerngroep: Op strategische momenten in het onderzoek werd ook de kerngroep geconsulteerd. In deze groep werden de sleutelpartners, met name VDAB, RIZIV en de ziekenfondsen vertegenwoordigd. De kerngroep kwam ongeveer om de twee maanden samen om de voortgang van het project te bespreken en te adviseren over de focus en aanpak van de evaluatie. Vanuit die adviserende rol waakten zij mee over de kwalitatieve uitvoering en relevantie van het onderzoek.

Klankbordgroep: In het kader van deze evaluatie werd een diverse klankbordgroep samengesteld waarin beleidsmakers, dienstverleners en de finale doelgroep zijn vertegenwoordigd (zie bijlage voor ledenlijst). De rol van de klankbordgroep was om de focus, validiteit en bruikbaarheid van het onderzoek mee te bewaken met het oog op het vergroten van het eigenaarschap en het stimuleren van de doorwerking van de evaluatieresultaten.

De klankbordgroep werd op cruciale momenten doorheen het onderzoeksproces bijeengebracht ter bespreking van volgende topics:

- Plan van aanpak onderzoek (1 juli 2024)
- (Preliminaire) onderzoeksresultaten (28 april 2025)
- Aanbevelingen en doorwerking (5 sept 2025)

4 NODEN EN DREMPELS MET BETREKKING TOT ACTIVERING VAN PERSONEN MET EEN GEZONDHEIDSUITDAGING

De weg naar werk of activering is voor personen met gezondheidsuitdagingen vaak complex en gaat gepaard met verschillende hindernissen. Zorgprofessionals kunnen een cruciale rol spelen in het signaleren, ondersteunen en toeleiden van cliënten met werk vragen, maar botsen daarbij op verschillende (structurele) knelpunten. In dit hoofdstuk brengen we deze drempels en noden in kaart vanuit het perspectief van de einddoelgroep. Hiervoor baseren we ons op de online bevraging van de einddoelgroep en de (groeps)interviews met zorgprofessionals en de coaches werk. We brengen ook de noden en drempels van zorgprofessionals in kaart bij het ondersteunen van de personen met gezondheidsuitdagingen.

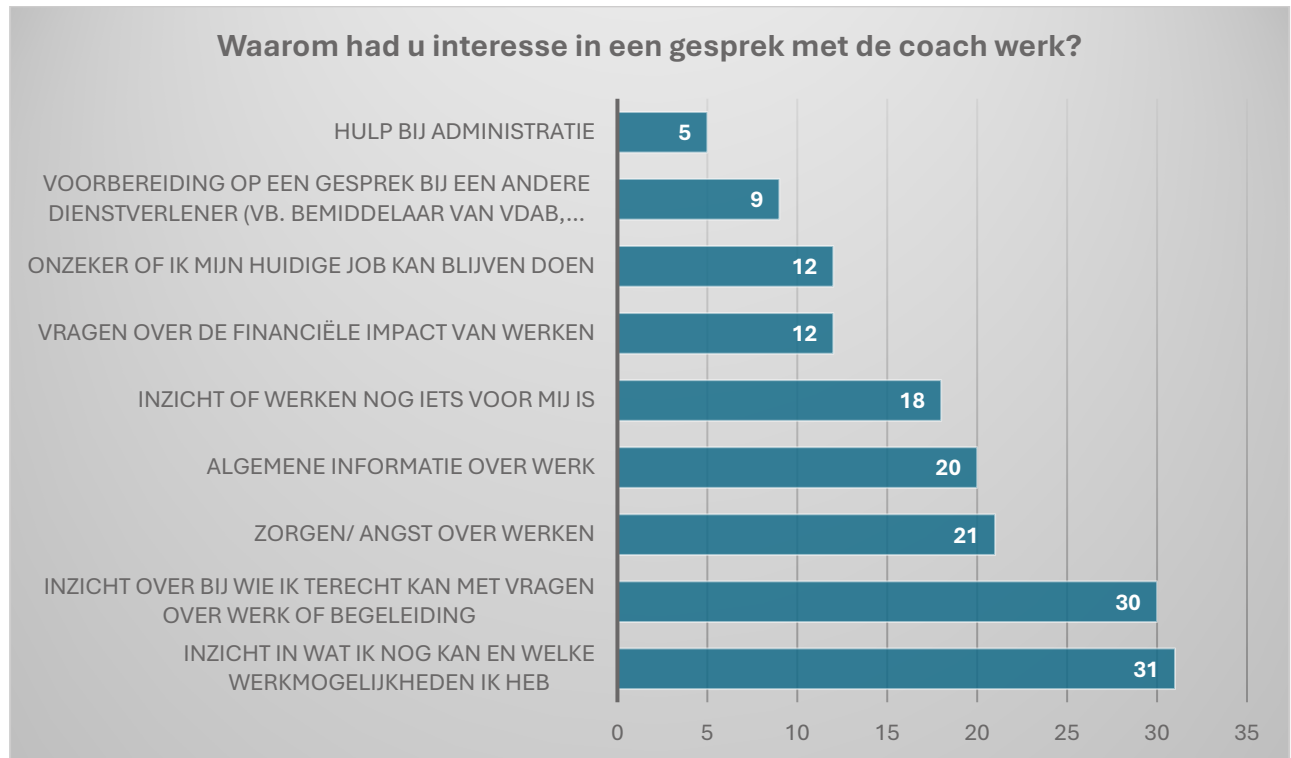
4.1 Noden en drempels van personen met gezondheidsuitdaging m.b.t. activering

Personen met gezondheidsuitdagingen die willen terugkeren naar werk worden geconfronteerd met diverse drempels en noden. De concrete aanleiding of **beweegreden waarom cliënten zich richten tot de coaches werk op de vindplaatsen kan onderling verschillen** (zie Figuur 2). Uit de bevraging bij de einddoelgroep komt naar voren dat ongeveer drie kwart van de bevroagde respondenten individuele ondersteuning met de coach werk zocht om inzicht te verkrijgen in wat men nog kan en welke werkmogelijkheden men nog heeft. Daarmee samenhangend zijn cliënten ook op zoek naar inzicht over bij wie men terecht kan met vragen over werk en mogelijke begeleiding. Iets minder dan de helft van de cliënten gaf ook aan zich zorgen te maken over terug gaan werken en eventueel op zoek te zijn naar inzicht of werken nog iets voor hen is. Cliënten geven verder ook aan vragen te hebben over de financiële impact van werken of de impact ervan op hun uitkering. Bij cliënten die nog een arbeidscontract hebben of nog aan het werk zijn situeren de vragen zich eerder rond de onzekerheid of men het huidige werk nog kan blijven uitvoeren in de toekomst. Hoewel de coaches werk indien nodig ook cliënten helpen met administratieve zaken, zoals het inschrijven bij VDAB of het aanvragen van goedkeuring voor werkhervatting via doorverwijzing naar een terug-naar-werkcoördinator, lijkt dit niet de initiële reden te zijn voor cliënten om persoonlijke ondersteuning van de coach werk op te zoeken.

De inzichten m.b.t. de redenen om beroep te doen op de coach werk liggen in lijn met de noden en behoeften die zorgprofessionals en coaches werk vaststellen bij hun cliënten. We onderscheiden daarbij **vijf categorieën van drempels die personen met gezondheidsuitdagingen ervaren**, factoren met betrekking tot de arbeidsmarkt en de werkomgeving, psychologische drempels, sociaal-maatschappelijke drempels, situationele en socio-economische drempels. Sommige van deze drempels zijn niet specifiek voor personen met gezondheidsuitdagingen, ze waren mogelijk ook reeds aanwezig voor hun diagnose, maar stelden zich toen niet of worden anders ervaren omwille van hun psychische en/of fysieke gezondheidsbeperkingen. Deze drempels staan zelden op zichzelf, integendeel, ze zijn vaak

nauw met elkaar verweven. Het is vaak **de combinatie van deze verschillende drempels die activering extra uitdagend maakt voor deze groep.**

Figuur 2 Beweegreden of aanleiding om beroep te doen op dienstverlening van coach werk



Bron: bevraging einddoelgroep, n= 55 celeenheden zijn frequenties

Veel cliënten hebben te maken met uiteenlopende gezondheidsuitdagingen (zie Figuur 12 voor een overzicht van de aanleiding van arbeidsongeschiktheid). Sommigen kampen met fysieke beperkingen (bv. chronische nek- en rugpijn, beperkte mobiliteit of voortdurende vermoeidheid) die dagelijkse activiteiten bemoeilijken. Anderen ervaren psychische kwetsbaarheden (zoals depressie, angststoornissen of stressklachten). Deze gezondheidsproblemen brengen diverse functionele beperkingen, hinder en pijnklachten met zich mee, waardoor mensen in hun doen en laten worden belemmerd. Daarbij verschilt het per cliënt in welke fase van diagnosestelling en behandeling zij zich bevinden. Ook is van invloed in hoeverre cliënten hun gezondheidsuitdagingen hebben aanvaard. Iemand die een beperking heeft kunnen accepteren, staat vaak anders in het proces dan iemand die nog in de fase van ontkenning zit of worstelt met acceptatie.

Belangrijk is dat psychische en fysieke gezondheidsproblemen vaak verweven zijn met andere drempels richting werk. Zo kan chronische rugpijn leiden tot psychologische drempels als angst om te falen, onzekerheid of een laag zelfvertrouwen. Omgekeerd kunnen psychische kwetsbaarheden iemands energie en motivatie zodanig beïnvloeden dat het heel lastig wordt om arbeidsmarktgerelateerde factoren (vb. veeleisende arbeidsmarkt) en sociaal-

maatschappelijke drempels (bv. stigma in de samenleving of een gebrek aan steun en onbegrip in de omgeving) te overbruggen. Bovendien gaan gezondheidsuitdagingen vaak gepaard met socio-economische uitdagingen. Langdurige arbeidsongeschiktheid kan bijdragen tot financiële problemen of isolement, terwijl stress en armoede de gezondheid weer negatief kunnen beïnvloeden. De fysieke en/of psychische kwetsbaarheden kleuren vaak de andere drempels die worden ervaren. Hieronder proberen we inzicht te geven in hoe de verschillende type drempels worden ervaren en hoe ze elkaar mogelijk versterken. Het is precies de verwevenheid van gezondheidsproblemen met andere drempels die de stappen naar werk voor deze groep zo uitdagend maakt.

4.1.1 Drempels en noden m.b.t. de arbeidsmarkt en de werkomgeving

Gebrek aan flexibele werkoplossingen

Het vinden van passend werk op maat van personen met gezondheidsuitdaging is een uitdaging. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met chronische pijn, psychische kwetsbaarheid of bv. een autismespectrumstoornis. De reguliere arbeidsmarkt laat weinig ruimte voor atypische profielen, het is vaak alles of niets. Hierdoor dreigen mensen tussen wal en schip te vallen. Cliënten botsen op een gebrek aan **tussenstappen** richting regulier werk, zoals vrijwilligerswerk of collectief maatwerk. De nood aan werk op maat en langdurige begeleiding wordt breed erkend, maar het aanbod is ontoereikend.

Voltijds werken is voor veel langdurig zieken niet (langer) haalbaar, maar het systeem voorziet onvoldoende alternatieven. Het stelsel van progressieve werkhervatting wordt als waardevol ervaren, maar is slechts tijdelijk mogelijk. Mensen met complexe problematieken hebben vaak (langer) nood aan gedeeltelijke arbeidsdeelname. Uit angst dat deeltijds werken tot inkomensverlies leidt of niet loont, blijven sommigen dan liever volledig thuis. Dit fenomeen, de zogenoemde ‘benefits trap’ ontmoedigt mensen om stappen richting werk te zetten, zelfs wanneer ze daartoe gemotiveerd zijn. Zorgverleners pleiten daarvoor voor **meer flexibiliteit in het sociale zekerheidssysteem (o.a. voorwaarden gedeeltelijke werkhervatting, complexe administratie, complexiteit bij herval)**, zodat men vlotter kan schakelen tussen werk en ziekte zonder telkens door een administratief kluwen te moeten. De huidige regelgeving laat echter weinig ruimte voor dergelijke tussenvormen, wat leidt tot frustratie bij zowel cliënten als zorgverleners.

Onvoldoende werkaanpassingen en gebrek aan ondersteuning en erkenning door werkgever

(Langdurig) zieken die stappen zetten richting werkhervatting of activering worden vaak geconfronteerd met een reeks werkgerelateerde stressfactoren die hun re-integratie bemoeilijken. Deze factoren zijn vaak sterk verweven met de **organisatie van werk, de cultuur op de werkvloer en de maatschappelijke verwachtingen rond arbeid**.

Uit de interviews kwam naar voren dat een gebrek aan redelijke **aanpassingen op de werkvloer** werkhervattingen kan bemoeilijken of doen mislukken of op termijn tot arbeidsongeschiktheid kan leiden. Zowel fysieke beperkingen als mentale kwetsbaarheden

vragen vaak om een aangepaste invulling van taken, een lager tempo, of hulpmiddelen. In de praktijk blijft deze ondersteuning vaak uit of schiet tekort. **Werkgevers blijken vaak onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden om een inclusieve(re) werkomgeving** te creëren via taakaanpassingen, flexibele werkuren, ergonomische ingrepen, etc. Sommigen vrezen dat zulke maatregelen zullen leiden tot een verlies van productiviteit of extra kosten met zich meebrengen. Nochtans tonen studies aan dat werkplekaanpassingen een van de effectiefste strategieën zijn om uitval te voorkomen en mensen duurzaam aan boord te houden (Rooman et al., 2021; Van Wambeke et al., 2020). Wanneer aanpassingen uitblijven, ontstaat er een verhoogd risico op herval of langdurige uitval. Een van de zorgprofessionals stelde:

“Als er op de werkvloer geen mogelijkheden zijn om hun werkp pad te matchen met de problemen die ze op dat moment ondervinden fysiek of mentaal, dan lopen er wel denk ik heel wat mensen verloren.”

De mismatch tussen werk en de verminderde belastbaarheid van werknemers kan voor personen met gezondheidsuitdagingen dan ook een werkgerelateerde stressfactor vormen. Zorgprofessionals geven aan dat veel cliënten terugkeren naar een functie die niet aangepast is aan hun (nieuwe) fysieke of mentale beperkingen. Iemand komt terug in zijn oude functie, maar kan die misschien niet meer voltijds of in volle intensiteit aan. Als er dan geen herstructurering van taken of werktijd gebeurt, raakt de persoon snel overbelast. Zorgverleners geven aan dat in de praktijk een proactieve aanpak door de werkgever of arbeidsarts vaak ontbreekt. Werkgevers zijn niet altijd op de hoogte van de mogelijkheden of vrezen dat zulke maatregelen duur of omslachtig zijn. **Werkgevers kunnen soms aarzelen om (tijdelijke) aanpassingen door te voeren vanwege de bijkomende kosten, zeker wanneer de duur van de aanpassing beperkt is en het verwachte terugverdieneffect laag lijkt. Zorgprofessionals wijzen op dit knelpunt zeker in situaties waar gezondheidsproblemen tijdelijk zijn of sterk kunnen fluctueren.**

Nochtans toont onderzoek aan dat een goede match tussen werk en gezondheid een belangrijke randvoorwaarde is voor een duurzame werkhervatting (Waddell & Burton, 2006).

Een andere stressfactor die wordt signaleerd bij cliënten is het **gebrek aan ondersteuning door de werkgever**. Cliënten voelen zich soms **onvoldoende gehoord of erkend** door hun leidinggevende of HR-afdeling. Er is vaak geen open communicatie over iemands beperkingen of noden. Men communiceert niet over welke aanpassingen mogelijk zijn. Dit gebrek aan dialoog leidt tot onzekerheid en wantrouwen bij de werknemer, die het gevoel krijgt er alleen voor te staan. Een psycholoog (CGG) vatte het als volgt samen: *“Er is heel weinig nuance in het systeem. Als gevolg denk ik dat heel veel mensen dan inderdaad thuisblijven.”* De huidige aanpak is vaak zwart-wit: je bent ofwel ziek thuis ofwel terug aan het werk zonder veel tussenweg of gesprek. Onderzoek bevestigt dat een ondersteunende werkcultuur en betrokken leidinggevend en cruciaal zijn voor succesvolle re-integratie (Brouwers et al., 2020).

Belastende werkomgeving

Veel cliënten ervaren hun vorige of huidige **werkomstandigheden als belastend**, met een **hoge werkdruk, weinig autonomie en een gebrek aan psychologische veiligheid**. Deze werkomstandigheden hebben vaak bijgedragen aan hun uitval, maar blijven ook tijdens en na het herstel een bron van angst. De gedachte om terug te keren naar exact diezelfde omgeving veroorzaakt grote angst voor herval. Zoals een huisarts (WGC) het verwoordt: *“Als de werksfeer niet meer zo lekker loopt, dan kan dat een aanzet zijn. En als het daar ook wel wat drukker is en mensen beginnen te twijfelen aan zichzelf. Dat is het begin van het eind.”* Ook wetenschappelijke literatuur bevestigt dat een disbalans tussen hoge taakeisen en lage hulpbronnen een risicofactor is voor burn-out (Schaufeli & Taris, 2014). Het gebrek aan steun op het werk kan niet alleen leiden tot uitval, maar bemoeilijkt ook de terugkeer. Een **ondersteunende werkcultuur en betrokken leidinggevenden** zijn belangrijk voor een succesvolle werkhervatting (Brouwers, et al., 2020; Sterkens, 2024).

Onbegrip of stigma bij collega's en werkgever

Tot slot vrezen veel langdurig zieken **onbegrip of stigma** bij hun terugkeer. **Deze angst voor reacties van collega's en leidinggevenden** is vaak gebaseerd op eerdere negatieve ervaringen, maar wordt ook gevoed door het stigma rond ziekte, vooral bij psychische aandoeningen (zie ook 3.1.5). Ze zijn bang dat collega's hen als 'zwak', 'onbetrouwbaar' of 'lui' bestempelen, of dat men hun onzichtbare klachten niet gelooft. *“Mensen zijn bang dat ze niet geloofd worden, dat ze gaan zeggen dat ze overdrijven”*, zo getuigt een zorgprofessional van een CGG. Deze angst voor het oordeel van anderen kan zo verlamdend werken dat cliënten hun terugkeer blijven uitstellen of uiteindelijk zelfs helemaal afhaken (Sterkens, 2024).

4.1.2 Psychologische drempels

Zorgprofessionals en coaches werk merken op dat veel cliënten **stress, onzekerheid en angst ervaren bij het vooruitzicht om weer te gaan werken**. Cliënten zijn vaak **bang om te falen in hun job**, zeker als ze in het verleden al eens zijn vastgelopen in hun werk. **Twijfels over de eigen capaciteiten** ondermijnen hun zelfvertrouwen. Men vreest niet meer in staat te zijn om hun werk naar behoren te kunnen uitvoeren. Deze onzekerheid gaat ook samen met een grote **angst om de uitkering te verliezen** als het misloopt. De risico's van terug gaan werken en het mogelijk verlies van de ziekte- of invaliditeitsuitkering wegen mentaal zwaar. Ook ander onderzoek bevestigt dat financiële onzekerheid een belangrijke psychologische drempel is. Mensen zijn onzeker om stappen richting werk te zetten als ze vrezen er financieel op achteruit te gaan of hun vangnet kwijt te raken (Goffin, et al., 2022; De Coninck et al., 2016).

Gebrek aan zelfvertrouwen vormt eveneens een grote psychologische belemmering, aldus coaches werk. Veel mensen hebben door een lange periode van inactiviteit een laag zelfbeeld en weinig geloof in hun eigen kunnen. Ze ontbreken recente succeservaringen die hun zelfvertrouwen kunnen versterken. Coaches werk en zorgprofessionals geven aan dat cliënten in een negatieve spiraal kunnen belanden van **zelfstigmatisering en berusting in hun**

diagnose. Ze nemen de negatieve stereotypes over hun eigen aandoening of beperking over en gaan zichzelf als ongeschikt voor de arbeidsmarkt beschouwen zoals blijkt uit onderstaand citaat:

“Invaliditeit. Ik haat dat woord, want mensen denken op slag, ik kan niet meer werken. Dat woord is zeer stigmatiserend. Dus wij proberen om dat woord niet in de mond te nemen.”

(zorgprofessional, AZ)

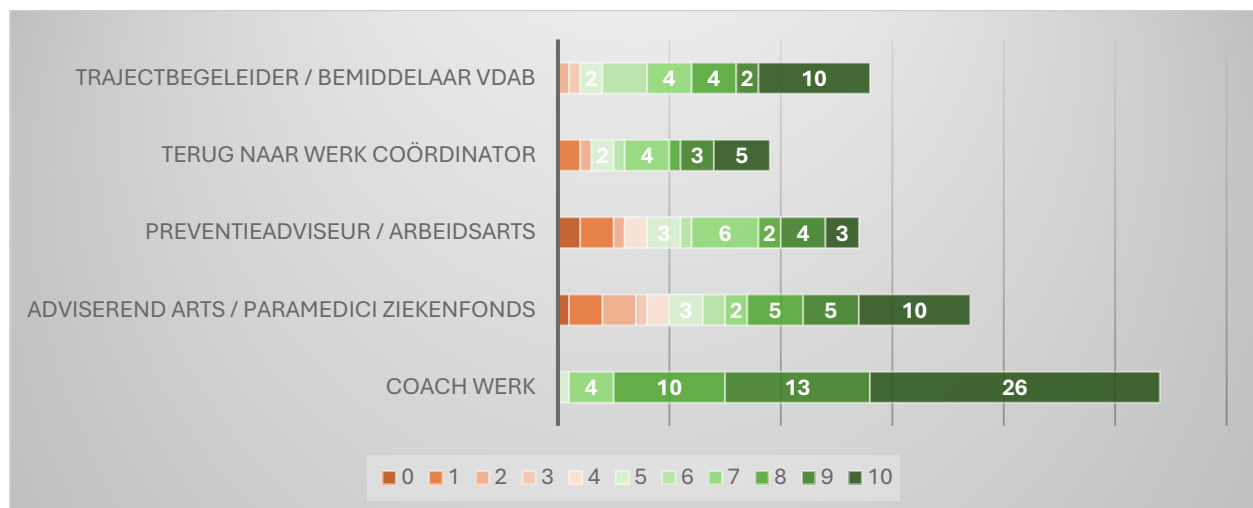
Dit kan leiden tot gevoelens van minderwaardigheid, schaamte en een verminderde motivatie om actief deel te nemen aan het maatschappelijk leven en werkhervatting. Eén van de coaches werk stelde dat **niet werken een taboe is**. Dit taboe gaat gepaard met schaamte en angst om niet te voldoen, die op hun beurt mensen passief maken en hen ervan weerhouden om stappen richting werk te zetten.

“Niet werken is eigenlijk een heel erg taboe. Mensen die niet werken, daar zit ongelooflijk veel schaamte in. Dat wil je niet delen. Werk geeft fierheid, maar daar niet in slagen dat geeft een enorme schaamte.” (coach werk)

Daarnaast heerst er bij cliënten soms **wantrouwen tegenover bepaalde instanties die betrokken zijn bij re-integratie**. In onze bevraging gaven cliënten aan veel vertrouwen te hebben in de coach werk, maar een stuk minder in bijvoorbeeld de adviserend arts/paramedici van de ziekenfondsen en preventieadviseurs/arbeidsartsen. Hoewel de meeste respondenten na afronding van de ondersteuning door de coach werk aangeven een zeker mate van vertrouwen te hebben in de trajectbegeleiders/ bemiddelaars van VDAB, gaven de coaches werk aan dat heel wat cliënten niet bekend zijn met het aanbod van VDAB en schroom hebben om zich in te schrijven uit schrik voor onbegrip of druk.¹⁷ VDAB wordt door cliënten soms gezien als een onpersoonlijke, strenge entiteit waar geen plaats is voor dienstverlening op maat en waar er geen rekening wordt gehouden met de psychische kwetsbaarheden van cliënten. Dit sluit aan bij bevindingen uit ander onderzoek waaruit blijkt dat het negatieve imago van VDAB bij sommige groepen werkzoekenden een drempel vormt om zich in te schrijven of deel te nemen aan een traject (Knipprath & Bogaerts, 2021; Van Dooren et al., 2011;).

¹⁷ De einddoelgroep werd bevraged na afronding van de ondersteuning door de coach werk.

Figuur 3 Mate van vertrouwen van finale doelgroep in instanties/personen op schaal van 0 tot 10



Bron: bevraging einddoelgroep, n trajectbegeleider/bemiddelaar VDAB=27; n TNWC=19; n preventieadviseur/arbeidsarts=26; n adviserend arts/paramedici ziekenfonds=36; n coach werk= 53; celeenheden zijn frequenties. Een groot aandeel van de respondenten heeft niet de mate van vertrouwen ingevuld voor alle instanties/ personen.

4.1.3 Situationele drempels

Praktische omstandigheden thuis en in de leefomgeving kunnen de activering ernstig bemoeilijken. Vaak is er sprake van een opeenstapeling van problemen: een combinatie van factoren zoals gezinsverantwoordelijkheden, mobiliteitsproblemen en woonomstandigheden creëert hoge drempels. Betrouwbare en betaalbare **kinderopvang** wordt door verschillende zorgprofessionals gesignaleerd als een belangrijke drempel voor alleenstaande ouders en gezinnen met jonge kinderen. Als opvang niet gegarandeerd is, kunnen cliënten simpelweg niet (voltijds) gaan werken. Een andere drempel is het gebrek aan **vervoer**. Veel kwetsbare cliënten beschikken niet over een eigen auto en zijn aangewezen op openbaar vervoer. Beperkte dienstregelingen of gebrekkige verbindingen maken het moeilijk om op tijd op het werk of op andere afspraken te raken, vooral in meer landelijke regio's.¹⁸ Hierdoor kunnen hun kansen op werkhervatting verminderen. Bovendien kunnen de kosten voor pendelen en kinderopvang oplopen. Soms zijn de uitgaven voor vervoer en kinderopvang zo hoog dat ze het inkomen van cliënten overtreffen, waardoor werken financieel onaantrekkelijk wordt. Het verschil tussen uitkeringen en loon voor betaalde arbeid is vaak klein, vooral voor kortgeschoolde banen. Onderzoek bevestigt dat deze zogenaamde uitkeringsval (of werkloosheidsval) een belangrijke barrière is. **Werken loont vaak amper meer dan een uitkering**, zeker wanneer men rekening houdt met bijkomende kosten zoals transport en kinderopvang. Veel mensen durven daarom geen stappen zetten uit vrees om erop achteruit te gaan (Goffin et al., 2022, De Coninck et al., 2016). Daarbovenop gaat het vaak om fysiek

¹⁸ Zie onder meer lopende VIONA-studie over jobbereikbaarheid als drempel of hefboom voor werk: [Actuele VIONA-projecten | Vlaanderen.be](https://actuele.viona-projecten.vlaanderen.be)

zware jobs met zware werkomstandigheden, aldus coaches werk en zorgprofessionals. Deze combinatie maakt werken geen aantrekkelijke mogelijkheid.

Wie in onzekerheid leeft over zijn **huisvesting** (onaangepaste of ongezonde huisvesting, dreigende uithuiszetting, etc.) ervaart vaak een hoge mate van stress en kan zich moeilijk op werkhervatting concentreren. Een stabiele en gezonde huisvesting is een noodzakelijke voorwaarde voor een succesvolle activering (Commissie Diversiteit, 2020).

Een **instabiele thuissituatie** met spanningen of onrust in de privésfeer kunnen ook alle aandacht opslorpen, waardoor er weinig mentale ruimte over blijft om te focussen op activering. Een ongezonde thuissituatie die zorgt voor stress en onzekerheid maakt dat het moeilijk is voor mensen om activering als prioriteit te zien.

Ten slotte weegt de eerder genoemde vrees om **financiële zekerheid** te verliezen zeer zwaar voor veel kwetsbare cliënten. Cliënten aarzelen om stappen richting werk te zetten uit angst hun uitkering kwijt te raken of er netto op achteruit te gaan. Zorgprofessionals signaleren dat financiële onzekerheid mensen kan tegenhouden om nieuwe werkmogelijkheden te verkennen. Mensen blijven soms tegen beter weten in doorwerken in ongezonde omstandigheden omdat stoppen voor hen geen financiële optie is. *“Ze zijn fysiek op, maar zitten financieel zo vast aan hun job omdat stoppen geen optie is.”* (zorgprofessional, WGC).

4.1.4 Socio-economische drempels

Gebrek aan tijdige aandacht voor loopbaanheroriëntatie en participatie aan levenslang leren

Een **beperkte scholingsgraad en deelname aan levenslang leren** kunnen ervoor zorgen dat de cliënt te maken heeft met verouderde of gebrek aan vaardigheden. Hierdoor verkleint de kans op duurzame activering aanzienlijk. Mensen zonder diploma of met een laag opleidingsniveau vinden vooral laaggekwalificeerde jobs die vaak fysiek belastend en laagbetaald werk inhouden dat voor hen om gezondheidsredenen niet haalbaar of duurzaam is. Kortgeschoolden blijven gemiddeld langer arbeidsongeschikt dan hoger opgeleiden, wat duidt op een structureel nadeel voor deze groep (Rekenhof, 2021). Zorgprofessionals signaleren dat deze cliënten zich gevangen voelen in een vicieuze cirkel: ze kunnen hun vorige werk niet meer uitvoeren, maar beschikken niet over de kwalificaties om ander werk te vinden dat minder belastend is. Opleidingen of bijscholing zijn niet altijd haalbaar door gebrek aan cognitieve capaciteiten, psychische kwetsbaarheid of gebrek aan ondersteuning door de omgeving. De kwetsbare positie van kortgeschoolden op de arbeidsmarkt wordt in die zin nog eens versterkt door bijkomende gezondheidsproblemen.

Voor cliënten met buitenlandse diploma's vormen de **niet-erkenning van hun kwalificaties** in België en een gebrekkige kennis van het Nederlands bijkomende belemmeringen. Daarnaast is er de problematiek van langdurige afwezigheid van de arbeidsmarkt. Wie lange tijd niet gewerkt heeft, mist vaak de kans om zijn vaardigheden up-to-date te houden. Ook technologische vooruitgang en een versnelde digitalisering zorgen ervoor dat vaardigheden snel verouderen. Verouderde vaardigheden of een gebrek aan bepaalde (digitale) vaardigheden kunnen een grote drempel vormen voor langdurig zieken in een context van

toenemende complexiteit en digitalisering. **Jobeisen veranderen bovendien aan een snel tempo**, wat het moeilijk maakt voor mensen in langdurige arbeidsongeschiktheid om zich aan te passen en relevant te blijven in hun vakgebied. Mensen die langere tijd niet meer actief zijn geweest op de arbeidsmarkt kunnen tot de vaststelling komen dat vereisten van hun oude beroep ondertussen ingrijpend veranderd zijn.

Volgens betrokken zorgprofessionals en coaches werk bevinden veel mensen zich in een situatie waarin hun vorige werk niet langer haalbaar is, hetzij om fysieke gezondheidsproblemen hetzij om psychische redenen. Deze **nood aan loopbaanheroriëntatie wordt echter vaak pas laat onderkend**, meestal wanneer iemand al lange tijd arbeidsongeschikt is. Zorgprofessionals signaleren dat cliënten vaak in een gat vallen en niet weten waar te beginnen. Een huisarts schetst het probleem: *“Heel vaak zeggen we van: ik kan mijn job niet meer doen. En dan stopt het.”*. Doordat cliënten doorheen hun loopbaan weinig of onvoldoende tijdig aandacht hebben gehad voor hun leernoden en kansen, **missen ze inzicht in de mogelijkheden die er zijn om stappen naar (ander) werk** te kunnen zetten. Het niet tijdig genoeg detecteren van en inspelen op leernoden en -kansen die een heroriëntatie zouden mogelijk maken zorgt ervoor dat heroriëntering voor veel langdurig zieken niet alleen een praktische, maar ook een existentiële uitdaging wordt.

Leeftijdsgerelateerde drempels en de impact van anciënniteit op loopbaandynamiek

Leeftijd speelt eveneens een rol als drempel bij activering. Oudere cliënten kampen vaker met meerdere gezondheidsproblemen en met het stigma dat werkgevers op leeftijd klevan. Zorgprofessionals merken op dat een hoge leeftijd vaak wordt geassocieerd met een afname van zowel fysieke als mentale capaciteiten wat het zelfbeeld van oudere cliënten negatief beïnvloedt. Ze onderschatten zichzelf soms en schrijven zichzelf af voordat ze een kans hebben gekregen. Een huisarts stelt *“We zien vaak oudere cliënten die zichzelf afschrijven, nog voordat ze een kans hebben gekregen om te laten zien wat ze kunnen”*. Maar ook aan werkgeverskant worden cliënten geconfronteerd met de nodige uitdagingen. Aan werkgeverskant is terughoudendheid voelbaar om oudere werknemers aan te werven. Men vreest voor hogere kosten of een lagere productiviteit, zeker als er al bestaande gezondheidsproblemen zijn. Oudere langdurig zieken zouden vaak baat hebben bij flexibele werkregelingen om hun re-integratie haalbaar te maken, maar die mogelijkheden zijn beperkt. Dit alles maakt re-integratie complexer voor 55-plussers. Statistieken van de Hoge Raad voor Werkgelegenheid (2024) bevestigen dat de kans op terugkeer naar werk drastisch daalt naarmate iemand ouder is. Voor 55-plussers die langer dan een jaar ziek zijn, is de kans op werkhervatting erg klein.

Daarnaast vormt het **niet kunnen meenemen van opgebouwde anciënniteit bij sector-overschrijdende heroriëntatie** een bijkomende financiële en psychologische drempel. Cliënten die jarenlang in één sector werkten, verliezen bij een overstap naar een andere sector niet alleen hun loonvoordelen, maar ook hun opgebouwde rechten en status. Dit betekent een forse stap terug in salaris en status, wat psychologisch zeer zwaar weegt. Een zorgprofessional verwoordde het zo:

“Naar een andere sector stappen op een bepaalde leeftijd, geen anciënniteit kunnen meenemen, financieel betekent dat natuurlijk een hele grote stap achteruit.”
(zorgprofessional, CGG Kohesi)

Het vooruitzicht om weer onderaan de ladder te beginnen ontmoedigt veel langdurig zieken en maakt dat ze vaak blijven vasthouden aan onhoudbare werksituaties of zich volledig terugtrekken uit het arbeidsproces. Dergelijk verlies van opgebouwde rechten raakt aan hun identiteit, hun financiële zekerheid en hun gevoel van eigenwaarde en kan een wezenlijke drempel vormen voor heroriëntering.

4.1.5 Sociaal-maatschappelijke drempels

Maatschappelijke opvattingen over ‘werk’ en stigma’s inzake arbeidsongeschiktheid

Op de achtergrond van al deze individuele en situationele drempels spelen dieperliggende **maatschappelijke opvattingen en stigma’s** een rol. Langdurig zieken voelen vaak dat de maatschappij neerziet op mensen met het label ‘invaliden’ of ‘arbeidsongeschikt’. Deze stigmatisering manifesteert zich op verschillende niveaus: in de publieke opinie, op de werkvloer, maar ook in de manier waarop cliënten zichzelf gaan zien. Er heerst bij sommigen het vooroordeel dat iemand die langdurig ziek is, niet wil werken of een ‘profiteur’ zou zijn. Zulke stigmatiserende ideeën dringen door tot in de eigen leefwereld en leidt volgens zorgprofessionals vaak tot schaamte, terughoudendheid en een verlies aan zelfvertrouwen bij cliënten. Een zorgprofessional uit een algemeen ziekenhuis beschrijft het treffend:

“Men heeft het altijd over de profiteurs die langdurig ziek zijn. Maar we zien ook heel veel mensen die eronder lijden dat zij niet kunnen, die niet actief kunnen deelnemen aan het professioneel leven en daardoor zich ja minderwaardig, minder geschikt voelen, minder... noem maar op. Dat is ook een hele vicieuze cirkel waar ze in terecht komen.”

Deze vorm van stigmatisering is bijzonder uitgesproken bij mensen met **mentale gezondheidsproblemen**. Door gezondheidsprofessionals uit de geestelijke gezondheidszorg wordt benadrukt dat cliënten met een depressie, burn-out of angststoornissen door de buitenwereld vaak minder ernstig worden genomen dan personen met fysieke aandoeningen. Cliënten ervaren dat hun omgeving, en soms zelfs zorgverleners of adviserend artsen, impliciet vinden dat ze ‘gewoon moeten doordoen’. Hierdoor voelen ze zich niet erkend in hun lijden. *“Er is een soort maatschappelijk beeld dat wie ziek is, niet meer kan werken. En als het dan om psychische problemen gaat, dan is het helemaal moeilijk. Want dat zie je niet.”*, zegt een psycholoog van een CGG. Dit leidt tot een verhoogde druk om snel weer aan het werk te gaan, vaak zonder voldoende herstel, met alle risico’s van dien.

Wetenschappelijk onderzoek bevestigt deze bevindingen. Volgens Brouwers et al. (2020) is stigma een van de belangrijkste belemmeringen voor werkhervatting bij mensen met psychische aandoeningen. Stigma beïnvloedt bovendien niet alleen de houding van werkgevers, maar ook het zelfbeeld van de cliënt. Velen zien zichzelf niet meer als nuttig of waardevol voor de maatschappij. Dit ondermijnt hun motivatie om te re-integreren en zorgt voor een angst dat elke poging toch zal mislukken of dat men opnieuw zal uitvallen. Het

negatieve zelfbeeld en de vrees voor discriminatie werkt in die zin als een vorm van selffulfilling prophecy waardoor ze hun eigen re-integratie saboteren (Sterkens, 2024).

De stigmatisering is bovendien sterker aanwezig in werkomgevingen of sectoren waar werk wordt gezien als een morele plicht, 'hard werken is de norm' of als maatstaf voor maatschappelijke waarde. Zorgverleners geven aan dat cliënten uit de zorg- of industriële sectoren het vaak zeer moeilijk hebben nu dat 'ze niet meer meetellen' en niet meer kunnen bijdragen. Dit raakt aan hun identiteit, zeker bij wie voordien lang gewerkt heeft. Ze moeten niet alleen hun job, maar ook een stukje zelfbeeld opgeven, wat vaak gepaard gaat met gevoelens van verlies en identiteitscrisis.

Combinatie privéleven, zorgtaken en werk

Cliënten ervaren ook soms **moeilijkheden om werk te combineren met privéleven en zorgtaken**. Vooral mensen met kleine kinderen of met mantelzorgtaken kunnen de combinatie werk-privé als een dagelijkse evenwichtsoefening vol stress ervaren. Moderne sociaal-culturele normen doen velen geloven dat men zowel carrière, gezin als persoonlijke ontwikkeling moeiteloos moet kunnen bolwerken. Vaak voelen mensen de druk om na hun herstel weer alles perfect te kunnen combineren. Zorgprofessionals signaleren dat sociale media hier een versterkende rol in spelen, door het creëren van onrealistische verwachtingen over succes, balans en prestaties. Een loopbaancoach uit de eerstelijnszorg merkt hierover op: *"Heel veel balletjes in de lucht houden en de sociale druk van het denken dat het allemaal moeten kunnen. Dat is een deel van mijn werk om hen duidelijk te maken van het kan niet allemaal tegelijk."* Deze druk leidt tot gevoelens van falen, schuld en uitputting, wat het herstelproces ondermijnt.

4.2 Noden en drempels van zorgprofessionals in het ondersteunen van personen met gezondheidsuitdagingen inzake activering

In deze sectie worden de belangrijkste uitdagingen en noden van zorgprofessionals beschreven in de ondersteuning van hun cliënten richting activering of werkhervatting. De bevindingen zijn gebaseerd op groepsinterviews met betrokken zorgprofessionals in de vindplaatsen die deel uitmaken van de casestudie. We bespreken hier de belangrijkste noden en drempels die ze aangeven: een gebrek aan kennis en informatie, tijdsdruk, gebrek aan geïntegreerde dienstverlening voor cliënten, gebrek aan multidisciplinaire samenwerking en afstemming tussen actoren georganiseerd rond de cliënt, en spanningen rond hun dubbele rol.

4.2.1 Gebrek aan kennis en informatie

Veel van de zorgprofessionals die werden geconsulteerd geven aan dat ze een gebrek ervaren aan actuele kennis en informatie inzake werk. Hierdoor zijn ze soms onzeker en terughoudend om het thema te introduceren of te bespreken met hun cliënten en om uitgesproken advies te

verlenen richting derden (zie ook sectie 3.2.6). Zorgprofessionals halen verschillende oorzaken voor dit kennishiaat aan.

Complexiteit van regelgeving en wetgevend kader

Nagenoeg alle zorgverleners ervaren de regelgeving en het wetgevend kader over activering en re-integratie als uiterst complex en constant in beweging. Deze complexiteit maakt het moeilijk om cliënten correct te informeren over mogelijkheden tot werkhervatting en hen door te verwijzen naar de juiste dienstverlening. Een vaak genoemd voorbeeld is de onduidelijkheid over de financiële impact van (gedeeltelijke) werkhervatting voor cliënten die arbeidsongeschikt zijn. Zorgverleners missen heldere informatie over wat activering kan betekenen voor iemands uitkering en inkomen, waardoor zij vaak terughoudend zijn om het thema werk zelf ter sprake te brengen. Zoals een psycholoog uit een CGG aangaf: *“Wat voor hen [cliënten] heel belangrijk is, is het risico op inkomensverlies goed te kunnen inschatten. En ik als psycholoog kan hen die helderheid of duidelijke informatie niet geven.”*

Bovendien is het landschap ook voortdurend in verandering, waardoor het voor zorgverleners niet evident is om up-to-date te blijven. Wat vandaag geldt, kan morgen anders zijn. Zorgprofessionals geven aan dat dit een obstakel vormt om het thema werk bij cliënten te introduceren. Het is moeilijk om een eerste schakel te zijn en het thema werk te introduceren bij cliënten als men niet beschikt over de nodige informatie om cliënten hierin te ondersteunen of door te verwijzen.

Gebrek aan kennis over aanbod activerende trajecten

Veel zorgprofessionals geven aan onvoldoende zicht te hebben op het bestaande, lokale activeringsaanbod. Ze weten vaak niet goed welke instanties of programma's beschikbaar zijn om cliënten te ondersteunen bij hun terugkeer naar werk. Het aanbod is bovendien versnipperd en vaak tijdelijk van aard, wat het moeilijk maakt om het overzicht te bewaren en bemoeilijkt het gericht doorverwijzen van cliënten. Ook bevindingen uit eerder onderzoek bevestigen deze kenniskloof bij zorgprofessionals (Van Regenmortel et al., 2016). Zo was een directeur patiëntenzorg uit een van de betrokken vindplaatsen aanvankelijk van mening dat iedere zorgprofessional zelf op de hoogte moest blijven van het hele activeringsaanbod en de regelgeving, maar realiseerde zich na verloop van tijd dat dit onhaalbaar is zonder gespecialiseerde ondersteuning, gezien de snelheid van veranderingen en de complexiteit ervan.

Onvoldoende aandacht voor activering in opleidingen

Een ander knelpunt volgens sommige zorgprofessionals is dat het thema werk en activering nauwelijks aan bod kwam in hun basisopleiding. Bovendien wijzigt de context zo snel, dat informatie uit de basisopleiding vrij snel dreigt te zijn achterhaald. De inspanningen die zorgprofessionals zouden moeten leveren om de kennis over het thema werk te onderhouden (vb. via bijscholing en platformen) worden als moeilijk haalbaar beschouwd. Kennis over activering wordt bijgevolg vooral al doende, case-gewijs opgebouwd in de praktijk. Zorgprofessionals voelen zich daardoor soms niet volledig bekwaam of comfortabel om over

werkhervatting te spreken. Ze missen handvaten over hoe en wanneer dit thema te introduceren bij cliënten. Een van de huisartsen verwoordde het als volgt:

“Wat ik heel lastig vind: ik ben opgeleid als huisarts. Dus wij krijgen heel veel eerstelijns geneeskunde, ik ken dingen van diabetes en hartfalen enzo. Maar van werk en werk-gerelateerde problemen heb ik niet zoveel kaas gegeten. Wat ik dan wel heel moeilijk vind is dat wij wel een van de steunpunten zijn die dat moeten initiëren. Maar we krijgen daar eigenlijk geen opleidingen van.”

4.2.2 Gebrek aan tijd

Naast kennisgebrek is tijdgebrek een universeel ervaren drempel bij zorgprofessionals. Vrijwel alle zorgverleners, in zowel de eerste lijn als de tweede lijn, kampen met een hoge werkdruk, wat hen belemmert om voldoende tijd te kunnen besteden aan de ondersteuning van hun cliënten richting werk. Er blijft zelden voldoende tijd over om uitgebreid in te gaan op iemands werkachtergrond, ervaringen of vragen rond werkhervatting en zo een goed zicht op de situatie te krijgen. Het bespreken van de mogelijkheden en bezorgdheden omtrent terugkeer naar werk kost nochtans tijd en aandacht, iets wat in de huidige praktijk vaak ontbreekt. Dit wordt niet enkel door artsen en ander medisch personeel aangegeven, ook medewerkers van sociale diensten merken dat ze onvoldoende ruimte hebben om het uitgebreid te hebben over activering. Bovendien vergt goede ondersteuning richting werk vaak extra acties buiten het consult om, bv. het opzoeken van informatie, doorverwijzing, contact leggen met derden zoals werkgevers en VDAB. In de praktijk ontbreekt het zorgprofessionals vaak aan tijd om die meer coördinerende rol op zich te nemen bovenop hun reguliere zorgtaken.

4.2.3 Gebrek aan geïntegreerde dienstverlening voor cliënten

Zorgverleners signaleren de behoefte aan betere coördinatie tussen zorg en activering. Hoewel ondersteuning richting werk idealiter geïntegreerd zou moeten zijn in het zorgtraject, valt deze in de praktijk vaak erbuiten. Daarbij is het belangrijk te onderstrepen dat niet elke zorgondersteuner de opdracht of het mandaat heeft om het domein werk te dekken, wat de integratie bemoeilijkt. Uit de focusgroepen bleek de nood aan een coördinerende rol in de hoedanigheid van één persoon die zowel voeling heeft met het zorgaspect als met het werkaspect. Kwetsbare cliënten en mensen met complexe psychische problemen hebben vaak nood aan een breed georganiseerde begeleiding over alle levensdomeinen heen. Dit impliceert niet alleen gezondheid en werk, maar bijvoorbeeld ook zaken als huisvesting, financiën en gezinssituatie, zodat alle randvoorwaarden voor een succesvolle re-integratie of een volwaardige deelname aan onze samenleving vervuld zijn (zie ook sectie 3.1). Zo een brede ondersteuning bestaat vandaag nauwelijks.

4.2.4 Gebrek aan multidisciplinaire samenwerking en afstemming tussen actoren georganiseerd rond de cliënt

Een nauwe multidisciplinaire samenwerking tussen zorgprofessionals rond de cliënt wordt als belangrijk gezien voor een succesvolle activering, maar in de praktijk werken zorgprofessionals nog vaak langs elkaar heen. Daarbovenop is de communicatie met adviserend artsen en arbeidsartsen vaak eenrichtingsverkeer en ontbreekt het zorgprofessionals vaak aan terugkoppeling door externe begeleiders over activeringstrajecten van hun cliënten, wat een geïntegreerde ondersteuning van cliënten bij activering bemoeilijkt.

Gebrek aan multidisciplinaire samenwerking op de vindplaats

Uit de gesprekken met zorgprofessionals blijkt dat integrale samenwerking tussen verschillende disciplines geen vanzelfsprekendheid is, terwijl een goede geïntegreerde multidisciplinaire aanpak rond activering een grote meerwaarde biedt voor cliënten. In sommige vindplaatsen werken artsen, therapeuten, maatschappelijk werkers en psychologen al nauw samen voor de begeleiding van hun cliënten in hun zorg en activeringstraject. Toch is dit sterk afhankelijk van de afdeling of het type instelling. In sommige type vindplaatsen, zoals centra geestelijke gezondheidszorg, wijkgezondheidscentra, psychiatrische centra werken per definitie multidisciplinair, dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld huisartsenpraktijken.

Vaak werken zorgprofessionals nog vrij verkokerd binnen hun eigen vakgebied. Men mist structurele overlegmomenten waar medische en psychosociale aspecten en arbeidsgerelateerde zaken gezamenlijk besproken worden. Een geïntegreerde aanpak waarin bijvoorbeeld behandelend artsen, psychologen en sociaal werkers samenzitten, kan ervoor zorgen dat op het juiste moment de juiste prikkel wordt gegeven richting activering. Zoals een psychiater het verwoordde: *“Als je op het juiste moment de juiste prikkel geeft, kan dat hoop geven. Dat vereist tijd, expertise en samenwerking”*. Knipprath en Bogaerts (2021) onderstrepen eveneens dat gecombineerde medische en werkgerichte interventies voor langdurig zieken effectiever zijn dan geïsoleerde acties. Multidisciplinaire samenwerking zorgt ervoor dat activering niet als een losstaand traject buiten de zorg staan, maar verweven raakt met het zorgtraject en psychosociale begeleiding.

Gebrekkige communicatie met adviserende en arbeidsartsen

Een specifiek knelpunt dat (huis)artsen en psychiaters aangeven is het gebrek aan communicatie met arbeidsartsen en adviserend artsen. Rechtstreeks overleg is zeldzaam en de informatiestroom is vaak éénrichtingsverkeer. Een van de huisartsen getuigt:

“Mensen moeten op controle komen bij de mutualiteit. Ik schrijf altijd een mooie brief waar ik achter sta, maar ik hoor daar nooit iets van. Die patiënt komt mij dan vertellen wat ik dan moet opschrijven van de adviserend arts... De patiënt is dan de communicator. Wat ik in sommige gevallen wel gevaarlijk vind, he. Want ik weet van niks, ik hoor van niks en dan denk ik, hoe moet ik die mensen nu begeleiden?”

Deze eenrichtingscommunicatie zorgt ervoor dat behandelend artsen vaak niet weten welke adviezen of plannen elders gegeven worden. Ook psychiaters bevestigen dat overleg met de adviserend arts ‘quasi onmogelijk’ is:

“Het is quasi onmogelijk om overleg te hebben met een adviserend geneesheer. Ik schrijf adviezen. Ik weet nooit of er rekening mee gehouden wordt. Er is nooit iemand die mij contacteert. Omgekeerd kan ik ook amper achterhalen bij welke adviseur die mensen daadwerkelijk zijn geweest.”

Dit gebrek aan afstemming maakt het voor de betrokken zorgprofessionals moeilijk om hun cliënten goed te ondersteunen in hun re-integratie naar werk of activering. Het kan zelfs tot tegenstrijdige of verwarrende boodschappen voor de cliënt leiden. In de praktijk is men vaak nog ver verwijderd van een echt gedeeld zorgcontinuüm waarbij behandelend artsen, bedrijfsartsen en adviserend artsen samenwerken en informatie delen om te komen tot een succesvolle re-integratiebeslissing (Holmlund et al., 2023). Met het TRIO-platform¹⁹ kunnen huisartsen, arbeidsartsen en adviserend artsen onderling met elkaar communiceren om een arbeidsongeschikte persoon te begeleiden. De communicatie verloopt via een nieuw digitaal beveiligd communicatieplatform. Gesprekken met de zorgverleners suggereren dat het gebruik van dit platform nog niet helemaal ingeburgerd is.

Onvoldoende terugkoppeling vanuit externe begeleiding

Vergelijkbaar gebrek aan communicatie doet zich voor wanneer cliënten extern begeleid worden in hun activering of re-integratietraject (vb. VDAB; TNWC, OCMW). Zorgverleners geven aan dat zij hiervan vaak weinig tot niets krijgen teruggekoppeld. Men moet het meestal met de terugkoppeling van de cliënt zelf doen. In de praktijk is het niet altijd duidelijk of de cliënt wel contact heeft opgenomen met de begeleider of is het moeilijk om te achterhalen wat er is verteld of beslist. Dit gebrek aan informatiedoorstroom maakt het lastig voor zorgprofessionals om activering verder op te volgen en in te bedden in het zorgtraject. Activering wordt zo een losgekoppeld spoor, terwijl het idealiter geïntegreerd wordt opgevolgd.

4.2.5 Dubbele rol: zorgen voor gezondheid én zo snel mogelijk activeren

Verskillende zorgprofessionals geven aan dat ze een **spanning voelen in hun dubbele rol als behandelaar en als ‘poortwachter’ naar werk**. Enerzijds hebben artsen de verantwoordelijkheid om het medische herstel van hun cliënten te bewaken en hun cliënten te beschermen tijdens ziekte. Anderzijds staan ze onder druk om arbeidsongeschiktheid niet onnodig te laten aanslepen en mensen zo snel als mogelijk te activeren. Een van de huisartsen verwoordde het zo: *“Ik moet die mensen ondersteunen in hun gezondheid, maar ik moet hen*

¹⁹ [TRIO: Het platform voor eenvoudige communicatie met betrokken artsen wanneer u een arbeidsongeschikte persoon begeleidt | RIZIV](#)

ook zo snel mogelijk aan het werk sturen". Artsen worstelen soms met onzekerheid over hoe lang iemand 'ziek mag zijn' zonder de kansen op terugkeer te schaden, en wanneer het medisch verantwoord is activering aan te moedigen. Vooral bij psychisch kwetsbare cliënten is de **timing van activering** bijzonder delicaat en vergt maatwerk, geven zorgprofessionals aan. Een psychiater waarschuwt: *"Te snel activeren of overactiveren is gevaarlijk. Je kan iemand die beter is, terug ziek maken."* Voortijdige druk richting werk kan contraproductief zijn en zelfs tot terugval leiden. De twijfel om al dan niet te activeren hangt ook samen met de organisatie en verwachtingen ten aanzien van activering: het is meestal "alles of niets" of minstens op de uren of dagen dat men actief is verwacht de werkgever 100% activiteit.

Tegelijkertijd erkennen zorgprofessionals de meerwaarde van activering in de zin dat activering ook herstel bevorderend kan zijn mits het op het juiste moment en op maat van de cliënt gebeurt. Deze inschatting van de individuele situatie, waarbij zowel medische symptomen, motivatie, draagkracht en context in overweging worden genomen vereist expertise en samenwerking tussen zorg- en werkdactoren. Wetenschappelijk onderzoek bevestigt dat werkhervatting bij psychische of chronische aandoeningen gebaat is bij een geleidelijke aanpak op maat (Loisel et al., 2005; Waddell & Burton, 2006). Een overhaaste activering voldoende ondersteuning kan leiden tot herval, maar te lang wachten kan het risico op langdurige inactiviteit dan weer vergroten (Slade, 2009). Sommige zorgprofessionals zien werken dan ook als een therapeutisch middel, mits juist getimed en gefaciliteerd. Een hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg stelde: *"Je werkt aan het gezonde deel van de mens. Niet op wat hij niet kan, maar op wat hij wel kan"*. Dit positieve perspectief benadrukt dat deelname aan werk of activering een onderdeel van het herstelproces kan zijn. De uitdaging voor zorgverleners is dus vooral de juiste timing en balans vinden. Een goede inschatting van de individuele situatie is nodig, en daarvoor moeten medische en psychosociale factoren in rekening gebracht worden. Multidisciplinair overleg (zoals eerder genoemd), kan helpen om de nuance te bewaren, niet te snel, niet te traag en telkens met inspraak van de cliënt.

4.2.6 Uitdagingen bij het adviseren over arbeids(on)geschiktheid

Beperkte informatie bij beslissingen

Wanneer zorgprofessionals moeten adviseren over arbeidsongeschiktheid – bijvoorbeeld bij het invullen van een ziekteattest of bij verlenging van ziekteverlof – ervaren ze vaak dat ze **te weinig informatie hebben over de werksituatie van de cliënt**. Zorgprofessionals geven aan dat zij vaak beperkte tijd hebben om tijdens hun consult uitgebreid stil te staan bij werkgerelateerde aspecten van hun cliënten (zie ook 3.2.2). Ze kennen meestal de medische diagnose goed, maar weten mede omwille van het tijdsgebrek minder over het type werk dat iemand doet, de specifieke taken, de werkomgeving en de verwachtingen op de werkvloer, interesses en achtergrond van de cliënt. Bovendien is de werkgerelateerde informatie waarop ze zich dienen te beroepen vaak uitsluitend afkomstig van de cliënt wat in sommige gevallen ook risico's inhoudt. Het ontbreken van voldoende informatie kan ervoor zorgen dat de adviezen niet volledig aansluiten bij de werkelijke situatie van de cliënt. Dit kan resulteren in onnodige verlenging van arbeidsongeschiktheid, maar ook in te vroege werkhervatting met alle gevolgen van dien.

Beperkte mogelijkheden voor flexibele werkhervatting (op maat)

Een andere belangrijke uitdaging die zorgverleners signaleren is het **gebrek aan mogelijkheden voor flexibele werkhervatting en beperkingen binnen het sociale zekerheidsstelsel**. Progressieve werkhervatting wordt als een positieve evolutie gezien, maar is volgens zorgprofessionals nog onvoldoende flexibel en beperkt in de tijd. Veel cliënten hebben behoefte aan een geleidelijke opbouw van hun werkuren en taken, aangepast aan hun fysieke en psychische mogelijkheden. De huidige regelgeving en werkpraktijken bieden vaak maar weinig mogelijkheden voor echte oplossingen op maat van de cliënt. Het ontbreken van flexibele werkhervattingsmogelijkheden maakt dat het voor zorgprofessionals soms moeilijk is om adviezen te geven die zowel realistisch als haalbaar zijn voor de cliënt.

Zorgprofessionals merken op dat het klassieke paradigma, waarin men veronderstelt dat alleen de medische conditie bepaalt of iemand kan werken, niet helemaal strookt met de werkelijkheid bij langdurige uitval. Naarmate iemand langer ziek thuis is, gaan de sociale en psychologische aspecten in toenemende mate een rol spelen en houdt de oorzaak van deze afwezigheid steeds minder verband met de initiële medische diagnose (zie ook sectie 3.1). Een rigide systeem dat enkel naar medische parameters kijkt, doet onvoldoende recht aan deze realiteit. Er is volgens zorgprofessionals dan ook nood aan flexibelere regelingen die toelaten om op maat activering en re-integratietrajecten uit te werken, zonder meteen het vangnet van uitkering te verliezen.

5 OPZET VAN DE DIENSTVERLENING BINNEN CASESTUDIES

Dit hoofdstuk zoomt in op de dienstverlening door de coaches werk, zowel richting personen met gezondheidsuitdagingen als richting zorgprofessionals op de zes vindplaatsen die deel uitmaken van de casestudie. In het eerste deel bekijken we hoe de ondersteuning aan de finale doelgroep wordt georganiseerd, waarbij we een onderscheid maken tussen collectieve informatiesessies en individuele ondersteuning. In het tweede deel komt de dienstverlening van de coach werk gericht aan zorgprofessionals aan bod. Hier ligt de focus vooral op sensibilisering, samenwerking en afstemming binnen de zorgcontext. Zowel collectieve acties, zoals informatiesessies en deelname aan overlegmomenten, als individuele contacten en informele interacties worden besproken.

5.1 Dienstverlening voor finale doelgroep

De dienstverlening van de coaches werk kan worden opgedeeld in twee luiken: collectieve en individuele acties (zie Figuur 4). Enerzijds zijn er de algemene informatiesessies voor de einddoelgroep en anderzijds is er de individuele ondersteuning aan de hand van fysieke gesprekken met cliënten. In alle bevraagde vindplaatsen wordt door de coaches werk individuele ondersteuning van cliënten voorzien. Niet overal wordt gewerkt met informatiesessies.

Figuur 4 Overzicht acties gericht aan finale doelgroep binnen casestudies

Collectieve acties	Individuele acties
• Diverse doelstellingen - informeren ('informatiesessies') - rekrutering voor individuele actie • Locatie / format: - fysiek (3 vindplaatsen) - online webinar (1 vindplaats) • Frequentie / timing: - maandelijks (3 vindplaatsen) - ingebed in behandelingstraject pijnkliniek (1 vindplaats)	• Diverse doelstellingen - vraagverheldering - informeren, sensibiliseren, motiveren • Locatie / format: - op vaste plek/kantoor binnen vindplaats - face to face • Frequentie / timing: - variatie aantal gesprekken/cliënt (van 1 à 3 gesprekken tot 3 à 5 gesprekken) - gem. 6 à 7 cliënten/dag - coach gem. 1 dag/week aanwezig

Hieronder bespreken we beide dienstverleningsvormen. In hoofdstuk 7 gaan we in op de uitdagingen die gepaard gaan met de organisatie van de dienstverlening en bespreken we belangrijke werkzame elementen voor een succesvolle implementatie.

Collectieve infosessies: kennismaken zonder drempels

In vier van de zes onderzochte vindplaatsen organiseert de coach werk periodiek **collectieve informatiesessies** voor cliënten. Deze sessies bieden algemene informatie over activering, terug-naar-werktrajecten en beschikbare ondersteuning. Soms wordt hier gebruik gemaakt van korte filmpjes met getuigenissen van cliënten. Voor zover wij weet hebben worden geen ervaringsdeskundigen op locatie ingeschakeld, enkel via opgenomen beeldmateriaal.

Deze infosessies zijn bewust laagdrempelig, er wordt niets van deelnemers verwacht, en ze kunnen vrijblijvend komen luisteren. Voor cliënten vormt dit een veilige eerste stap om met de coach en de dienstverlening van de coach in contact te komen. Voor sommige mensen kan het nogal intimiderend zijn of een grote stap zijn om op persoonlijk gesprek te komen. Coaches werk merken dat deelnemers geprikkeld worden door de informatie en na afloop vaak spontaan de coach benaderen voor het inplannen van een individueel gesprek. Informatiesessies worden meestal periodiek aangeboden op een vast moment in de maand en op een vaste plek in de vindplaats. In één van de vindplaatsen worden informatiesessies ingebed in het behandelingstraject van cliënten van de pijnkliniek door deze sessies structureel op te nemen in de afsprakenkalender. Meestal worden de informatiesessies op de vindplaats georganiseerd, met uitzondering van één vindplaats in de eerstelijnszorg waar werd gekozen voor een online webinar, wat voor sommige doelgroepen extra toegankelijk is.

In een aantal vindplaatsen gaf de coach werk aan dat men de mogelijkheden aan het verkennen waren om **groepsessies rond bepaalde thema's** te organiseren waar cliënten ook met elkaar ervaring kunnen delen en uitwisselen. Echter, op het moment van de dataverzameling werden in de geselecteerde vindplaatsen nog geen groepsessies aangeboden, omdat men nog geen ruimte had gevonden om dit verder te concretiseren.

Individuele ondersteuning: op maat van de cliënt

De individuele ondersteuning door de coach bestaat uit **één-op-één gesprekken** met cliënten op de vindplaats, in een vertrouwde omgeving, met als doelstelling om cliënten te informeren, sensibiliseren en motiveren in het zetten van haalbare stappen richting werk. Zij vormen de kern van de dienstverlening. Indien gewenst kan de cliënt ook worden vergezeld door de zorgverlener of een andere vertrouwenspersoon. Gemiddeld ziet een coach werk zes à zeven cliënten per dag, meestal 1 dag per week of om de veertien dagen op de vindplaats. Een van de coaches gaf aan dat zij in het begin dacht meer cliënten te kunnen zien per dag, bijvoorbeeld om het half uur, maar dat bleek veel te krap.

De ondersteuning van de coach werk is bewust relatief kort en doelgericht. Coaches werk en projectcoördinatoren spreken hier bewust over **ondersteuning** en niet over begeleiding. Coaches werk fungeren in die zin als schakels, wegwijzers of gidsen en niet als langdurige begeleiders. Ze helpen cliënten hun situatie te verhelderen, ze geven **informatie op maat** en **verwijzen gericht door**. Tijdens de individuele ondersteuning wordt ervoor gezorgd dat cliënten zich op hun gemak voelen en probeert de coach werk zo goed mogelijk een beeld te krijgen over de achtergrond, de leefwereld en hulp- of zorgvragen van cliënten zodat de coach

werk ondersteuning en informatie op maat kan aanbieden. De focus ligt op wat mensen wél kunnen en graag doen, eerder dan op hun beperkingen. Door kleine **haalbare stappen** te nemen en succesverhalen te benadrukken, worden cliënten **gemotiveerd** om hun dagdagelijks leven te structureren en eerste stappen richting werk te zetten.

Om cliënten goed te informeren, voorzien coaches vaak de cliënten van schriftelijke informatie op maat, via email of op papier. Dit soort naslagwerk helpt cliënten niet alleen het overzicht te bewaren, maar dit helpt ook om indien gewenst de mogelijkheden met hun partner of vertrouwenspersoon te bespreken. In het kader van deze dienstverlening werd door een van de projecten een infobrochure gemaakt met 'wat kan VDAB voor u betekenen' die ook aan cliënten worden meegegeven als een soort van hulpmiddel dat niet alleen informatie biedt, maar ook helpt om eventuele **angst en weerstand weg te nemen**. Door cliënten goed te informeren over het aanbod en de aanpak van VDAB tracht men het vertrouwen in deze dienstverlening te versterken en bepaalde angsten weg te werken. Indien gewenst gaat de coach werk de cliënt zo goed als mogelijk **voorbereiden op volgende stappen**, zoals bijvoorbeeld samen voorbereiden (op papier) van inschrijving bij de servicelijn, gesprekken met de arbeidsarts of terug-naar-werkcoördinator. Indien nodig helpt de coach werk met het maken van afspraken of het voorbereiden van inschrijvingen of doorverwijzingen of wordt er meegegaan op trio-gesprek om te garanderen dat de cliënt goed terecht komt.

Gemiddeld worden cliënten tussen 1 en 5 keer gezien door de coach werk over een periode van 1 tot enkele maanden. De **intensiteit** van de gesprekken en de **duurtijd van de ondersteuning** hangt sterk af van de individuele situatie van de cliënt, waar men zich bevindt in het zorgtraject en de lengte van eventuele wachttijden voor het opstarten van begeleiding. De ondersteuning stop niet altijd na het gesprek. Coaches werk en cliënten hebben naast de individuele gesprekken op locatie ook soms tussendoor telefonisch contact of via whatsapp, sms of e-mail om te horen hoe het met hen gaat. Soms gebeurt dit op initiatief van de cliënt, soms op initiatief van de coach werk. Cliënten krijgen meestal een kaartje met de contactgegevens, zodat ze bij nieuwe vragen na afronding van de ondersteuning opnieuw kunnen aankloppen. In drie van de zes vindplaatsen nemen coaches na afloop van de ondersteuning nog eens proactief contact op met cliënten om te horen hoe het gaat, of geplande stappen gezet zijn (heeft men contact opgenomen met de TNW-coördinator, heeft men zich inderdaad ingeschreven bij VDAB, ...) en of het traject volgens de cliënt succesvol is.

5.2 Dienstverlening voor de zorgprofessionals

Naast de ondersteuning van cliënten, hebben de coaches werk ook een belangrijke rol naar zorgprofessionals in de vindplaatsen. Door het thema werk op de radar te plaatsen en bespreekbaar te maken in zorgtrajecten en door zorgverleners bij te staan in de ondersteuning van hun cliënten bij werkgerelateerde vragen en activering, draagt de coach werk bij aan een beter geïntegreerde aanpak van zorg en activering.

Figuur 5 Overzicht acties gericht aan zorgprofessionals binnen casestudies

Collectieve acties	Individuele acties
• Diverse doelstellingen - informeren ('informatiesessies') - rekrutering / draagvlak voor deelname project versterken - adviseren / ondersteunen (vb. deelname aan MDO) - feedback / reflectie samenwerking • Locatie/ format: op maat van de vindplaats - overleg - flyers, brochures... • Frequentie/ timing: op maat van de vindplaats - vaste/ recurrente deelname overleg - ad hoc/ eenmalig	• Diverse doelstellingen - informeren - adviseren/ ondersteunen (vb. case bespreking) - vertrouwensrelatie opbouwen / draagvlak - rekrutering (vb. gesprek directielid/SPOC) • Locatie/ format: op maat van de vindplaats - vaste plek/kantoor binnen vindplaats - gemeenschappelijke ruimtes (vb. koffiehoeke) • Frequentie/ timing: op maat van de vindplaats - gepland (op afspraak) - vrij inloop/ ad hoc

Collectieve acties: informeren, afstemmen en samenwerken

Coaches werk organiseren regelmatig collectieve acties voor zorgprofessionals op de vindplaatsen, zoals artsen, psychologen, ergotherapeuten en medewerkers van de sociale dienst. Deze acties hebben uiteenlopende doelstellingen, zoals het informeren over het project en de dienstverlening, het creëren van draagvlak, het afstemmen van verwachtingen en het versterken van de samenwerking.

Een veelgebruikte vorm zijn **informatiesessies**, waarin de coach werk toelichting geeft over het project, de dienstverlening en de rol van de coach werk, het aanbod van VDAB en andere activeringsmogelijkheden. In een van de algemene ziekenhuizen worden gezamenlijke informatiesessie georganiseerd voor zorgverleners en cliënten. De frequentie waarmee deze sessie worden georganiseerd varieert. Sommige coaches geven eenmalige introducties bij de opstart van het project, soms worden nieuwe infosessies georganiseerd bij personeelsswissels of als de samenwerking op de vindplaats wordt uitgebreid naar andere afdelingen of zorgprofessionals. In sommige vindplaatsen worden deze sessies geïntegreerd in bestaande overlegmomenten tussen zorgprofessionals, zoals teamvergaderingen of multidisciplinaire overleggen (MDO's).

Een structurele vorm van samenwerking is de **deelname van de coach werk aan teamvergaderingen of MDO's**. Hier worden casussen besproken, verwachtingen afgestemd, criteria voor doorverwijzing verfijnd en wordt er teruggekoppeld en gereflecteerd over de voortgang van cliënten en de samenwerking. Deze overlegmomenten zorgen voor het versterken van het wederzijds vertrouwen en zorgen ervoor dat werkvragen sneller worden opgepikt. Soms wordt structureel deelgenomen (aan een onderdeel) van deze maandelijkse of wekelijkse overleggen, in sommige vindplaatsen sluit de coach werk eerder ad hoc aan op een dergelijk overleg.

Daarnaast zetten coaches werk ook soms in op communicatiemiddelen, zoals **flyers, posters en digitale schermcommunicatie** in wachtzalen. Dit materiaal wordt niet alleen voor cliënten gebruikt, maar helpt ook voor het informeren van zorgprofessionals en de zichtbaarheid van de coach werk te versterken. In een van de vindplaatsen werd het materiaal specifiek afgestemd op zorgprofessionals waarbij de coach werk samen met de praktijkmanager een flyer ontworpen gericht naar zorgverleners, met informatie over niet alleen het aanbod en doelstelling van de dienstverlening, maar ook over de effecten van de dienstverlening voor cliënten. Flyers werden verdeeld onder de aanwezige zorgverleners om het draagvlak voor de dienstverlening en potentiële doorverwijzingen te vergroten.

Individuele acties: laagdrempelig en op maat

Naast collectieve acties is er ook ruimte voor individuele samenwerking tussen de coach werk en zorgprofessionals. Zorgprofessionals kunnen coaches werk **individueel consulteren** voor overleg over specifieke cliënten of specifieke vragen. Dit gebeurt vaak op initiatief van de zorgprofessional, bijvoorbeeld als er twijfel is over de geschiktheid van een traject of wanneer er nood is aan afstemming over de aanpak. Deze gesprekken zijn ad hoc en worden ingepland op basis van de noden van het team of de cliënt. In sommige vindplaatsen gebeurt dit telefonisch of via e-mail, in andere gevallen fysiek op de vindplaats via het open deur principe van de coach werk. In een van de vindplaatsen stelt de coach werk expliciet aan zorgverleners de mogelijkheid voor om bij vragen of nood aan individuele ondersteuning een individueel gesprek in te plannen bij de coach werk.

Een opvallende, maar niet onbelangrijke laagdrempelige vorm van samenwerking is het **informele contact in gemeenschappelijke ruimtes** zoals de koffieruimte, het onthaal, tijdens lunchpauzes. Verschillende coaches werk geven aan zich bewust zichtbaar op te stellen in deze ruimtes om aanspreekbaar te zijn voor zorgprofessionals. Sommige coaches geven ook aan bewust outreachend te werken naar zorgverleners door hen aan te spreken en laagdrempelige gesprekken aan te knopen. Dit bevordert de spontane interactie en versterkt het vertrouwen en samenwerking tussen de coach werk en de betrokken zorgprofessionals. Door deze laagdrempelige aanwezigheid worden de coaches werk een herkenbaar aanspreekpunt voor vragen over werk en activering.

In een van de grotere vindplaatsen neemt de coaches soms zelf het initiatief om nieuwe zorgprofessionals kort individueel te benaderen voor een **korte individuele introductie**. In een tiental minuten introduceert ze zichzelf, de dienstverlening en de mogelijkheden tot doorverwijzing. Dit helpt om het netwerk binnen de vindplaats uit te breiden en het thema werk en activering breder ingang te laten vinden met het oog op het uitbreiden van de dienstverlening naar andere afdelingen en zorgprofessionals.

Terugkoppeling: brug tussen zorg en activering

Een essentieel onderdeel van de samenwerking en dienstverlening van de coach werk is de terugkoppeling van de coach werk naar de betrokken zorgprofessionals op de vindplaats. In

alle, op één na, vindplaatsen koppelt de coach werk met instemming van de cliënt systematisch terug naar de betrokken zorgprofessional-doorverwijzer over wat er besproken is geweest, welke stappen zijn gezet en welke ondersteuning eventueel nog nodig is. De **terugkoppeling gebeurt** schriftelijk via email of in grotere vindplaatsen via een specifieke knop in het patiëntendossier. In dat laatste geval is de terugkoppeling dan zichtbaar voor alle betrokken zorgprofessionals. Coaches werk hebben zelf geen toegang tot het medische patiëntendossier.

Daarnaast wordt er ook vaak bijkomend mondeling teruggekoppeld naar betrokken zorgverleners bijvoorbeeld tijdens de teamvergadering, het MDO of meer informeel in één-op-één gesprekken. Zorgprofessionals geven aan dat deze mondelinge uitwisseling vaak rijker is dan wat schriftelijk wordt vastgelegd en een belangrijke meerwaarde vormt. Het helpt hen om beter zicht te krijgen op de situatie van de cliënt en versterkt het gevoel van gedeeld eigenaarschap over het traject.

Coaches werk en zorgprofessionals geven aan dat in het begin van het project terugkoppeling niet altijd een standaard praktijk was, vaak zijn coaches werk hiermee gestart op vraag van de zorgprofessionals en is men in onderling overleg overeengekomen op welke manier en in welk detail het nuttig is voor zorgprofessionals om terugkoppeling te ontvangen. Deze terugkoppeling is volgens zorgprofessionals een cruciaal onderdeel van de dienstverlening door de coach werk. De terugkoppeling draagt niet alleen bij aan een betere inbedding van het werktraject in het zorgtraject, maar het maakt ook de impact van de dienstverlening zichtbaar voor zorgprofessionals. Dit versterkt het vertrouwen in de coach werk en leidt vaak tot meer en gerichtere doorverwijzingen van nieuwe cliënten.

6 TOELEIDING EN BEREIK VAN DE DOELGROEPEN

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van hoe projecten erin slagen om hun doelgroepen te bereiken en toe te leiden naar de coach werk. We beginnen met een analyse van de rekruteringsstrategieën die gehanteerd worden om welzijns- en zorginstellingen te betrekken, gaande van het verderzetten van bestaande samenwerkingen tot koude prospectie en spontane instroom via mond-tot-mond reclame. We bespreken vervolgens welke type welzijns- en zorginstellingen (vindplaatsen) werden bereikt en met welke type zorgprofessionals wordt samengewerkt op de vindplaatsen.

In het tweede deel van het hoofdstuk kijken we naar de toeleiding van personen met gezondheidsuitdagingen naar de coach werk. We bespreken hoe zij bereikt worden, welke rol zorgprofessionals op de vindplaats hierin spelen en welke toeleidingsmethoden effectief blijken in de praktijk op basis van de casestudie. Ten slotte staan we stil bij het totale aantal en het profiel van de bereikte cliënten en de mate waarin meer kwetsbare groepen bereikt worden, we maken hiervoor gebruik van zowel monitoringsgegevens als surveydata van de einddoelgroep uit de casestudie.

6.1 Rekrutering en bereik van vindplaatsen en zorgprofessionals

6.1.1 Aanpak van rekrutering van vindplaatsen

De projecten hanteerden verschillende strategieën om samenwerking op te zetten met zorg- en welzijnsinstellingen. Er werden reeds gekende partners gecontacteerd met het oog op de verderzetting van bestaande of vroegere samenwerkingen op de vindplaats. Daarnaast werden er vanuit de projecten eveneens proactief nieuwe vindplaatsen geïdentificeerd en benaderd (de zogenaamde 'koude prospectie') of nieuwe samenwerkingen geëxploreerd op initiatief van de vindplaats zelf.

Verderzetting of hernieuwing van samenwerking met gekende partners

In eerste instantie zijn projecten gaan aankloppen bij zorg- en welzijnsorganisaties uit **hun bestaande netwerk**. Eerdere samenwerkingen, bijvoorbeeld in het kader van andere projecten zoals We Go To Work en het VIP project, werden hernieuwd. Gezien de relatief korte projectperiode van twee jaar en het stuk resultaatsfinanciering was het voor de verschillende projecten cruciaal om zo snel als mogelijk van start te kunnen gaan in de vindplaatsen. Er werd daarom eerst en vooral gekeken naar organisaties waarvan men wist dat het management en de zorgprofessionals de ondersteuning van **activering en re-integratie beschouwen als onderdeel van hun zorgtaken**. Literatuur bevestigt dat het inbedden in bestaande netwerken maakt dat vindplaatsgericht werken sneller wordt aanvaard en effectiever kan zijn (Van Dooren et al., 2011). Bovendien zochten projectcoördinatoren binnen hun netwerk naar organisaties met **aanwezigheid van multidisciplinaire teams** voor een vlotte(re) introductie van het

project. In teams met een diverse expertise is men vaak ontvankelijker voor een coach werk als onderdeel van het zorgaanbod in de organisatie. Hoewel ook in bestaande partnerschappen vaak nieuwe afspraken moesten gemaakt worden, bleek de strategie om bestaande partnerschappen te vernieuwen voor de meeste projecten alvast te resulteren in een relatief snelle, vertrouwensvolle opstart.

Koude prospectie van nieuwe instellingen

Parallel aan de hernieuwing of uitbouw van bestaande samenwerkingen werd er ook gestart met **'koude' prospectie**, i.e. het benaderen van potentiële vindplaatsen waarmee men nog niet eerder had samengewerkt en waar men nog niet mee vertrouwd was. Deze aanpak vergde een **grotere tijdsinvestering**, vaak tot een half jaar – voordat de coach werk daadwerkelijk aan de slag kon op de nieuwe locatie. Die verkennende periode werd onder meer gebruikt om wederzijdse verwachtingen af te stemmen, te werken aan een gezamenlijke visie en gedragenheid aanpak op maat van de vindplaats. Hoewel tijdsintensief, was dit cruciaal om een succesvolle samenwerking op te bouwen (We komen hier nog op terug in hoofdstuk 7 van het rapport). Voor toekomstige verlengingen van het project of uitbreiding van het arsenaal aan vindplaatsen is het belangrijk rekening te houden met deze noodzakelijke opstarttijd.

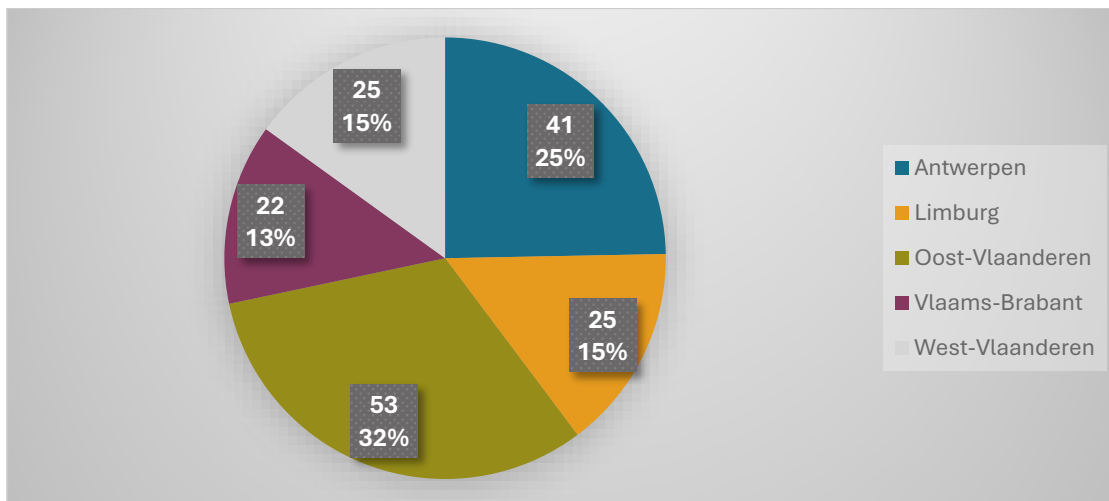
Samenwerking op initiatief van de vindplaats

Naarmate het project bekender werd, dienden zich ook spontaan nieuwe welzijns- en zorginstellingen aan. Via mond-aan-mond reclame over succesverhalen namen sommige **instellingen zelf contact op met projecten om deel te nemen**. Vaak ging het om organisaties uit de bredere netwerken van bestaande vindplaatsen of betrokken zorgverleners. Een van de bruggenbouwers noemde dit het effect van een 'lopend vuurtje', en ontwaarde hierin de nood aan deze ondersteuning binnen welzijns- en zorginstellingen. Via succesverhalen krijgen de projecten en de dienstverlening een goede naam, wat het bereik van nieuwe vindplaatsen organisch vergroot (zie ook Van Dooren et al., 2011).

6.1.2 Bereikt aantal en types vindplaatsen en zorgprofessionals

Volgens de monitoringsgegevens aangeleverd in maart 2025 werken de projectorganisaties in de periode feb-nov 2024 namen met **166 unieke welzijns- en zorgsettings** (zie Figuur 6). In één instelling kunnen meer dan één afdeling of dienst (vb. pijnkliniek en PAAZ binnen eenzelfde algemeen ziekenhuis) betrokken zijn bij het project. In Oost-Vlaanderen en Antwerpen worden (resp. 53 en 41) het meeste aantal zorg- en welzijnsettings bereikt, mede doordat in die provincies twee projecten actief zijn. In West-Vlaanderen en Limburg gaat het om elk 25 vindplaatsen, en in Vlaams-Brabant 22.

Figuur 6 Aantal betrokken vindplaatsen per provincie

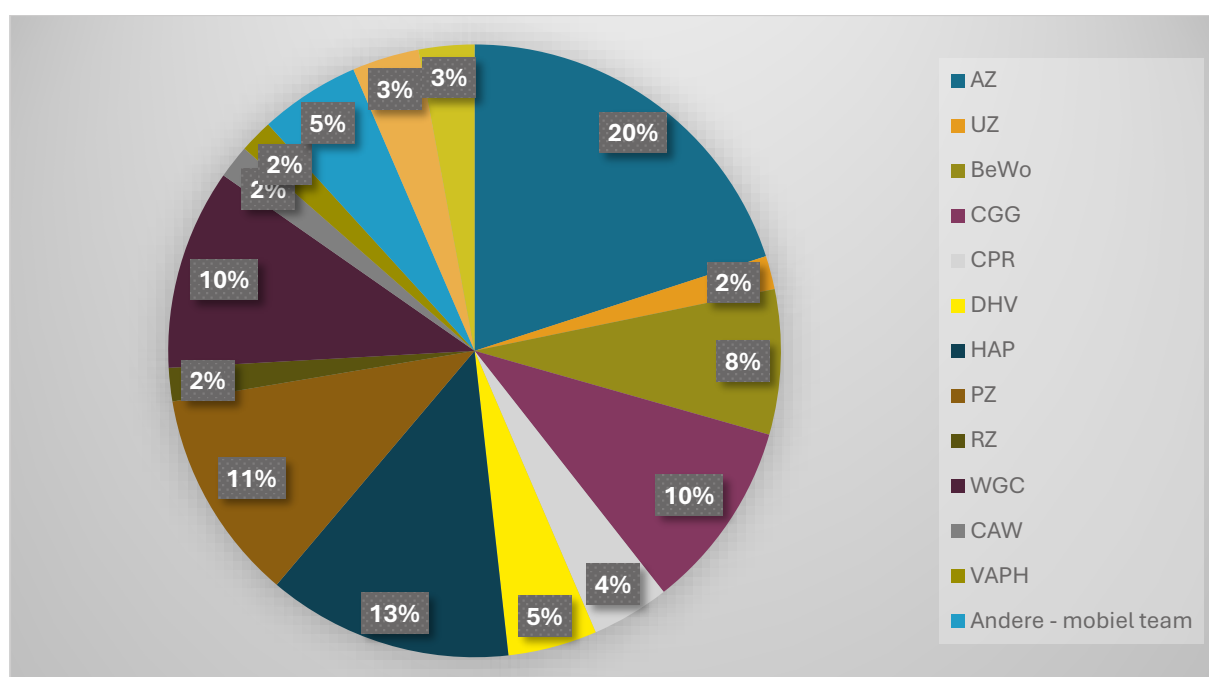


Bron: gebaseerd op monitoringsgegevens van projecten m.b.t. feb-dec 2024

Wat betreft het **type zorg- en welzijnsorganisaties** die meewerken in het kader van deze oproep stellen we vast op basis van de projectrapporteringen (zie Figuur 7) dat algemene en universitaire ziekenhuizen bijna een kwart van de vindplaatsen vertegenwoordigen. Ook de eerstelijns gezondheidsprofessionals werkzaam in huisartsenpraktijken (13%) en wijkgezondheidscentra (10%) vertegenwoordigen een behoorlijk aandeel van de bereikte zorgsettings. Daarnaast werden ook zorgprofessionals binnen de geestelijke gezondheidszorg betrokken dankzij de samenwerking met o.a. psychiatrische ziekenhuizen (11%), centra geestelijke gezondheidszorg (10%), initiatieven voor beschut wonen (8%), drughulpverlening (5%) en centra psychosociale revalidatie (4%).

Ook de zorgprofessionals binnen de vindplaatsen lopen uiteen, afhankelijk van de setting. Het gaat onder meer om artsen (huisartsen, specialisten, psychiaters), psychologen, fysiotherapeuten, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, sociaal-verpleegkundigen en medewerkers van de sociale diensten (sociaal werkers). Al deze zorgprofessionals kunnen een rol spelen in het toeleiden van cliënten naar de coach werk.

Figuur 7 Overzicht type betrokken vindplaatsen



Noot: AZ (algemeen ziekenhuis), UZ (universitair ziekenhuis); BeWo (initiatief beschut wonen), CGG (centrum geestelijke gezondheidszorg), CPR (centrum psychische revalidatie), DHV (drughulpverlening), HAP (huisartsenpraktijk), PZ (psychiatrisch ziekenhuis), RZ (fysieke revalidatie), WGC (wijkgezondheidscentrum), CAW (centrum algemeen welzijn), VAPH (initiatief voor personen met een handicap), EL (eerstelijnszorg/eerstelijnszone)

Bron: gebaseerd op monitoringsgegevens van projecten m.b.t. feb-dec 2024

6.1.3 Redenen van vindplaatsen en zorgprofessionals om niet deel te nemen aan het project

Uit de gesprekken met de bruggenbouwers en projectcoördinatoren blijkt dat een succesvolle rekrutering en daaruit voortvloeiende samenwerking sterk afhankelijk is van een aantal factoren, zoals tijdsinvestering, flexibele afstemming op de noden van de vindplaats en vertrouwen in elkaar (komt verder aan bod in het rapport in hoofdstuk 7). Hoewel de meeste gecontacteerde organisaties de meerwaarde van de dienstverlening van een coach werk erkennen, zijn **niet alle zorg- en welzijnsinstellingen bereid om deel te nemen aan dit project**. Volgens de bruggenbouwers en projectcoördinatoren zijn de redenen divers en situeren ze zich zowel op praktisch-organisatorisch vlak als in perceptie en prioriteitstelling.

Organisatorische en praktische beperkingen

Gebrek aan ruimte is een eerste praktische drempel. Vooral kleinere vindplaatsen gaven aan geen extra lokaal ter beschikking te hebben voor de coach werk. Ook beperkte personeelscapaciteit speelt. Men geeft aan geen personeel te kunnen vrijmaken om samen te werken voor dit project, of men vreest voor een **te hoge werkdruk voor het personeel** en **bijkomende administratieve last**. In sommige gevallen zorgden **interne organisatiewijzingen** zoals herstructureringen of directiewissels ervoor dat de timing voor instappen in dit project niet juist zat of niet prioritair werd beschouwd.

Onzekerheden over de instroom van cliënten

Een veelgenoemde zorg is **twijfel of er wel voldoende cliënten zullen kunnen worden toegeleid** om de samenwerking te verantwoorden. Vooral in kleinere settings waar het volume van cliënten kleiner is, zoals bijvoorbeeld in huisartsenpraktijken, werd er soms gevreesd onvoldoende cliënten met werkgerelateerde vragen te kunnen doorverwijzen. Dergelijke onzekerheid werd soms versterkt doordat de meeste projecten werken met samenwerkingsovereenkomsten waarin verwezen wordt naar een minimale instroom. De effecten van het hanteren van een minimale instroom op de scope van het project werd niet verder onderzocht. Projectcoördinatoren gaven wel aan dat dit een belangrijk instrument vormt voor projecten om de inzet van een coach te kunnen bepalen op een bepaalde vindplaats.

Projectmoeheid en versnippering

Daarnaast wijzen bruggenbouwers en projectcoördinatoren op een zekere **projectmoeheid bij zorg- en welzijnsinstellingen**. Zorg- en welzijnsinstellingen worden benaderd door tal van projecten (rond werk en activering), zowel private als publieke. In sommige organisaties was men sceptisch over het project omdat men vreesde dat het om een commercieel initiatief ging. Zorgverleners gaven ook aan dat het moeilijk wordt voor hen om het overzicht te bewaren en verschillen tussen projecten te onderscheiden, wat leidde tot terughoudendheid en verwarring over de rol van het project ten opzichte van andere bestaande initiatieven. Ook ander onderzoek toont het belang aan van een duidelijke positionering van outreachende initiatieven ten opzichte van bestaande projecten om verwarring en terughoudendheid bij professionals te voorkomen (Dewson et al., 2006). Tijdens de valideringsworkshop werd benadrukt dat de verschillende projectnamen (vb. Werkschakel, Web Werkt, ...) voor verwarring zorgen bij zorgverleners (op regionaal niveau). In dezelfde lijn kan ook de aanwezigheid van meerdere projecten/organisaties binnen eenzelfde regio of vindplaats voor verwarring zorgen bij zorgverleners en potentiële vindplaatsen (zie ook 7.3.1). Hoewel de verschillende projecten onder één overkoepelend beleidsproject vallen, ervaren zorgprofessionals ze als losstaande initiatieven. **Het ontbreken van één overkoepelende projectnaam en gecoördineerde communicatie bemoeilijkt de werving van nieuwe vindplaatsen.**

Beperkte projectduur

Instappen in alweer een nieuw **tijdelijk project** vergt steeds een investering van organisaties zonder garantie op continuering nadien. Sommige instellingen vinden dat niet efficiënt, zeker als ze al krap zitten in tijd en middelen. Ook bij vindplaatsen en zorgprofessionals die zijn ingestapt in het project heerst er bezorgdheid over de continuering van de dienstverlening vanaf 2026.

Zorginhoudelijke bezorgdheden

Vooral in de geestelijke gezondheidszorg uitten zorgverleners soms de bezorgdheid dat de **ondersteuning door een coach werk te vroeg in het hersteltraject** van cliënten zou komen. Bruggenbouwers merkten hier een zekere beschermende houding bij zorgverleners uit vrees

voor mogelijke negatieve gezondheidseffecten van te vroege activering van hun cliënten. In het verlengde daarvan leefde de bekommernis dat de doelstelling van het project (inschrijving bij VDAB) zou leiden tot te veel druk op cliënten om zich in te schrijven bij VDAB. Daarnaast werd soms gevreesd voor **verwarring bij cliënten over de rolverdeling tussen de zorgverleners en de coaches werk**.

Gebrek aan mandaat of prioriteit voor werk in de organisatie

In sommige grotere instellingen bleek het moeilijk om de **juiste contactpersoon of toegangspoort** te vinden met voldoende beslissingsbevoegdheid om een samenwerking op te starten. Zelfs als de directie principieel akkoord ging, leidde dit niet altijd tot een concrete samenwerking. Als er geen interne trekker-believer was voor het project die aan de kar kon trekken of er geen passende trekker kon worden geïdentificeerd, dan bloedde het initiatief meestal dood.

6.2 Toeleiding en bereik van personen met gezondheidsuitdagingen

6.2.1 Aanpak voor toeleiding van personen met gezondheidsuitdagingen

Naast het werven van vindplaatsen is het voor het succes van de dienstverlening ook cruciaal om personen met gezondheidsuitdagingen bewust te maken van het aanbod en hen toe te leiden naar de dienstverlening van de coach werk. We stellen vast dat de projecten verschillende strategieën hebben uitgetoetst, afgestemd op de setting en organisatie van de vindplaats. Vaak is dit een zoekproces geweest, duidelijk is alvast dat er geen one-size-fits-all aanpak bestaat. Bovendien blijken de meeste vindplaatsen een combinatie van methodes te hanteren om cliënten te bereiken en toe te leiden. Hoewel de resultaten van de online bevraging bij de einddoelgroep (zie figuur 8)²⁰ de diversiteit van methodes bevestigen, valt vooral de cruciale rol van de zorgprofessional in de toeleiding van cliënten op. Hieronder bespreken we de diverse methoden die worden gebruikt voor toeleiding van cliënten in de vindplaatsen in meer detail en gaan we in op een aantal belangrijke werkzame elementen die in de cases naar voren kwamen.

²⁰ De resultaten geven een zekere indicatie over de bereikte doelgroep, noden en ervaren effecten, maar voorzichtigheid is geboden bij een veralgemening van de resultaten. Van de 4232 cliënten die individueel ondersteund werden door de coach werk werden 206 cliënten uit de 6 geselecteerde vindplaatsen uitgenodigd om deel te nemen aan de bevraging. Van de 206 uitgenodigde cliënten hebben uiteindelijk 63 respondenten de vragenlijst ingevuld.

Figuur 8 Toeleiding cliënten naar de coach werk



Bron: bevraging einddoelgroep, n=55; eenheden zijn frequenties. Vraag: Hoe bent u bij [de coach werk] terechtgekomen?²¹

Informatiesessies als laagdrempelige opstap

Een **veel gebruikte eerste stap is het organiseren van informatiesessies** waar cliënten vrijblijvend aan kunnen deelnemen. Deze sessies zijn over het algemeen louter informatief waarbij deelnemers info krijgen over de dienstverlening van de coach werk, het project en een overzicht van verschillende activeringsmogelijkheden, zonder verdere verplichtingen. Zoals eerder beschreven in hoofdstuk 4 werden in vrijwel alle vindplaatsen de infosessies fysiek georganiseerd op de vindplaats. Om de drempel tot deelname nog lager te maken werd in één van de eerstelijns vindplaatsen ervoor gekozen op de infosessies te houden in de vorm van webinars. Een online formule kan voor sommige personen drempelverlagend werken, maar kan voor sommige minder digitaal vaardige groepen dan weer een bijkomende hindernis vormen. Dit is sterk afhankelijk van het cliënteel van de betrokken vindplaats. Alle coaches werk rapporteerden dat na afloop van de informatiesessies veel deelnemers interesse tonen in individuele ondersteuning. Deze **informatiesessies zijn dus niet enkel informatief, maar vormen ook een belangrijk rekruteringsinstrument voor persoonlijke ondersteuning bij concrete vragen**. De resultaten uit de bevraging bij de einddoelgroep bevestigen dit, bijna acht op tien cliënten heeft een informatiesessie gevolgd voordat men individuele ondersteuning kreeg. Meestal moeten deelnemers zich vooraf inschrijven, voornamelijk om praktische

²¹ Deze vraag vertrekt vanuit het perspectief van de cliënt, maar geeft niet noodzakelijk weer door welke zorgverlener of door welk multidisciplinair team de cliënt werd doorverwezen.

redenen vanuit registratie-oogpunt en om nadien cliënten beter te kunnen ondersteunen bij eventuele individuele ondersteuning.

Om toeleiding naar de informatiesessies te faciliteren helpt het om de **infosessies te organiseren op vaste terugkerende momenten** (bijvoorbeeld elke tweede dinsdag van de maand) en steeds **op dezelfde locatie**. Zorgprofessionals kunnen cliënten daar dan eenvoudig op wijzen, en **promomateriaal zoals digitale aankondigingen op beeldschermen in wachtzalen of flyers en posters in leefruimten en wachtzalen** kan gemakkelijk worden hergebruikt zonder telkens de details te moeten aanpassen. In een van de vindplaatsen wordt de (vrijblijvende) informatiesessie opgenomen in de **afsprakenkalender** van cliënten, een bijzonder efficiënte methode, maar uiteraard sterk afhankelijk van de werking van de vindplaats en het zorgtraject van cliënten.

Direct aanspreken van cliënten via promomateriaal

In verschillende vindplaatsen probeert men om cliënten ook **rechtstreeks aan te spreken en toe te leiden door middel van posters, flyers of schermboodschappen**. Na het lezen of oppikken van de informatie over de dienstverlening worden ze verondersteld zelf contact op te nemen voor een persoonlijke afspraak. Dit kan bijvoorbeeld via een QR-code, via whatsapp, een berichtje of door telefonisch direct een afspraak te maken bij de coach werk voor persoonlijke ondersteuning. In theorie kunnen cliënten zo op eigen initiatief ondersteuning aanvragen, parallel aan een eventuele doorverwijzing door hulpverleners. Uit de registratiegegevens valt niet af te leiden op welke manier cliënten bij de coaches werk zijn terechtgekomen, maar uit de interviews met de coaches en uit de bevraging bij de einddoelgroep kunnen we afleiden dat **slechts een beperkt aantal cliënten zichzelf aanmeldt na het zien van een poster of beeldscherm**. De meeste cliënten worden uiteindelijk toch doorverwezen door een zorgprofessional of via een combinatie van beide. Hoewel directe werving van cliënten de zichtbaarheid van het dienstverleningsaanbod vergroot, volstaat het zelden om de finale doelgroep daadwerkelijk toe te leiden. Het vormt eerder een aanvulling op de doorverwijzingen. Dit wordt ook bekrachtigd in ander onderzoek. Dewson en collega's (2006) stellen evenzeer dat directe communicatie via bijvoorbeeld flyers de zichtbaarheid verhogen, maar zelden voldoende is zonder een persoonlijke benadering.

Doorverwijzing door zorgprofessionals

In alle vindplaatsen is de rol van betrokken **zorgprofessionals cruciaal voor de toeleiding van cliënten naar de coach werk**. Vaak adviseren zij of verwijzen zij hun cliënten om gebruik te maken van de persoonlijke ondersteuning door de coach werk of om deel te nemen aan een infosessie. In twee vindplaatsen (WGC De Ridderbuurt en CGG Kohesi) van de zes vindplaatsen worden zelfs geen informatiesessies gehouden, daar ontvangt de coach werk enkel cliënten op doorverwijzing van betrokken zorgprofessionals. Uit de cliëntenbevraging blijkt dan ook dat **de meerderheid van de cliënten op gesprek is gekomen bij de coach werk op advies of na doorverwijzing van een betrokken zorgprofessional**, zoals een behandelend arts, specialist,

kinesist, ergotherapeut, psycholoog of medewerker van de sociale dienst. Slechts een kleine minderheid van de cliënten zette zelf de stap om contact op te nemen met de coach werk na het zien van een poster, folder of beeldscherm. In één case ging de coach werk ook zelf actief cliënten aanspreken op de PAAZ, maar dit gebeurde op aangeven van een contactpersoon van de sociale dienst, dus ook hier lag een interne professional aan de basis. Ook ander onderzoek onderstreept het belang van samenwerking met zorgprofessionals voor een succesvolle toeleiding (Van Dooren et al., 2011). In één van de vindplaatsen was op het moment van de dataverzameling de toeleiding van cliënten door zorgprofessionals naar de coach beperkt. De dienstverlening van de coach werk was nog niet volledig ingebed in de werking van de vindplaats en men was nog bezig met het opbouwen van het vertrouwen bij de betrokken huisartsen. Ondanks het beeldmateriaal in de wachtzaal en ander promomateriaal was het niet eenvoudig om zonder hulp van de zorgprofessionals cliënten de weg te laten vinden tot bij de coach werk. In de loop van het project werd de betrokkenheid van de huisartsen verhoogd ten voordele van het aantal toeleidingen van cliënten naar de coach werk.

6.2.2 Factoren voor een succesvolle toeleiding van cliënten naar de coach werk

Hoewel het overgrote deel van de cliënten op doorverwijzing van een betrokken zorgprofessional bij de coach werk terechtkomt is dit geen evidentie. Zorgprofessionals verwijzen niet automatisch cliënten door naar een coach werk. Daar moet actief aan worden gewerkt.

Figuur 9 Overzicht belangrijke elementen in de toeleiding van de einddoelgroep

Toeleiding van personen met gezondheidsuitdaging	
Laagdrempelige Informatiesessies voor cliënten • op vaste terugkerende momenten • op dezelfde locatie • opnemen in afsprakenkalender • promo via poster, flyers, beeldschermen wachtzaal • promo via zorgprofessionals (bekendheid)	Duidelijke afspraken maken over einddoelgroep • duidelijke en eenvoudige afbakening van doelgroep • feedback op doorverwijzingen aan zorgprofessional

Duidelijke informatie aan zorgverleners over het aanbod

Een belangrijke voorwaarde voor doorverwijzing door zorgprofessionals is dat zorgprofessionals worden geïnformeerd over het project en de dienstverlening die de coach werk aanbiedt. Alle betrokken zorgprofessionals moeten precies weten **wat de coach doet en met welk doel**. Wanneer het voor zorgprofessionals niet duidelijk is wat het doel en de rol van de coach werk is, dan ontstaat er verwarring, frustratie en blijven doorverwijzingen uit.

“Ik weet niet goed wat ze doet, dus dan is het moeilijk om adequaat door te verwijzen”
(zorgprofessional, praktijk Arzo).

In de meeste grotere vindplaatsen (vb. ziekenhuizen) organiseert de coach werk specifieke **informatiesessies gericht aan zorgprofessionals**, waarin het **wat en het waarom van de dienstverlening** toegelicht en hoe doorverwijzing in zijn werk kan gaan (zoals beschreven in hoofdstuk 4). Vaak vinden zulke infosessies op vaste momenten plaats (net zoals de infosessies voor cliënten). In één van de algemene ziekenhuizen worden gezamenlijke infosessies gehouden waarbij zowel zorgprofessionals als cliënten kunnen deelnemen uit verschillende afdelingen. Afhankelijk van de werking van de vindplaats en de manier waarop zorgprofessionals zijn georganiseerd sluit de coach werk soms aan op teamvergaderingen of multidisciplinaire overleggen om het project toe te lichten.

Een eenmalige infosessie bij de start is echter niet voldoende. Herhaling is essentieel. Verschillende projectcoördinatoren en coaches werk gaven aan dat ze het belang en de tijdsinvestering van continue sensibilisering in het begin hebben onderschat. De coach werk dient **voldoende tijd te voorzien om herhaaldelijk de zorgprofessionals te informeren en sensibiliseren over het aanbod, en de mogelijkheid om cliënten door te verwijzen**. Door verschuivingen in het personeelsbestand van zorgprofessionals en omdat aandacht voor het thema en informatie vervaagt, moet de coach werk regelmatig het zorgteam blijven informeren en warm houden voor het project. Dit betekent bijvoorbeeld periodiek een update geven, successen delen, of nieuwe medewerkers inwijden in het aanbod. Wanneer de coach werk hierin investeert, blijft het thema werk op de radar van de zorgprofessionals. Als zorgverleners niet meer scherp voor ogen hebben wat het project inhoudt of voor wie het is bedoeld, zullen ze minder snel cliënten aansporen om deel te nemen.

Naast formele infosessies bleek ook een meer persoonlijke benadering effectief. In grotere vindplaatsen (zoals ziekenhuizen) is het soms zinvol dat de **coach werk individuele zorgprofessionals aanspreekt** (bijvoorbeeld bepaalde artsen- specialisten, medewerkers van de sociale dienst of sleutelfiguren in bepaalde teams) om het project kort toe te lichten en draagvlak te vergroten. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren als men de dienstverlening wenst uit te breiden naar een andere afdeling. Dit vergt van de coach werk uiteraard de nodige tijdsinvestering alsook een goed inzicht in de werking van de vindplaats en wie men binnen de vindplaats (of afdeling) best aanspreekt.

Eenvoudige en duidelijke afspraken over de einddoelgroep

Uit alle gesprekken met de zorgprofessionals kwam naar voren dat het cruciaal is om **duidelijke afspraken te maken over de einddoelgroep**. Onzekerheid over welke cliënten mogen worden doorverwezen leidt vaak tot niet doorverwijzen. In theorie was de vooropgestelde doelgroep uit de projectoproep afgebakend tot personen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit die behoren tot de arbeidsreserve en die niet worden ondersteund of geholpen door huidige dienstverlening. **In de praktijk is echter gebleken dat een dergelijke strikte afbakening niet werkbaar is op de werkvloer**. Op één vindplaats na hanteren alle coaches werk een **ruimere doelgroepdefinitie** in overleg met hun vindplaats. **Iedereen met vragen over werk of waarvan de zorgprofessional oordeelt dat de cliënt baat zou hebben bij stappen richting activering,**

mag doorverwezen worden naar de coach werk. Dit betekent dat ook mensen die (nog) niet arbeidsongeschikt zijn kunnen ondersteund worden door de coach werk.

Die verbreding van de doelgroep is er bewust gekomen. Ten eerste vanuit het opzicht dat de ondersteuning van de coach werk ook een belangrijke proactieve functie kan vervullen bij cliënten zonder duurzaam werk. Ook mensen die nog werken maar kwetsbaar staan in hun loopbaan en/of een job hebben die niet is aangepast aan hun fysieke of psychische beperkingen hebben baat bij tijdige ondersteuning. Door de doelgroep ruimer te nemen en ook mensen toe te laten die nog aan het werk zijn kunnen cliënten worden ondersteund in het nemen van de nodige stappen om uitval te voorkomen en kan er worden gekeken naar mogelijkheden richting een meer duurzame loopbaan. Zorgprofessionals zoals huisartsen, ergotherapeuten en psychologen signaleren vaak al in een vroeg stadium dat een patiënt dreigt vast te lopen in zijn job of klachten ontwikkelt door het werk. Wanneer deze signalen tijdig worden opgepikt en bespreekbaar worden gemaakt, kan er preventief worden gewerkt aan ondersteuning. Door het onderwerp werk **vroeg bespreekbaar te maken in het zorgproces, en indien nodig de coach werk in te schakelen, kan men voorkomen dat de situatie verslechterd tot langdurige uitval.**

Ten tweede vinden coaches werk het ethisch moeilijk te verantwoorden om iemand met een hulpvraag weg te sturen enkel omdat die formeel (nog) niet in arbeidsongeschiktheid is. *“Je kunt toch moeilijk zeggen: ah jij hebt een vraag, maar je hebt een contract lopende, dus nee we gaan u daar niet mee verder helpen”, aldus een coach werk.*

Een andere coach werk verwoordde het zo: *“Als hulpverlener ga je dat onderscheid niet maken. Als ze een vraag hebben en ze zijn aan het werk... Ze hebben allemaal hun rugzakje, hun kwetsbaarheid. Dus als ze aan het werk zijn en ze zitten met die kwetsbaarheid, ja dan gaan we niet de grens trekken. Jij staat niet op ziekte dus wij gaan u daar niet verder mee helpen. Ik denk dat dat gewoon een stukje menselijkheid is ofzo. Iedereen mag eigenlijk naar ons doorverwezen worden als ze een vraag hebben.”*

Menselijkheid en toegankelijk primeren boven een strikte afbakening. Projectcoördinatoren en coaches werk vinden het vanuit hun rol als hulpverlener ongepast om mensen te discrimineren op basis van hun statuut en verkiezen mede daarom ook een meer inclusieve benadering van de doelgroep.

Ten derde is er een belangrijk praktisch argument. Te ingewikkelde criteria ontmoedigen doorverwijzers. *“Als je nu zou beginnen het onderscheid te maken en zeggen het mogen enkel mensen op het RIZIV statuut zijn is dat voor de toeleiders, artsen, kiné of sociaal assistenten te verwarrend”* gaf een coach werk aan. Voor zorgprofessionals is het niet werkbaar en te verwarrend is als men een strikte doelgroep afbakening oplegt voor doorverwijzing. Bovendien geven zorgverleners, in het bijzonder artsen, hier ook aan dat hun tijd vaak beperkt is om in de diepte in te gaan op specifieke werk vragen en -situatie van de cliënt. Vaak hebben doorverwijzers onvoldoende tijd om de vraagidentificatie bij cliënten scherp te stellen. Een van de sterktes van dit project ligt volgens zorgverleners in de eenvoud, dat men bij vragen over werk terecht kan bij één persoon. Het is voor zorgprofessionals niet nodig om uit te pluizen of cliënten aan de gepaste voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor de

dienstverlening. Als de cliënt vragen heeft over werk of als de zorgprofessional oordeelt dat de cliënt gebaat zou zijn bij informatie of ondersteuning richting activering dan kan de client worden doorverwezen naar de coach werk. Die eenvoud verlaagt de drempel om cliënten door te verwijzen.

Uiteraard betekent een ruimere instroom dat er soms mensen tussen zitten die eigenlijk niet tot de kerndoelgroep van personen met een ziekte- of invaliditeitsuitkering behoren. Coaches werk geven aan dat dit meestal tijdens het eerste gesprek duidelijk wordt, waarna ze de persoon gericht kunnen doorverwijzen. Bijvoorbeeld: iemand met uitsluitend vakbonds vragen, iemand die actief op zoek is naar werkaanbiedingen, personen die reeds in begeleiding blijken te zijn bij VDAB of OCMW. In dat laatste geval merken coaches werk en zorgprofessionals wel op dat het voor cliënten zelf soms onduidelijk is dat ze in begeleiding zijn bij een externe dienst, soms hebben ze nauwelijks contact, of komt het pas bij inschrijving bij VDAB aan het licht. Uitsluiting op dit criterium is dus niet altijd evident. Al met al kunnen we stellen dat **een duidelijke en eenvoudige doelgroepafbakening bijdraagt aan een vlotte toeleiding van cliënten.**

Juiste timing en tempo van activering

Sommige zorgverleners wezen op een niet onbelangrijke uitdaging in de toeleiding van cliënten: Wanneer is een goed moment om cliënten door te verwijzen naar de coach werk? Zoals reeds aangehaald in hoofdstuk 3 bij de bespreking van drempels ervaren door zorgprofessionals bij de ondersteuning van cliënten in activering, zijn veel zorgprofessionals het erover eens dat je het thema werk tijdig moet aankaarten. Maar de uitdaging ligt hem in dit op een positieve en haalbare manier te doen, afgestemd op het zorgtraject van de cliënt (zie ook Holmlund et al., 2023 die wijzen op de risico's van te vroege activering). Coaches werk erkennen dit spanningsveld en getuigen dat het soms nodig is om te vertragen in het belang van de cliënt en diens toekomstige succesvolle activering. Dit vraagt goed overleg met de betrokken hulpverlener: **voor een duurzame activering is het belangrijk dat men de timing en het tempo van het activeringsproces afstemt op wat de cliënt aankan.**

Opbouwen van vertrouwen in (de dienstverlening van) de coach werk

Zoals eerder aangehaald is wederzijds vertrouwen een sleutelfactor. Zonder **vertrouwen in de coach werk en de dienstverlening van de coach werk** blijft toeleiding uit. Zorgprofessionals verwijzen hun cliënten enkel door als ze vertrouwen hebben in de competentie en werkwijze van de coach werk en in het nut van diens dienstverlening. In het begin staan zorgverleners soms terughoudend tegenover doorverwijzing uit bescherming van hun cliënten. Ze willen zeker zijn dat de coaches werk hen niet in iets dwingt wat contraproductief is. Daarom is het belangrijk dat de coach werk van in het begin **transparant communiceert** en laat zien dat hij/zij oog heeft voor het welzijn van de cliënten (en niet louter 'terug snel aan het werk sturen').

Als zorgprofessionals vertrouwen hebben in de coach werk dan kunnen zij dit vertrouwen overdragen naar hun cliënten. Vertrouwen groeit door persoonlijk contact. Een eerste

belangrijk element is de **regelmatige aanwezigheid van de coach werk op de vindplaats op vaste momenten en op een vaste plek**. Zo weten zorgverleners waar en wanneer men de coach kan terugvinden voor eventuele vragen of doorverwijzing van cliënten. *“Het feit dat [de coach werk] hier op het verdiep zit faciliteert ook de feedback in beide richtingen.”*, vertelt een zorgprofessional in het CGG. Die structurele aanwezigheid maakt de coach als het ware onderdeel van het team of een verlengde van het team, waardoor informele interacties ontstaan (bij het koffieapparaat, in de gang) en drempels verdwijnen.

De aanwezigheid van de coach werk op de vindplaats is belangrijk, maar even essentieel is een **aanspreekbare en toegankelijke houding naar de zorgprofessionals**. Zo werkt een coach uit het WGC bewust outreachend door informele gesprekken aan te gaan en haar deur letterlijk open te houden. Hoewel ze niet systematisch aansluit op teamvergaderingen, compenseert ze dit door laagdrempelige individuele consultaties aan te bieden. Belangrijk is dat er voldoende uitwisselingsmogelijkheden zijn tussen de coach werk en hulpverleners die het vertrouwen, de samenwerking en het gedeeld eigenaarschap kunnen versterken. Zorgprofessionals ervaren de coach werk dan ook als een volwaardig teamlid of verlengde van het team.

Een van de uitdagingen bij de toeleiding van cliënten naar de coach werk is het creëren van voldoende contactmomenten of uitwisselingsmogelijkheden tussen de coach werk en de zorgprofessionals. Als de coach werk niet op vaste momenten aanwezig is op de vindplaats en geen vaste plek heeft bemoeilijkt dit het contact met zorgprofessionals. Zeker in grotere vindplaatsen lijkt het belangrijk om op regelmatige basis gezamenlijke momenten te creëren waarop de coach werk en de betrokken zorgprofessionals kunnen uitwisselen, bijvoorbeeld op teamoverleggen of multidisciplinaire overleggen. In kleinere vindplaatsen is informeel contact eenvoudiger, maar ook dan is het belangrijk dat de coach nadrukkelijk inzet op het actief uitreiken naar betrokken zorgprofessionals op de vindplaats.

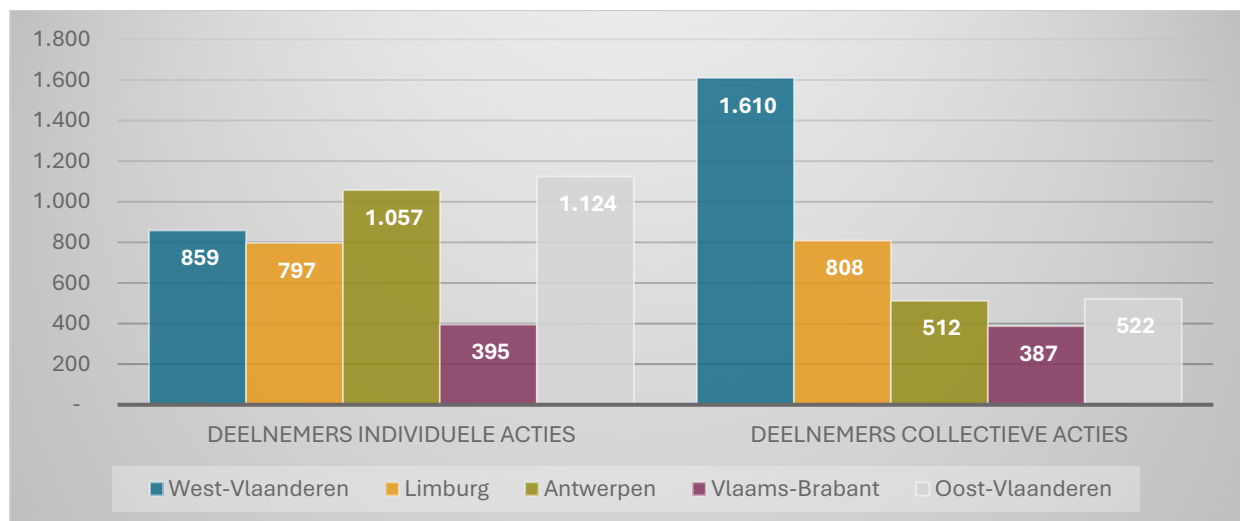
Daarnaast helpen **succesverhalen** om vertrouwen te laten groeien. De coach werk uit de eerstelijnspraktijk heeft samen met de teammanager een kleine folder ontwikkeld voor zorgprofessionals waarin kort de dienstverlening van de coach werk wordt toegelicht en waarbij de focus ligt op de effecten voor de einddoelgroep. De verschillende zorgprofessionals beamen dat de positieve verhalen en feedback van hun cliënten over hun ervaring met de coach werk heeft bijgedragen aan het versterken van het vertrouwen in de dienstverlening van de coach werk.

Tenslotte is er de factor tijd. Uit nagenoeg alle interviews kwam naar voren dat het **opbouwen van vertrouwen tijd vergt**. Vertrouwen komt niet van de ene dag op de andere. Het opbouwen van een goede samenwerking met wederzijds vertrouwen is vaak pas na verloop van maanden echt solide. Het vergt een zekere consistentie waarbij de coach moet kunnen bewijzen betrouwbaar te zijn in opvolging en terugkoppeling en de zorgverleners moeten de gelegenheid hebben gehad om één of meerdere cliënten via de coach te zien evolueren. Een van de projectcoördinatoren gaf aan dat eigenlijk pas in het tweede jaar van het project echt de vruchten kunnen worden geplukt van al het werk.

6.2.3 Aantal en profiel van bereikte deelnemers

Op basis van de monitoringsgegevens (zie Figuur 10) blijkt dat de projecten in de periode van februari t.e.m. december 2024 samen 4.232 personen hebben bereikt via individuele acties (individuele gesprekken) en 3.839 personen via acties in groep (voornamelijk informatiesessies)²². In verschillende projecten en vindplaatsen kunnen personen deelname aan een collectieve actie combineren met individuele ondersteuning.²³ In Oost-Vlaanderen en Antwerpen zijn twee projecten actief, wat mogelijk bijdraagt aan het relatief hoge bereik van personen via individuele acties. In West-Vlaanderen slaagt het project Werkschakel er dan weer in om opmerkelijk veel personen te bereiken via collectieve acties.

Figuur 10 Bereik deelnemers via individuele en collectieve acties uitgesplitst per provincie



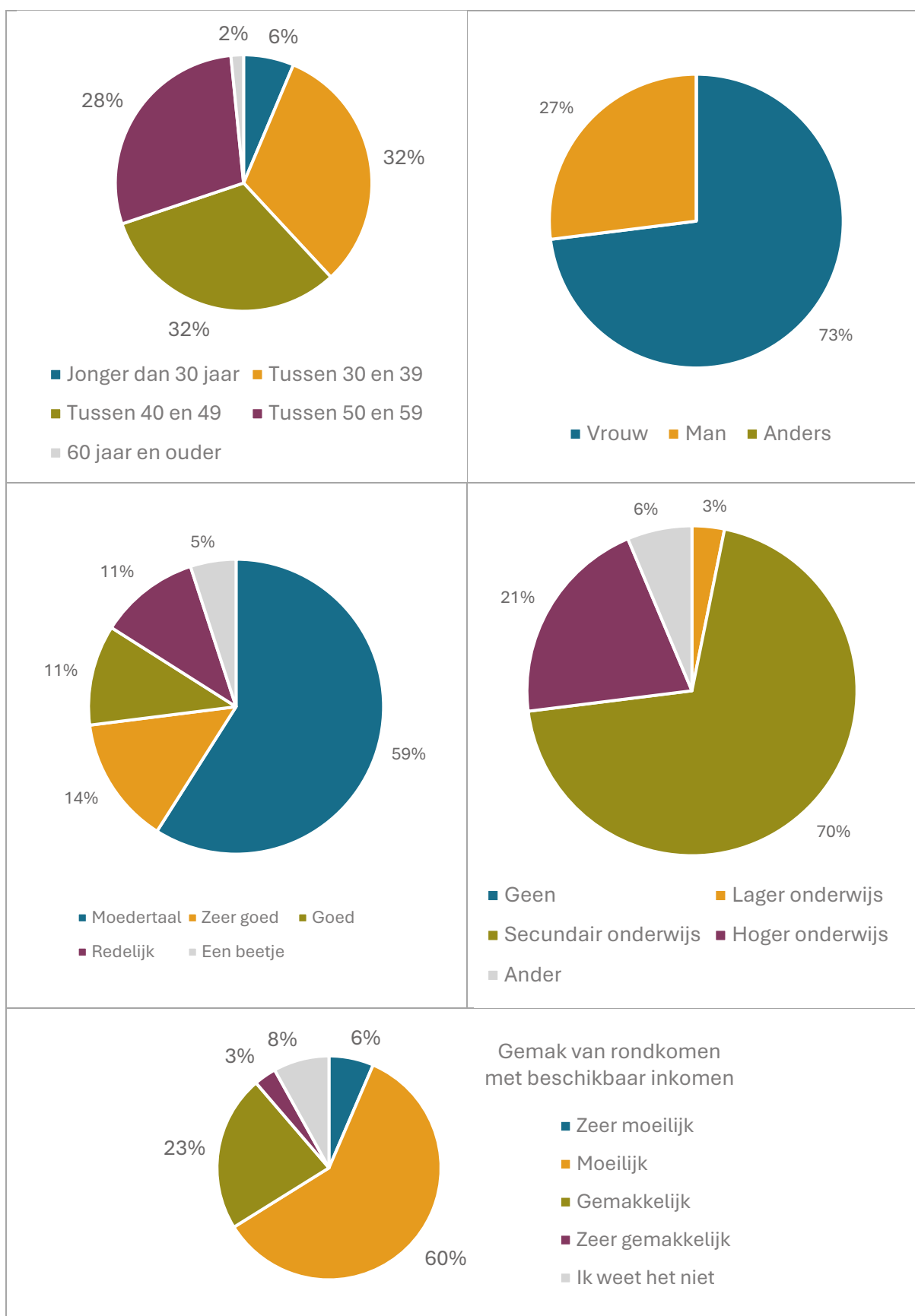
Bron: gebaseerd op monitoringsgegevens van projecten (februari t.e.m. december 2024)

De **socio-demografische kenmerken** van de respondenten die deelnamen aan de online bevraging na afloop van hun individuele gesprekken of ondersteuning bij de coach werk worden weergegeven in Figuur 11. De resultaten geven een indicatie dat de de finale doelgroep zich hoofdzakelijk (92%) situeert in de leeftijdscategorieën tussen de 30 en 59 jaar. Bijna drie kwart van de respondenten (73%) identificeert zich als vrouw. Een meerderheid (59%) van de respondenten geeft aan het Nederlands als moedertaal te hebben. Ongeveer vier op tien respondenten heeft een andere moedertaal dan het Nederlands, waarbij we een variatie zien in termen van hun kennis van het Nederlands.

²² Uit recent ontvangen monitoringsgegevens (30-09-2025) blijkt dat in de periode van januari t.e.m. juni van 2025 de projecten samen 4518 personen individueel hebben begeleid en 2188 personen hebben deelgenomen aan een collectieve informatiesessie (zie bijlage 11.5). Tijdens de eerste twee kwartalen van het tweede werkingsjaar werden gezamenlijk meer personen individueel ondersteund dan in het eerste werkingsjaar. Projectcoördinatoren gaven aan dat er eerst tijd nodig was om samenwerkingen met vindplaatsen op te bouwen en draagvlak te creëren, waardoor de instroom in het eerste jaar trager op gang kwam. De recente monitoringsgegevens bekrachtigen dat deze investering rendeert, met een duidelijke versnelling in het bereik en doorstroom van de einddoelgroep.

²³ Het is op basis van de project monitoring niet bekend hoeveel unieke personen werden bereikt.

Figuur 11 Demografische en socio-economische kenmerken van de respondenten bevraging geselecteerde vindplaatsen



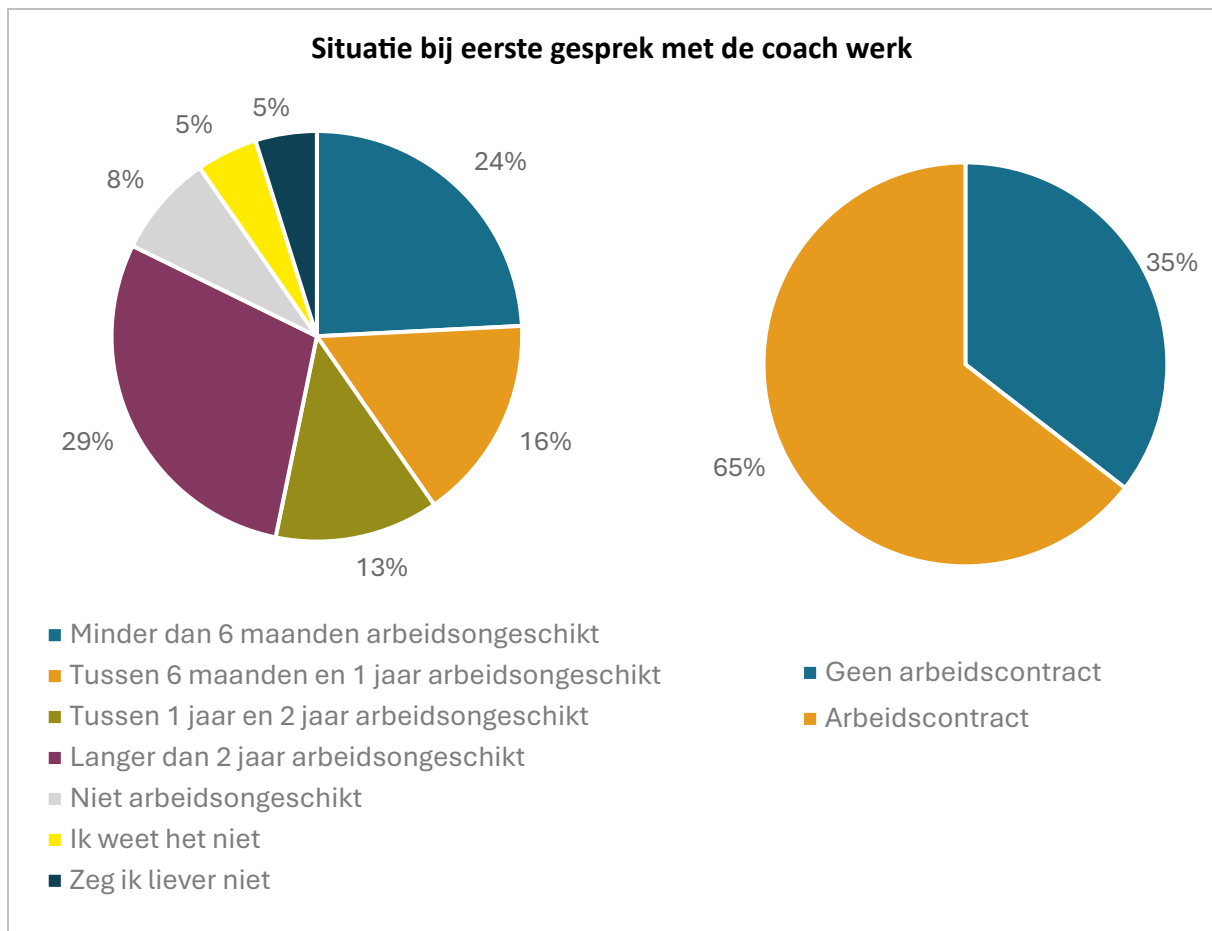
Bron: bevraging einddoelgroep; n = 63

Bijna alle respondenten behaalden minimaal een diploma secundair onderwijs (70%) en een vijfde van de respondenten beschikt over een diploma hoger onderwijs (21%). Twee derden van de respondenten geeft aan moeilijk tot zeer moeilijk rond te komen met het gezinsinkomen. Slechts een klein deel ervaart geen financiële stress. Vooral de uitdagende financiële situatie en de mogelijke taalbarrières ten gevolge van de beperkte kennis van het Nederlands bij een deel van de respondenten wijzen op de kwetsbaarheid van de personen die beroep hebben gedaan op de dienstverlening in de vindplaatsen.²⁴

Wat betreft de **arbeids- en gezondheidssituatie** blijkt dat vier op de tien respondenten minder dan één jaar arbeidsongeschikt was op het moment van het eerste individueel gesprek bij de coach werk. Een vergelijkbare groep respondenten was langer dan één jaar arbeidsongeschikt (zie Figuur 12). We hebben dus een mix van mensen die minder dan één jaar arbeidsongeschikt zijn en personen in langdurige arbeidsongeschiktheid of invaliditeit. De meerderheid van de personen die zich in een situatie van arbeidsongeschiktheid bevonden, waren voor de aanvang van hun arbeidsongeschiktheid tewerkgesteld als werknemer of ambtenaar. De redenen van de arbeidsongeschiktheid onder respondenten (zie Figuur 13) waren divers en omvatten geestelijke oorzaken zoals stress, burnout, depressie, angststoornissen, en fysieke oorzaken zoals rugklachten, klachten in de ledematen/gewrichten (armen, handen, knieën,...) of andere medische aandoening zoals kanker. Een aanzienlijk aandeel van de respondenten geeft aan dat andere of een combinatie van eerder vernoemde klachten heeft geleid tot hun arbeidsongeschiktheid. Dit illustreert dat de coaches werk te maken krijgen met een zeer divers cliënteel met uiteenlopende achtergronden en gezondheidsproblemen.

²⁴ De resultaten geven een zekere indicatie over de bereikte doelgroep, maar voorzichtigheid is geboden bij een veralgemening van de resultaten. Van de 4232 cliënten die individueel ondersteund werden door de coach werk werden 206 cliënten uit de 6 geselecteerde vindplaatsen uitgenodigd om deel te nemen aan de bevraging. Van de 206 uitgenodigde cliënten hebben uiteindelijk 63 respondenten de vragenlijst ingevuld.

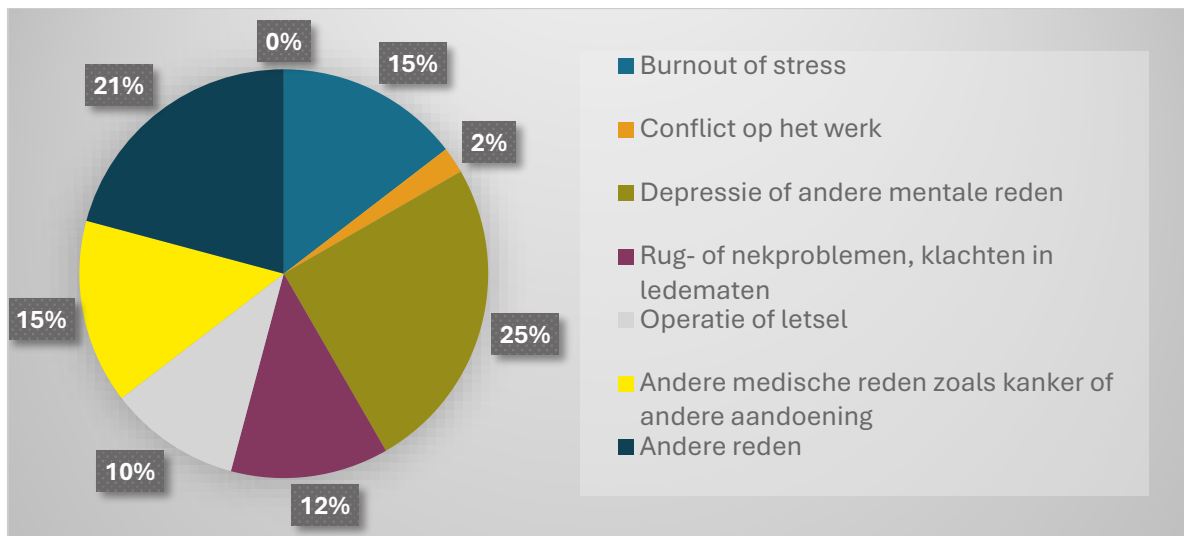
Figuur 12 Arbeids- en gezondheidssituatie van de respondenten bevraging geselecteerde vindplaatsen op moment van eerste gesprek met coach werk



Bron: bevraging einddoelgroep; n = 62

De survey resultaten bevestigen ook de brede invulling van de doelgroep gehanteerd door de coaches werk, waardoor ook personen die zich (nog) niet in arbeidsongeschiktheid bevinden voor een gesprek langskomen bij de coaches werk. Bovendien blijkt ongeveer twee derden van de respondenten (65%) bij het eerste gesprek met de coach werk over een arbeidscontract te beschikken. Dit geeft aan dat veel cliënten nog een zekere band met een werkgever hebben.

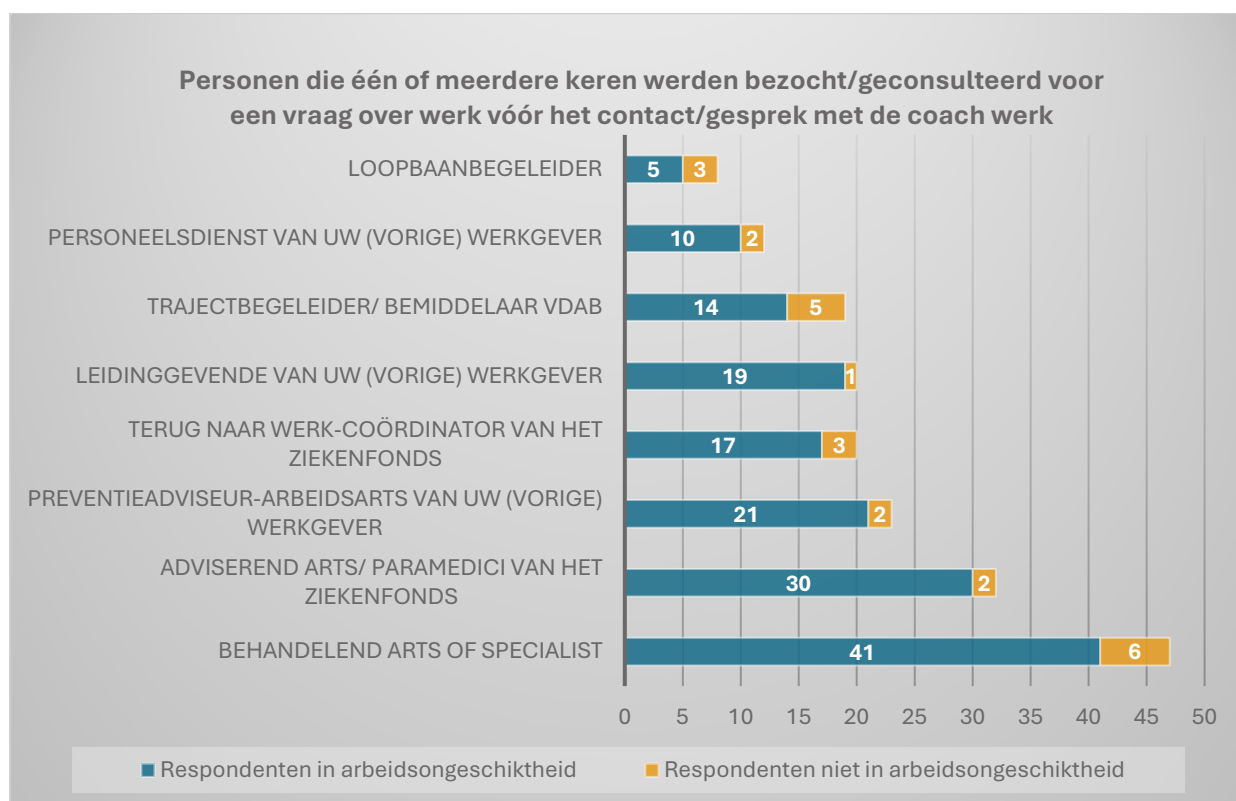
Figuur 13 Reden arbeidsongeschiktheid van respondenten bevraging in geselecteerde vindplaatsen



Bron: bevraging einddoelgroep; n = 48

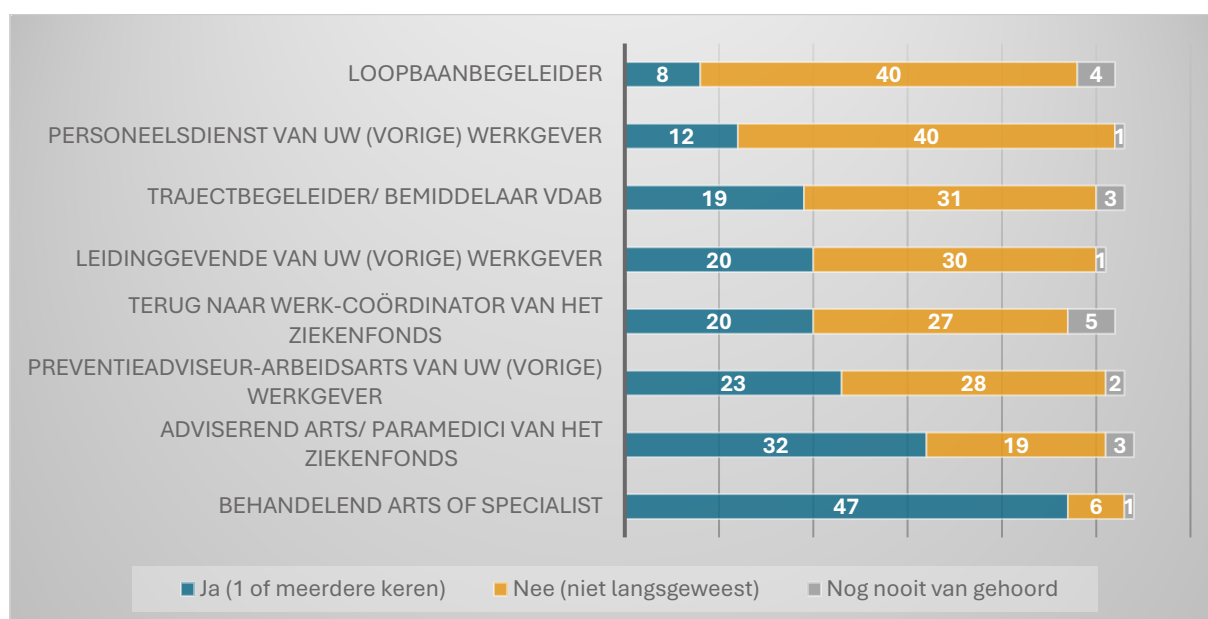
De oproep stelt ook de ambitie voorop om de dienstverlening aan te bieden aan moeilijker te bereiken personen. Daarom werden survey respondenten in de zes vindplaatsen ook gevraagd bij **welke andere instanties/personen ze zijn langs geweest voor een vraag over werk vooraleer ze bij de coach werk terecht kwamen** (en sinds hun arbeidsongeschiktheid in het geval ze arbeidsongeschikt waren bij het eerste gesprek). De grote meerderheid van de respondenten hadden reeds hun vraag over werk besproken met de behandelend arts. Dat is niet zo verrassend, aangezien de behandelend arts vaak het eerste aanspreekpunt is tijdens ziekte. Daarnaast had een aanzienlijke groep reeds contact met een adviserend arts of paramedicus van hun ziekenfonds. Er was geen enkele respondent die nog met niemand zijn vraag over werk had besproken vóór het eerste contact met de coach werk. Tot slot kunnen we uit de bevraging van de einddoelgroep ook afleiden dat de respondenten (na ondersteuning door de coach werk) relatief vertrouwd of bekend zijn met de diverse andere spelers op het snijvlak tussen werk en zorg. De meest onbekende actoren waren de terug naar werk coördinatoren van de ziekenfondsen, maar dit betreft telkens slechts een handvol respondenten.

Figuur 14 Personen die werden geconsulteerd voor een vraag over werk vóór het contact met de coach werk



Bron: bevraging einddoelgroep; n = 51; eenheden zijn frequenties

Figuur 15 Geconsulteerde personen/instanties ivm vraag over werk voor het eerste gesprek met coach werk en/of sinds start arbeidsongeschiktheid



Bron: bevraging einddoelgroep; n = 56; eenheden zijn frequenties

7 EFFECTEN VAN DE DIENSTVERLENING

In dit hoofdstuk bespreken we de effecten die werden gerealiseerd bij de finale doelgroep (sectie 6.1) en de betrokken zorgprofessionals op de vindplaatsen (sectie 6.2). We besteden hierbij zowel aandacht aan de realisatiegraad van de beoogde resultaten met betrekking tot inschrijving bij VDAB als aan de andere waargenomen effecten bij beide doelgroepen. De inzichten zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de informatie verzameld in de zes geselecteerde vindplaatsen en zijn dus niet noodzakelijk exhaustief noch representatief voor de effecten behaald op andere deelnemende vindplaatsen.

7.1 Effecten van de dienstverlening bij de finale doelgroep

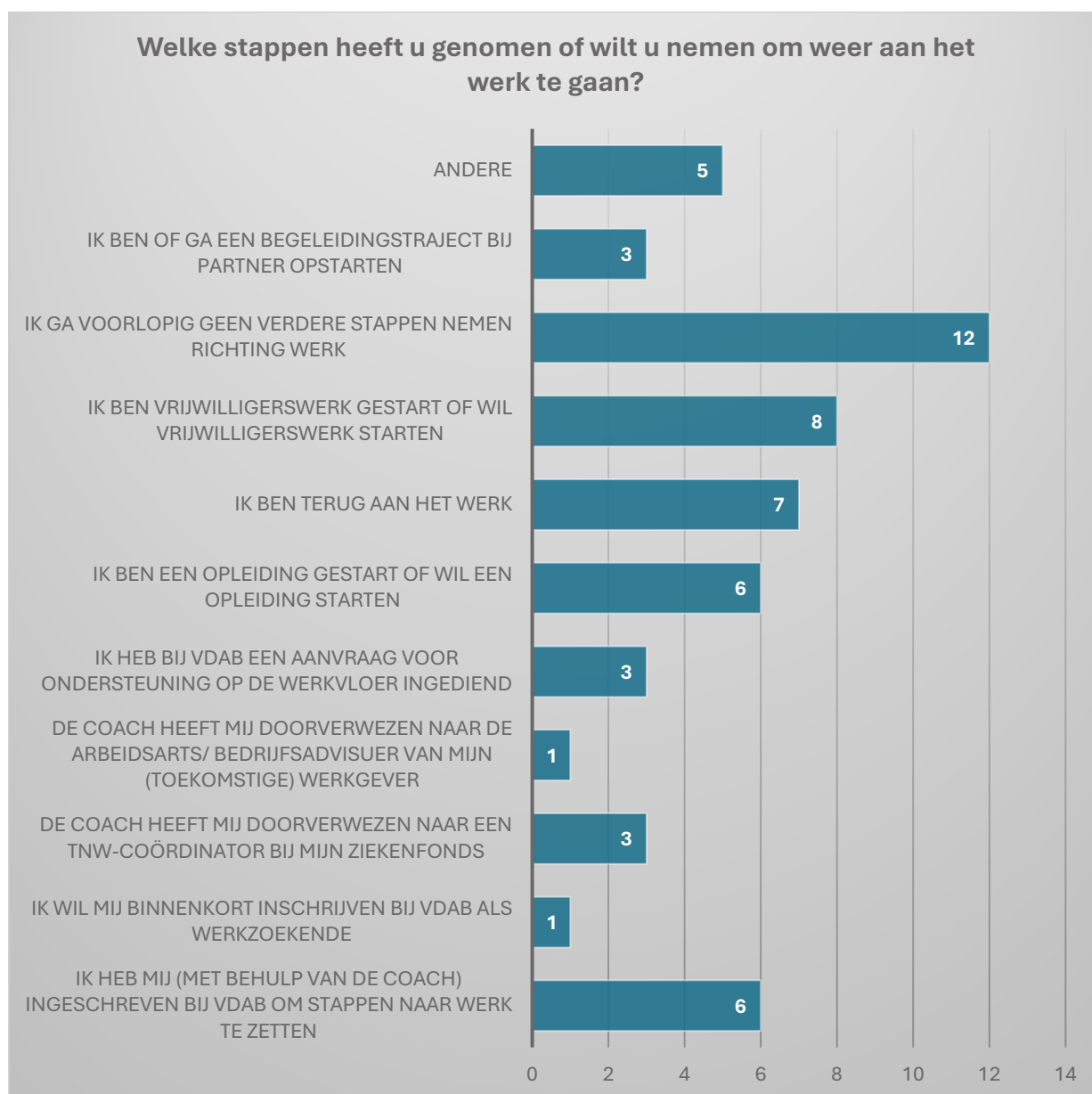
De aanleiding voor deze oproep was in eerste plaats om de **inschrijvingen bij VDAB** te verhogen door ook personen met gezondheidsuitdagingen te informeren, sensibiliseren en motiveren om zich in te schrijven bij VDAB. Op basis van de monitoringsgegevens van de projecten, de bevraging van de finale doelgroep en de interviews met coaches en zorgprofessionals blijkt inderdaad dat een deel van de bereikte deelnemers zich tijdens of na afloop van de dienstverlening (vermoedelijk) heeft ingeschreven bij VDAB (zie 6.1.1).

Zoals blijkt uit Figuur 16 en Figuur 17, mondt de ondersteuning van de coach werk voor heel wat cliënten ook uit in een **werkhervatting** (zie 6.1.2) of **andere concrete (tussen)stap richting werk** (zie 6.1.3) al dan niet na te zijn doorverwezen naar andere instanties of dienstverleners voor advies, goedkeuring of begeleiding.

Verder leiden we uit de gesprekken met betrokken coaches werk en zorgprofessionals en uit de online bevraging van de einddoelgroep (zie Figuur 18) dat de ondersteuning inzake werk op de vindplaats ook impact kan hebben op de invulling van de psychologische basisbehoeften en hieraan gekoppelde **houding en motivatie ten aanzien van werk** (zie 6.1.4) en op andere aspecten van het **algemeen welbevinden** van de cliënt en zijn omgeving (zie 6.1.5).

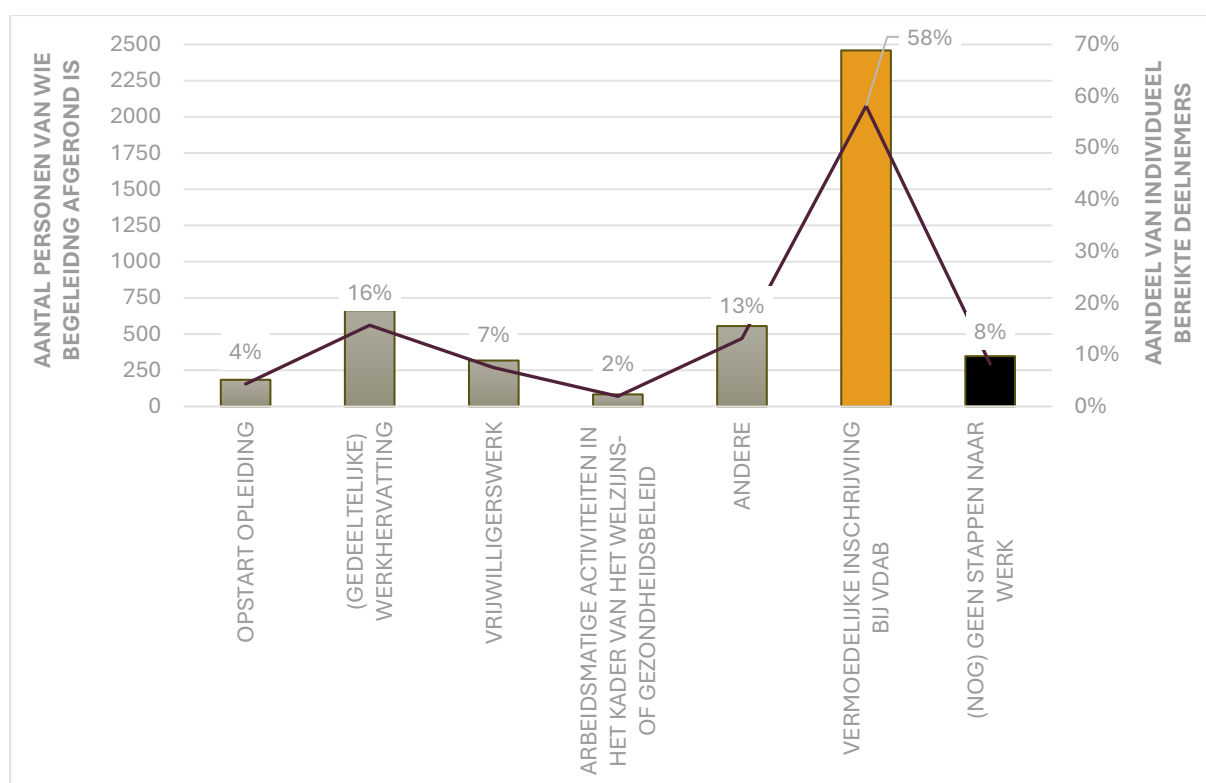
In wat volgt gaan we dieper in op deze brede waaier van effecten die werden ervaren door of geïdentificeerd werden bij de einddoelgroep. Daarbij wijzen we de lezer wel op het dynamisch karakter van het proces richting werkhervatting of activering, waarbij de effecten die hieronder worden beschreven niet sequentieel noch los van elkaar worden ervaren of waargenomen bij cliënten.

Figuur 16 Situatie van bevroagde respondenten uit de finale doelgroep na afloop van ondersteuning door coach werk



Bron: bevraging einddoelgroep; n=55; eenheden zijn frequenties

Figuur 17 Uitkomsten van de begeleiding op basis van monitoringsgegevens van alle projecten



Bron: gebaseerd op monitoringsgegevens van projecten (februari t.e.m. december 2024)²⁵

7.1.1 Inschrijving bij VDAB

Elk project stelde in de projectaanvraag een engagement voor inzake het beoogde aantal cliënten die ze op jaarlijkse basis trachten in te schrijven bij VDAB. In totaal zouden de projecten instaan voor de inschrijving van 4.074 personen bij VDAB op jaarbasis²⁶. De projecten schatten in dat **in het eerste projectjaar 2024 in totaal 2.459 van de bereikte personen zich hebben ingeschreven bij VDAB. Dit stemt overeen met een gezamenlijke realisatiegraad van 60% van het vooropgestelde engagement.** De meest recente monitoringsgegevens van de projecten (januari – juni 2025) tonen aan dat het aantal (vermoedelijke) inschrijvingen bij VDAB in de eerste helft van 2025 bijna even hoog ligt (2.350

²⁵ Uit recent ontvangen monitoringsgegevens van de projecten (januari – juni 2025), blijkt dat van de individueel bereikte personen een totaal van 2350 (vermoedelijk) werd ingeschreven bij VDAB, waarvan 1769 met een erkenning arbeidsongeschiktheid. Daarnaast werden 237 personen begeleid naar een opleiding, 776 naar (gedeeltelijke) werkhervatting en 351 naar vrijwilligerswerk. Deze cijfers zijn in detail terug te vinden in bijlage 11.5. Het aandeel personen dat na individuele ondersteuning (vermoedelijk) een stap zet richting VDAB, werkhervatting, vrijwilligerswerk of opleiding, blijft in verhouding zeer gelijkaardig tussen beide periodes. Het grote verschil tussen het eerste en tweede werkingsjaar ligt hem in het aantal bereikte personen, waarbij er in 2025 duidelijk een versnelling is in het bereik dat werd gerealiseerd. Deze cijfers lijken erop te wijzen dat het eerste ‘investeringsjaar’ zijn vruchten heeft afgeworpen, met een positieve impact op de instroom van de doelgroep.

²⁶ Rekening houdend met de start van de oproep in februari i.p.v. januari 2024 komt dit overeen met een gezamenlijk jaarlijks engagement van 3735 personen voor de periode tussen 1 februari en 31 december 2024.

inschrijvingen in 6 maanden), waardoor de kloof met het vooropgestelde engagement verder wordt verkleind.²⁷

Op basis van de project-specifieke monitoringsgegevens²⁸ kan men weliswaar vaststellen dat de realisatiegraad van de vooropgestelde engagementen per project sterk varieert, gaande van 21% tot 87%. Verder geeft de projectrapportering aan dat bijna 6 van de 10 (58%) personen die in 2024 werden bereikt via individuele acties binnen één van de projecten zich vermoedelijk inschreef bij VDAB.

De monitoringsgegevens dienen met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd onder meer omdat het om een inschatting van de projecten gaat en er geen gegevenskoppeling gebeurt met de werkelijke inschrijvingen bij VDAB (zie ook 7.3.3). Op basis van de survey antwoorden van de deelnemers gerekruteerd op de zes vindplaatsen blijkt slechts 13% expliciet aan te geven zich (binnenkort) in te schrijven bij VDAB (zie Figuur 16.) Ook bij de interpretatie van de cijfers van de online bevraging is de nodige voorzichtigheid geboden onder meer omwille van het beperkt aantal respondenten. Bovendien konden personen ook aangeven dat ze een individueel begeleidingstraject gaan opstarten bij de organisatie van de coach werk. Tenzij cliënten ook loopbaancoaching zouden volgen vergt ook deze stap richting werk dat zij zich inschrijven bij VDAB. Door de projectcoördinatoren werd onderstreept dat de doorverwijzing naar begeleiding door de projectorganisatie steeds door VDAB dient te gebeuren en dat coaches werk geen directe doorverwijzingen kunnen doen richting die eigen begeleidingstrajecten. Hoewel hier op oproepniveau geen expliciete richtlijnen rond werden opgemaakt, schreven sommige projecten hier wel intern richtlijnen rond uit (zie ook 7.4).

Cliëntvoorbereiding en motivatie

Dat niet elke persoon die op gesprek komt bij de coach ook overgaat tot een inschrijving bij VDAB is niet onverwacht. De bevroegde betrokkenen geven aan dat het cruciaal is om pas over te gaan tot een inschrijving wanneer de persoon er klaar voor is. Bovendien blijkt uit literatuur dat de toeleider vaak de taak heeft om het gebrek aan vertrouwen in officiële instanties en negatieve vooroordelen over de reguliere voorzieningen zoals VDAB bij te stellen (zie Commissie Diversiteit, 2020; Dewson et al., 2006). **Een goede inschrijving bij VDAB vergt bijgevolg vaak voorbereiding, ondersteuning bij de inschrijving zelf én nazorg.** Uit ons onderzoek wordt duidelijk dat de coach werk hierbij regelmatig een cruciale rol op zich neemt. Coaches werk besteden tijdens de ondersteuning van hun cliënten vooral aandacht aan het voorbereiden van cliënten op inschrijving bij VDAB door **het aanbod van VDAB te verhelderen**. Cliënten hebben volgens de coaches werk vaak geen idee welke dienstverlening VDAB kan

²⁷ Zie bijlage 11.5 voor een overzicht van de recent ontvangen monitoringsgegevens.

²⁸ De monitoringsgegevens zijn gebaseerd op een inschatting van de coaches werk. Het gaat hier dus niet over een koppeling van administratieve data omwille van GDPR. Er is bijgevolg geen zekerheid of deelnemers van wie werd ingeschat dat ze zich zouden inschrijven zich daadwerkelijk inschreven. Omgekeerd bestaat de kans dat deelnemers die (nog) geen of een andere stap richting werk namen zich uiteindelijk wel (ook) inschreven VDAB.

aanbieden en welke mogelijkheden tot activering er allemaal zijn. Door het geven van duidelijke informatie over de verschillende activeringsmogelijkheden bij VDAB en door erop te wijzen dat dienstverleners bij VDAB ook werken op maat en rekening houden met de persoonlijke situatie en mogelijkheden van cliënten, slagen de coaches werk erin om de **angst of drempels bij cliënten om zich te richten tot VDAB te verminderen of weg te werken**. Zo benadrukken coaches werk geregeld het niet verplichte karakter van intensieve dienstverlening bij VDAB omwille van ziekte en de mogelijkheid tot het lopen van stages om op een veilige manier nieuwe taken of nieuw werk uit te proberen. Ook het feit dat intensieve dienstverlening bij VDAB gepaard gaat met fysieke gesprekken helpt cliënten zich te wenden tot VDAB. Eenmaal de cliënt de intentie heeft uitgesproken om zich in te schrijven, kan de betrokkenheid en ondersteuning van de coach werk nog cruciaal zijn om bijvoorbeeld tot een daadwerkelijke inschrijving over te gaan of in het warm houden van deze intentie in geval van wachttijden.

7.1.2 Werkhervatting en heroriëntering richting duurzame(re) loopbaan

Uit de gegevens van de projectrapportering en de online bevraging blijken respectievelijk 16% en 12,7% van de deelnemers na afronding van de ondersteuning bij de coach werk **(terug) aan het werk**. Sommige deelnemers vinden hun weg naar een nieuwe job of werkgever met behulp van de tips, aanmoedigingen en/of de doorgestuurde vacatures van de coach werk. Coaches werk geven daarbij aan dat het vaak slechts een kleine inspanning van hen vergt, maar dat ze hiermee soms al snel resultaat boeken bij de mensen die stappen willen en kunnen zetten richting de arbeidsmarkt.

“Als die mensen staan te popelen om iets te doen, maar ze moeten bijvoorbeeld nog lang wachten om bij VDAB te kunnen.... Dan durf ik ook wel, dan stuur ik soms ook wel al wat vacatures door.” (coach werk)

“Ik heb nu bijvoorbeeld wel al twee cliënten gehad [die uitstromen richting betaald werk] en die ene persoon [...] stond op een werfreserve lijst, maar die zei achteraf ook: ik zou het niet durven als jij niet dat duwtje in de rug zou hebben gegeven dan zou ik het niet durven.” (coach werk)

Mensen met gezondheidsuitdagingen die nog een arbeidscontract hadden toen ze op gesprek kwamen bij de coach werk bleken zich ook vaak in een kwetsbare of onhoudbare werksituatie te bevinden. Onder meer uit de bevraging van de finale doelgroep bleek dat de ondersteuning van de coach werk heeft bijgedragen aan het nemen van **stappen richting een meer duurzame loopbaan** bij de huidige of bij een nieuwe werkgever. Bij werkhervatting bij de huidige werkgever was er in sommige gevallen sprake van een **werkhervatting via een aangepast stelsel** (progressieve tewerkstelling). In andere gevallen werd bij VDAB een aanvraag ingediend voor **ondersteuning op de werkvloer** (vb. via individueel maatwerk) of werd contact opgenomen met de (arbeids)arts of (preventie)adviseur van hun werkgever (zie Figuur 16). **Cliënten die zich in een kwetsbare loopbaan** bevonden hadden echter ook vaak een heroriënteringsvraag of -nood. Hoewel deze vragen niet door alle stakeholders werden beschouwd als een kerntaak van de coaches werk, stelden we vast dat de coach werk voor

deze doelgroep vaak ook een **belangrijke gidsfunctie** vervulde. Zo geven sommige cliënten aan dat ze werden doorverwezen naar andere dienstverleners, waaronder **jobcoaches** op of buiten de vindplaats.

“Het kan ook gaan om iemand die nog in dienst is hé, en die heel graag terug wil gaan naar die werkgever, maar niet goed weet hoe of wat. Die dan ook nog geen recht heeft op loopbaancheques, maar die ik dan wel doorverwijs naar gespecialiseerde jobcoaching waar dat ze dan ook echt in gesprek gaan met de werkgever.” (coach werk)

“Maar zo echt die chronische problematieken, dat gaat een moeilijke zijn denk ik. Maar ik merk wel dat toeleiding naar maatwerk bijvoorbeeld, dat dat wel haalbaar is. Daar heb ik ook wel heel wat doorverwijzingen naar gedaan. Dat is uiteindelijk ook betaald werk, maar dan begeleid.” (coach werk)

7.1.3 Andere (tussen)stappen richting werk

De coaches en zorgprofessionals benadrukten in de gevoerde gesprekken dat niet iedereen klaar is om (terug) betaald te werken en/of zich in te schrijven bij VDAB. Het is bijgevolg niet verrassend dat voor heel wat deelnemers de ondersteuning uitmondt in de geïnformeerde beslissing om zich niet (onmiddellijk) in te schrijven bij VDAB, maar om te kiezen voor een **andere, haalbare (tussen)stap richting activering** al dan niet na goedkeuring of consultatie van andere instanties (vb. terug-naar-werkcoördinator van het ziekenfonds).

De uitkomst van de geïnformeerde beslissing kan zijn om zich te focussen op activiteiten die bijdragen tot zingeving, activering en participatie aan de samenleving. Zoals blijkt uit de projectmonitoring (zie Figuur 17) en de resultaten van de survey afgenomen bij de cliënten in de geselecteerde cases (zie Figuur 16 en Figuur 17) kan het bijvoorbeeld gaan om een keuze voor **vrijwilligerswerk of een andere vorm van dagbesteding** (vb. arbeidsmatige activiteiten in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid). In één van de geselecteerde vindplaatsen bestaat hiervoor ook een samenwerking met een arbeidscentrum waar mensen met psychische kwetsbaarheid aan de slag kunnen in één van de ateliers. Volgens de coaches werk kunnen deze tussenstappen cliënten helpen met het opbouwen van structuur, het verwerven van inzicht in de haalbaarheid van werk(regimes), het versterken van sociale contacten en/of het verbeteren van het zelfbeeld.

“Vaak zijn de personen die bij ons komen al heel lang al inactief waardoor dat effectief gaan werken ook echt nog een te grote stap is. [Het zijn personen] die eigenlijk eerst daginvulling moeten hebben en gewoon terug wat opbouw en structuur.” (coach werk)

“Als ik soms inschat van okay, betaald werk is toch nog te moeilijk, dan probeer ik contact te leggen met hen [het arbeidscentrum]. Dan probeer ik al eens een rondleiding te regelen. Of een keer te horen, is dat iemand die bij jullie terecht kan?” (coach werk)

Het is daarbij echter belangrijk te erkennen dat niet iedere cliënt (reeds) een vast engagement kan aangaan. Ook in de zoektocht naar andere manieren om personen met

gezondheidsuitdagingen te laten **participeren aan de maatschappij**, gaan coaches werk op zoek naar laagdrempelige initiatieven en plekken waar mensen zich veilig voelen (vb. praatcafés, wandellocaties, buurtcafés, herstelacademies, laagdrempelige sportsessies).

“Zo’n dingen [activiteiten zonder engagement] zijn er meer nodig voor mensen met psychische klachten. Die willen ook bezig zijn met een zinvolle dagactiviteit, maar die kunnen dat engagement niet altijd nakomen.” (coach werk)

“Ik probeer mensen buiten hun huis te krijgen op een heel laagdrempelige manier. [...] Dat is eigenlijk dikwijls wel de manier om veel drempels naar VDAB of naar een loopbaan naar beneden te krijgen.” (coach werk)

In andere gevallen blijkt het volgen van een **opleiding** een relevante tussenstap richting activering. Zo zijn er deelnemers die zich inschreven in de Nederlandse les, rijlessen volgen, computerlessen of andere opleidingen aanvatten met het oog op het versterken van hun (basis)vaardigheden.

Bij verschillende van de eerder vernoemde (tussen)stappen richting werk is het wel belangrijk om te vermelden dat voor sommige stappen een **doorverwijzing naar andere instanties** zoals de mutualiteiten, VDAB, een lokaal partnerschap, de vakbond,... vereist of wenselijk is. De stappen waarnaar coaches werk, zorgprofessionals en deelnemers verwijzen zijn bijgevolg niet steeds het rechtstreeks gevolg van de ondersteuning door de coach werk. Gezien dergelijke doorverwijzingen niet stelselmatig worden geregistreerd, is het op basis van de beschikbare (monitorings)gegevens moeilijk om een goed beeld te krijgen op het aandeel van cliënten die werd doorverwezen. De interviews en online bevraging bij de finale doelgroep bevestigen dat doorverwijzingen bv. naar de terug-naar-werk-coördinatoren van hun mutualiteit of arbeidsarts, wel plaatsvinden (zie sectie 7.4 voor meer info over afstemming tussen dienstverlening in de Vlaamse context).

7.1.4 Effecten op psychologische basisbehoeften voor een terugkeer naar werk

Literatuur rond werkbaar werk en re-integratie benadrukt het belang van de vervulling en ondersteuning van **psychologische basisbehoeften** aan autonomie (= zich psychologisch vrij voelen), verbondenheid (= zich gesteund voelen), en competentie (=zich capabel voelen om de nodige stappen te zetten) (zie vb. Rymenans et al., 2024) Op basis van de gegevens verzameld in deze evaluatie stellen we vast dat de coach werk voor heel wat cliënten een bijdrage heeft geleverd op vlak van deze basisbehoeften, zonder dat de ondersteuning in deze basisbehoeften bij afronding van de gesprekken noodzakelijk reeds heeft geresulteerd in een concrete stap richting werk.

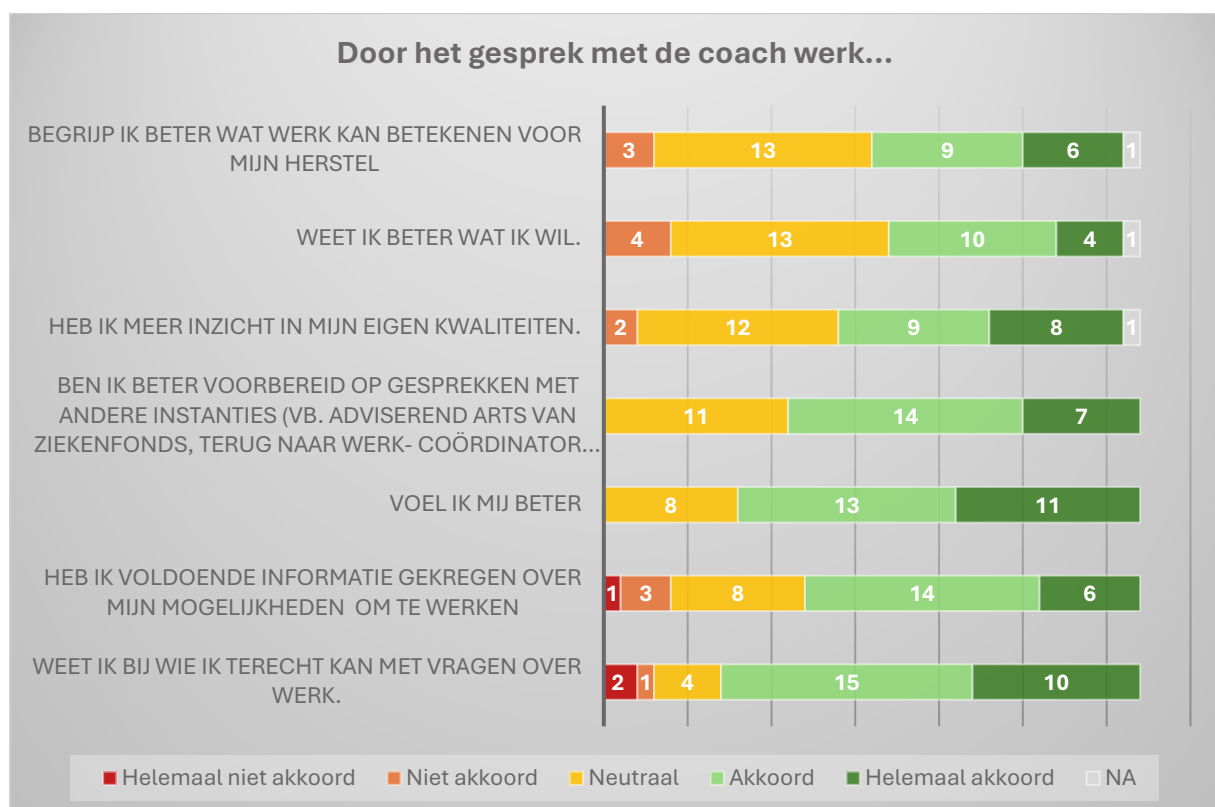
Zoals onder meer blijkt uit de resultaten van de bevraging van de einddoelgroep (zie Figuur 18), faciliteren de coaches werk een (toekomstige) terugkeer naar werk bijvoorbeeld door algemene **kennis van de Vlaamse arbeidsmarkt** alsook **inzicht in de haalbaarheid en mogelijkheden** voor de cliënt in een terugkeer naar werk te verhogen. Zo geven respondenten uit de finale doelgroep in de online bevraging aan beter te weten bij wie ze terecht kunnen

met vragen over werk (78% akkoord), beter voorbereid te zijn op gesprekken met andere instanties (66% akkoord), voldoende informatie te hebben ontvangen over de mogelijkheden (62,5% akkoord) en meer inzicht te hebben op hun eigen kwaliteiten (53% akkoord). Deze effecten werden ook opgemerkt door de coaches werk zoals blijkt uit de gedeelde anekdotes.

“En dat is iets dat ik heel vaak merk van mensen als die al heel lang in ziekte zijn dat die gewoon niet meer weten wat dat werken is. En dat ik dat eerste zaadje ben. Begin eens wat na te denken: hoeveel uur sta je recht? Hoeveel uur zit je achter een computer? Euh.. als je computerwerk wilt doen of in de winkel wilt staan. Dan beginnen die echt zo te denken... Ja, inderdaad werken is niet gewoon uit mijn deur stappen, geld gaan verdienen en terug.”
(coach werk)

“Ik denk hun beeld over wat dat werk is en kan betekenen. Ik heb soms gasten die hier komen zonder diploma die zeggen, [naam coach werk]: ‘ik wil 2000 euro verdienen’. Dan zeg ik: ‘Dat gaat niet gaan’. Dus ik denk hun visie van wat bestaat er van sectoren, wat is een barema, wat is anciënniteit...? Ik had iemand die zelf die terminologie niet wist. Ik denk misschien meer kennis in het algemeen.” (coach werk)

Figuur 18 Ervaren effecten van het gesprek of de gesprekken met de coach werk



Bron: bevraging einddoelgroep; n=32; eenheden zijn frequenties

De coaches werk vermelden in de interviews wel dat ze tijdens gesprekken met personen die langdurig afwezig zijn geweest van de arbeidsmarkt nog behoorlijk wat aandacht moeten besteden aan het verduidelijken van wat werken inhoudt. Voor hen vereist een terugkeer naar

werk vermoedelijk meer intensieve begeleiding om uit te klaren wat de mogelijke pistes zijn voor hun specifieke situatie. Dit verklaart mogelijks waarom een relatief beperkt aandeel respondenten behorende tot de finale doelgroep aangeeft bij afronding van de ondersteuning duidelijk(er) te hebben wat ze zelf willen (44% akkoord). Desalniettemin, merken coaches werk en zorgprofessionals dat de ondersteuning en de aangereikte informatie ook bij verschillende cliënten bijdragen tot een **verhoogde motivatie en verhoogd vertrouwen in hun terugkeer naar werk**. Volgens de betrokken actoren vertonen ze meer zin voor initiatief en actief zoekgedrag. Daarnaast wordt opgemerkt dat cliënten deze inspanningen langer lijken vol te houden, ook al leveren ze op korte termijn niet steeds het resultaat dat ze zelf voor ogen hebben.

“Wat ik zelf persoonlijk heel goed vind is dat de mensen die heel lang niet aan het werk zijn, dat ik [hen] dan toch uiteindelijk motiveer om te gaan werken. Dat zij dan wel soms botsen op hun eigen kunnen, maar dan beseffen ze ook dat ze al heel lang niet geactiveerd waren.”
(coach werk)

Verder merken coaches werk dat veel cliënten ook een zekere **geruststelling en een vermindering van (faal)angst** waarnemen onder deelnemers. Deze geruststelling volgt vaak op het verstrekken van informatie met betrekking tot hun rechten en mogelijkheden waardoor financiële onzekerheid wordt weggenomen. Heel wat respondenten van de online bevraging bevestigen bovendien dat ze dankzij de gesprekken met de coach werk ook beter weten bij wie ze terecht kunnen met vragen rond werk (78%) en voldoende informatie hebben ontvangen over de mogelijkheden om te werken (62,5%). Ook deze zaken kunnen hebben bijgedragen tot geruststelling die door zorgprofessionals en coaches werd waargenomen.

“dat ze niet persé in die onzekerheid moeten gaan zitten. Dat ze een uitkering gaan verliezen of dat ze ook wel echt iets kunnen gaan doen. Ik denk dat dat ook wel een grote rol speelt en dat dat ook wel effect kan hebben op hun gezinsleven.” (coach werk)

“Ze hebben minder angst om op professioneel vlak stappen te zetten. Wat voor hen heel belangrijk is, is het risico op inkomensverlies goed te kunnen inschatten. En ik als [zorgprofessional] kan hen die helderheid of duidelijke informatie niet geven.”
(zorgprofessional)

Samengevat, de gesprekken met de coach werk lijken te hebben bijgedragen aan een aantal psychologische basisbehoeften zoals competentie en verbondenheid, wat de cliënten helpt om vertrouwen en motivatie op te bouwen om mogelijke (tussen)stappen in een terugkeer naar werk te verkennen.

7.1.5 Andere effecten m.b.t. het welzijn van de finale doelgroep

Uit de monitoringgegevens van de projecten dat de (tussen)stappen naar werk voor een kleine minderheid (8%) van de deelnemers aan individuele acties (nog) niet aan de orde waren op het moment dat de ondersteuning wordt afgerond. Dit sluit echter niet uit dat de ondersteuning door de coach werk geen effect heeft gehad. Betrokken actoren maken namelijk melding van heel wat andere effecten die niet noodzakelijk rechtstreeks of op korte

termijn leiden tot een stap richting werk, maar desalniettemin belangrijk zijn voor het algemeen **welbevinden** van de cliënten (zie Figuur 18). Driekwart van de deelnemers aan de online bevraging geeft bijvoorbeeld aan zich beter te voelen door het gesprek of de gesprekken met de coach werk. Het inzetten op het thema activering in de zorg- en welzijnscontext kan volgens sommige betrokkenen dan ook een maatschappelijke besparing betekenen door de brede waaier aan welzijnseffecten die hiermee kunnen worden gerealiseerd.

“Ziekenhuizen die het niet doen, het thema werk aankaarten, zullen meer depressies zien en kansen om eigenwaarde en sociaal contacten te versterken mislopen. Als [zorgprofessional] kunnen wij sociaal contact niet geven aan de patiënt. Dat kan werken of vrijwilligerswerk wel.” (zorgprofessional, AZ Rivierenland)

Concreet wordt de mogelijke impact op het **herstelproces** of **pijnbeleving** verschillende malen aangehaald door betrokkenen. Volgens hen helpt het perspectief dat wordt geboden de cliënten om ondanks pijn of beperkingen opnieuw mogelijkheden te zien. Mensen kunnen weer het gevoel hebben erbij te horen of maatschappelijk iets te betekenen. Hierdoor kan hun houding ten opzichte van het zorgtraject veranderen en kunnen cliënten hun pijn soms beter relativeren.

“Rond het zorgluik merk ik toch veel verandering. Dat ze toch extra zorg of ondersteuning gaan aanvaarden dat ze anders niet zouden hebben genomen.” (coach werk)

“Een actieve deelname aan de samenleving vind ik ook heel belangrijk. Dat je kijkt voor vrijwilligerswerk, buurtcentra of lokale dienstencentra, ... zodat ze gewoon kunnen bijdragen op een zinvolle manier. Dat vind ik zeer belangrijk. Ik denk dat dat ieder herstel ten goede komt. Bijvoorbeeld mensen met zware pijn problematieken, dat gaat de pijn niet veranderen maar wel de kwaliteit van leven.” (coach werk)

De timing en de manier waarop het thema werk wordt aangehaald is hierin weliswaar cruciaal om eventuele negatieve effecten van (vroegtijdig) activeren te vermijden. Voor sommige cliënten kan de coach werk hebben geoordeeld dat het nog niet opportuun is om stappen richting werk te zetten. Dit is mogelijk één van de redenen waarom de gesprekken met de coach werk voor slechts een deel van de respondenten (47%) tot een beter begrip van de rol van werk in hun herstel hebben bijgedragen (zie Figuur 18).

“Arbeid kan ziekmakend zijn, maar arbeid kan ook heel erg gezondmakend zijn. Het is absoluut maatwerk. Het kan herstel belemmerend zijn, maar ook heel erg herstel bevorderend. Als je op het juiste moment de juiste prikkels kunt geven, dan denk ik dat het iemand echt terug hoop kan geven, terug meetellen, terug andere rollen opnemen dan de ziekte rol.” (zorgprofessional, PC Sint-Hieronymus)

Zeker voor cliënten die zich minder gehoord voelen door andere instanties, geeft de ondersteuning van de coach werk hen ook het gevoel gehoord te worden en **erkenning** te krijgen van hun situatie. Tot slot, worden sporadisch ook **effecten op andere levensdomeinen** vermeld die impact hebben op de haalbaarheid van een terugkeer naar werk, zoals het vinden van stabiliteit in huisvesting.

7.2 Effecten van de dienstverlening bij zorgprofessionals

Naast de personen met gezondheidsuitdagingen vormen de zorgprofessionals op de vindplaats ook een belangrijke doelgroep van het project. Zorgprofessionals op de vindplaats spelen een cruciale rol bij het doorverwijzen van cliënten naar de coach werk. Achter een doorverwijzing zit vaak een meer complex proces verscholen met veranderingen in kennis, intentie en attitudes. Doorverwijzingen naar de coach werk, die resulteren in het aantal cliënten dat wordt bereikt is slechts een zeer beperkte manier om naar de impact van de dienstverlening te kijken. Willen we leren op welke manier zorgprofessionals de dienstverlening ervaren en op welke manier dergelijke dienstverlening zorgprofessionals in de toekomst kan helpen en ondersteunen is het belangrijk om breder te kijken naar ervaren effecten bij zorgprofessionals.

Om inzicht te krijgen in de effecten van de dienstverlening van de coach werk op de betrokken zorgprofessionals op de vindplaats werd beroep gedaan op kwalitatief onderzoeksmateriaal dat werd verzameld via groepsinterviews bij betrokken zorgprofessionals en diepte-interviews met de coaches werk uit de zes geselecteerde vindplaatsen die deel uitmaken van de casestudie. Bij de zorgprofessionals werd gepeild naar de subjectieve effecten die ze ervaren en op welke manier de dienstverlening hun werk of manier van werken heeft beïnvloed. Aan de coaches werk werd gevraagd wat hun indruk was van de impact van hun dienstverlening voor zorgprofessionals en op welke vlakken zij veranderingen bij zorgprofessionals zagen opduiken. We bespreken hier de belangrijkste bevindingen die door meerdere zorgprofessionals en/of coaches werk werden onderschreven.

In alle, op één na, vindplaatsen waren de betrokken zorgprofessionals overwegend positief over de aanwezigheid en de inzet van de coach werk gericht naar de zorgprofessionals en cliënten. Op de ene vindplaats waar zorgprofessionals de meerwaarde van de coach werk minder onderschreven, waren de zorgprofessionals nog niet echt bekend en vertrouwd met de dienstverlening van de coach werk. De implementatie van de dienstverlening zat nog in de opstartfase en de bevroegde zorgprofessionals hadden enkel indirect via de praktijkmanager kennis gemaakt met de dienstverlening van de coach werk. In de vindplaatsen waar de dienstverlening meer operationeel en vertrouwd was, waren zorgprofessionals het er bijna unaniem over eens dat de aanwezigheid van de coach werk een belangrijke structurele meerwaarde biedt voor zowel cliënten als zorgprofessionals en dat een stopzetting van de dienstverlening door de coach werk een groot verlies zou zijn voor zowel de cliënten als zichzelf en de werking van de vindplaats. *“Stopzetting van het project zou een groot verlies zijn”* aldus een zorgprofessional in een algemeen ziekenhuis. Zorgprofessionals toonden een grote bereidheid om hun ervaringen met dit project met ons te delen. We vermoeden dat het daardoor, tegen onze verwachting in en ondanks de drukke agenda's, ook relatief eenvoudig was om betrokken zorgprofessionals samen te brengen voor een groepsinterview. Een best krachtig signaal, dat we hier ook graag aan de lezer meegeven.

7.2.1 Verhoogde kennis en deskundigheid

Zorgprofessionals geven aan dat ze dankzij de coach werk beter geïnformeerd zijn over re-integratiemogelijkheden en zich gesterkt voelen in hun advisering over re-integratie. Artsen

en verpleegkundigen voelen zich gesterkt in hun rol doordat ze over meer fijnmazige informatie beschikken voor het schrijven van adviezen arbeids(on)geschiktheid en adviezen gericht aan andere geneesheren. Dankzij de terugkoppeling van de coaches werk kunnen ze de adviezen voorzien van een betere onderbouwing en voelen ze zich ook meer gesterkt als deskundige. Uit de interviews met verschillende zorgprofessionals, waaronder artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, komt naar voren dat ze vaak niet de tijd noch de expertise hebben om met cliënten uitgebreid het thema werk en activering te behandelen. In sommige vindplaatsen worden sociaal werkers betrokken om het thema werk met cliënten te behandelen. Ook deze zorgprofessionals geven aan dat zij met cliënten een breed scala aan thema's dienen te bespreken, waardoor het moeilijk is om diepgaand op activering in te gaan. Bovendien missen zij soms de nodige gespecialiseerde kennis om dit aspect voldoende aandacht te geven. Zorgprofessionals beamen dat de coach werk als expert op het snijvlak van zorg en werk de deskundigheid van het team versterkt en een belangrijke kennisleemte opvult.

*“Ik voel me meer gesterkt in het advies dat ik ook schrijf naar andere geneesheren”
(zorgprofessional, AZ rivierenland).*

Verder wordt ook aangegeven dat gaandeweg, vaak door terugkoppeling en case-specifieke besprekingen, hun kennis over re-integratie en activeringsmogelijkheden wordt versterkt. Doordat zorgprofessionals nu **één duidelijke aanspreekpunt hebben voor alle vragen over werk** worden vragen gemakkelijker gesteld ten voordele van kennisopbouw bij betrokken zorgprofessionals, een belangrijke hefboom om re-integratie te bevorderen.

7.2.2 Meer aandacht voor het thema werk en proactieve bespreking van werk met cliënten

De inspanningen van de coach werk helpen duidelijk bij het sensibiliseren van zorgprofessionals over het belang van werkhervatting en de mogelijkheden die daarvoor bestaan. Zorgprofessionals getuigen dat ze zich door de aanwezigheid van de coach werk meer gesterkt voelen om het thema werk niet alleen sneller te bespreken (zodra dit haalbaar is), maar er ook vaker op terug te komen in gesprekken met cliënten.

“Vroeger kwam het thema werk enkel aan bod als de patiënt het zelf aanbrengt.” “We brengen het thema werk nu sneller aan bij patiënten” (zorgprofessional, AZ Rivierenland).

Voorheen wachtten velen tot de patiënt zelf over werk begon. De terugkoppeling van de coaches werk (inclusief verdere stappen in het activeringsproces), geeft zorgprofessionals beter inzicht in de mogelijke effecten van de dienstverlening. Ook de positieve feedback van de cliënten zelf draagt hieraan bij. Dit versterkt het vertrouwen en draagvlak voor de dienstverlening en zorgt ervoor dat zorgprofessionals gemakkelijker het thema werk bespreken met hun cliënten. Doordat zorgprofessionals voor vragen en advies terecht kunnen bij de coach werk en/of cliënten kunnen doorverwijzen, ligt de drempel lager om het onderwerp aan te kaarten en vroegtijdig te integreren in het zorgtraject. Deze meer proactieve aanpak draagt bij aan vroegtijdige detectie van werkgerelateerde noden bij cliënten en kan bijdragen aan het voorkomen van langdurige uitval. Door de samenwerking met de coach werk lijken zorgprofessionals meer vertrouwen te hebben in het moment waarop werk kan worden

besproken met cliënten. Tegelijkertijd benadrukken zorgprofessionals het belang van een goede inschatting op maat van het individu. Zeker bij kwetsbare cliënten blijft het een uitdaging om het juiste moment te vinden zodat het gesprek over werk motiverend werkt en het herstelproces niet schaadt. Een goede inschatting op maat die rekening houdt met het zorgtraject en de belastbaarheid van de patiënt blijft belangrijk voor het gericht introduceren van activering in het zorgtraject. Desondanks tonen studies tonen aan dat een actieve aanpak loont. Holmlund et al. (2023) benadrukken bijvoorbeeld dat een gestructureerde benadering binnen het zorgteam, waarbij werk integraal onderdeel is van het behandelplan, cruciaal is om terugkeer naar werk soepel te laten verlopen. Ook hier zien we dit terug. Door de coach werk durven zorgverleners het thema sneller ter sprake te brengen en beschouwen ze werkhervatting als onderdeel van goede zorg, niet als iets externs.

7.2.3 Ontzorging en tijdswinst

Vrijwel alle bevraagde zorgprofessionals ervaren tijdgebrek als een belangrijke drempel in de dagelijkse praktijk. Zorgprofessionals geven aan dat de coach werk hen ontlast door het overnemen van taken die buiten hun kernexpertise vallen. Taken buiten de puur medische of therapeutische kern, zoals het uitzoeken van werkgerelateerde trajecten, informeren over regelingen of doorverwijzingen naar de juiste dienst, worden nu overgenomen door de coach. De coach werk neemt een deel van de informerende en coördinerende taken over, wat leidt tot een verlichting van de werkdruk bij zorgprofessionals op de vindplaats. *“Het bespaart ons veel tijd en opzoekwerk”*, getuigt een zorgprofessional. De coach werk fungeert als een gespecialiseerde collega in het thema werk met oog voor zorg die snel en gericht kan handelen, waardoor zorgprofessionals zich meer kunnen richten op de kerntaken. Dit komt ook de cliënten ten goede. Doordat zorgprofessionals ontzorgt worden, durven ze het onderwerp werk eerder aan te kaarten en beter op te volgen, zonder angst dat ze daarop vastlopen. Dankzij dit project kunnen zorgprofessionals snel en gericht doorverwijzen naar één persoon, i.e. coach werk, wat de efficiëntie van het zorgproces verhoogt.

“Het is een geruststelling om te weten dat er een directe lijn is naar iemand die verder kan helpen” (zorgprofessional, CGG Kohesi).

Doordat de coach werk duidelijkheid kan bieden in complexe situaties rond werk en re-integratie zorgt dit bij professionals ook voor een zekere cognitieve ontlasting. Verschillende zorgverleners geven aan dat dit zorgt voor geruststelling. Ze hoeven niet alles meer zelf uit te zoeken en kunnen steeds terugvallen op de expertise van de coach werk. Het verlaagt een deel de druk om zelf expert te zijn in werkgerelateerde thema's. We zien een gelijkaardig effect terugkomen bij de einddoelgroep. Ook cliënten ervaren een belangrijk gevoel van geruststelling doordat zij kunnen terugvallen op de expertise van de coach werk. Sommige zorgverleners halen hier aan dat de aanwezigheid van de coach werk ook zorgt voor een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid. Men is niet langer alleen verantwoordelijk voor het ondersteunen van cliënten op het vlak van werk.

7.2.4 Een betere integratie van het werktraject in het zorgtraject

Een van de meest waardevolle effecten is dat werkondersteuning door de dienstverlening van en samenwerking met de coach werk nu structureel onderdeel wordt van het behandeltraject. Tijdens de interviews werd door het merendeel van de zorgprofessionals onderstreept dat zij de rol van de coach werk als een cruciale schakel zien in de ondersteuning van patiënten richting werk. Zorgprofessionals geven aan dat de aanwezigheid van de coach werk ertoe leidt dat werkondersteuning niet langer een losstaand traject is, maar een onderdeel wordt van het behandeltraject. **Werkgerelateerde vragen en ondersteuning kunnen nu structureel worden meegenomen in de zorgplanning.** Vooral bij cliënten met een psychische kwetsbaarheid, waar werk vaak een bron is van stress of onzekerheid, blijkt deze integratie essentieel. De coach werk helpt om werk bespreekbaar te maken op een manier die aansluit bij de persoonlijke situatie en het herstelproces van de cliënt. De aanwezigheid van de coach werk heeft niet alleen een effect op de introductie van activering in het zorgtraject, maar het maakt ook een betere opvolging en zorgcontinuïteit mogelijk. Wetenschappelijk onderzoek onderstreept dat zo'n geïntegreerde aanpak gunstig is. Knipprath en Bogaert (2021) concluderen dat multidisciplinaire interventies die zorg- en werkgerichte elementen combineren, de re-integratie van langdurig zieken bevorderen.

Cruciaal hierbij is de terugkoppeling. Zorgprofessionals wijzen op de belangrijke rol van een goede terugkoppeling door de coach werk. Coaches houden de zorgverleners op de hoogte van de stappen die cliënten zetten richting werk, bijvoorbeeld door terug te rapporteren welke acties ondernomen zijn en hoe de cliënt daarop reageert. Deze terugkoppeling stelt zorgverleners in staat om het activeringstraject actief op te volgen, te integreren in hun eigen begeleiding en cliënten te blijven motiveren. Een van de zorgprofessionals verwoordt het als volgt:

“De cliënt houdt niet altijd vast wat er in zo’n gesprek gezegd wordt. Door de terugkoppeling kunnen we ook beter opvolgen of de mogelijkheden voor de cliënt ook worden benut.”
(zorgprofessional, CGG Kohesi)

Andere kwalitatieve studies benadrukken eveneens het belang van zulke feedbackloops. Zo wijzen Holmlund en collega's (2023) op ethische en praktische voordelen wanneer alle betrokkenen (artsen, counselors en externe actoren), effectief informatie delen en ieder zijn rol kent in het activeringsproces.

Deze vlotte informatiedoorstroom zorgt er niet alleen voor dat zorgverleners beter zijn geïnformeerd, maar ze worden ook meer betrokken bij het activeringstraject van hun cliënten. Terugkoppeling leidt tot meer gezamenlijke opvolging.

“De terugkoppeling van [de coach werk] vind ik helpend omdat ik het ook niet weet. Dus dan kan ik dat mee vasthouden voor de cliënt: dit is wat er kan, dit is wat er niet kan”
(zorgprofessional, CGG Kohesi).

De coach werk fungeert daarmee als een verbindingspersoon die de werelden van zorg en werk bij elkaar brengt. Dit komt uiteindelijk ook de cliënt ten goede doordat die een goed geïntegreerde en opgevolgde ondersteuning krijgt.

8 CRUCIALE FACTOREN VOOR DE EFFECTIVITEIT VAN DE DIENSTVERLENING

In dit hoofdstuk bespreken we de **kernelementen** van het outreachend en vindplaatsgericht bereiken van personen met gezondheidsuitdagingen op basis van de casestudie. We baseren ons hiervoor op (groeps)interviews met de projectcoördinatoren, de coaches werk en de betrokken zorgprofessionals in de 6 geselecteerde vindplaatsen, aangevuld met de (kwantitatieve) bevraging van cliënten die door de coach werk werden ondersteund in deze vindplaatsen. We trekken lessen uit de verschillende onderzochte cases en staan steeds stil bij de **werkzame elementen voor een effectieve dienstverlening**. We proberen ook te doorgronden **welke zaken een verhinderend effect hebben** op de werkbaarheid. Dit hoofdstuk is opgedeeld in 4 delen. In het eerste deel kijken we naar factoren die betrekking hebben op de vormgeving en de aanpak van de dienstverlening. Het tweede deel gaat over factoren met betrekking tot de samenwerking op de vindplaats tussen de coach werk en de zorgprofessionals. In het derde deel zoomen we in op factoren die zich verhouden tot de opzet en het beheer van de projectoproep. We sluiten het hoofdstuk af met factoren over de inbedding in de ruimere Vlaamse context, waar we ons voornamelijk richten op de uitwisseling en samenwerking met twee sleutelactoren, nl. VDAB en mutualiteiten.

Algemeen zijn zowel de cliënten als de betrokken zorgverleners op de vindplaats zeer tevreden over de ondersteuning die ze hebben gekregen van de coach werk. De overgrote meerderheid van de cliënten zou de individuele gesprekken met de coach werk sterk aanbevelen aan anderen. Als we dit vertalen naar een rapportcijfer tussen 0 en 10, dan geven cliënten aan de coaches werk gemiddeld 8,9 op tien voor hun ondersteuning. 91% geeft een score van 8 of meer, wat duidt op een zeer grote tevredenheid met de ondersteuning van de coaches werk. 8% van de cliënten geeft score 6 of 7 en slechts één iemand gaf aan de gesprekken met de coach werk niet aan anderen aan te bevelen met een score van 2 op 10.

Verskillende factoren lijken bij te dragen tot deze hoge mate van tevredenheid over de ondersteuning door de coach werk en een goede effectiviteit van de dienstverlening. In wat volgt bespreken we belangrijke werkzame elementen en randvoorwaarden die bijdragen tot een goede dienstverlening

8.1 Factoren m.b.t. de vormgeving/aanpak van de dienstverlening

8.1.1 Professionaliteit van de coach werk

De professionele competenties van de coaches werk leggen een zwaar gewicht in de schaal voor een succesvolle ondersteuning van de einddoelgroep en betrokken zorgprofessionals in de zorg- en welzijnsinstellingen.

Gespecialiseerde expertise van werk en zorg

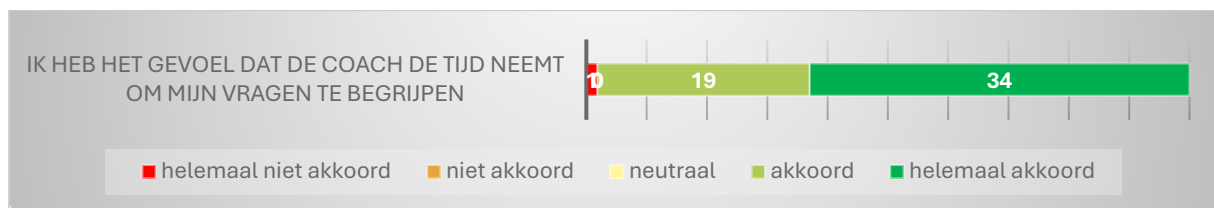
Coaches werk vormen de brug tussen werk en zorg en benaderen werk vanuit een holistische kijk op welzijn. Ze beseffen als geen ander dat werkvragen bij deze specifieke doelgroep zeer verweven zijn met hun gezondheidsproblemen. Deze brugfunctie vereist een goede kennis van beide domeinen. Volgens de coaches werk zelf is het belangrijk om voor het goed uitvoeren van deze rol een diepgaande kennis te hebben van de sociale kaart en de lokale leefomgeving van cliënten, de wetgeving rond arbeidsongeschiktheid, VDAB-trajecten en de werking van VDAB, de rol van terug-naar-werkcoördinatoren, de werking van mutualiteiten en het bredere aanbod en mogelijkheden aan activering. Tegelijkertijd is het belangrijk om een goed begrip te hebben van psychische kwetsbaarheden, herstelprocessen en de dynamieken en gevoeligheden binnen vindplaatsen. We zien hier dat de coach werk een belangrijke kenniskloof effectief overbrugt. Voor zorgverleners vormt deze gespecialiseerde dubbele expertise een belangrijke voorwaarde om cliënten door te verwijzen naar de coach werk.

Communicatieve en relationele vaardigheden

Een tweede belangrijke pijler van de professionaliteit van coaches werk is de mensgerichte aanpak van de coaches werk en de manier waarop coaches communiceren en relaties opbouwen. **Empathie, luisterbereidheid en het opbouwen van vertrouwen** komen als kernwaarden naar voren. Coaches werk geven zelf aan dat het voor hun dienstverlening belangrijk is dat een coach werk mensen op hun gemak kan stellen, mensenkennis hebben, en dat ze beschikken over een grote luisterbereidheid en empathie. Omdat veel cliënten met onzekerheid, psychische kwetsbaarheid of negatieve ervaringen in het verleden kampen, geven coaches werk aan dat het belangrijk is dat de dienstverlening veilig en toegankelijk aanvoelt voor cliënten. Coaches proberen cliënten het gevoel te geven dat ze gehoord en geholpen worden zonder van het kastje naar de muur gestuurd te worden.

Cliënten geven aan dat ze het luisterend oor en de persoonlijke aanpak van de coach bijzonder waarderen. De coaches werden vaak omschreven als empathisch en motiverend. De meeste cliënten hadden het gevoel dat de coach werk voldoende tijd nam om hun vragen goed te begrijpen (Figuur 19). Uit de open antwoorden van de cliënten komt sterk naar voren dat cliënten zich gehoord en begrepen voelen en niet beoordeeld. Dit sluit aan bij bevindingen van Rymenans et al. (2024) dat aandachtig luisteren en respect tonen mensen het gevoel geeft dat hun verhaal ertoe doet. Zorgverleners beamen het belang van empathie en luisterbereidheid. Volgens hen vormt de angst om niet begrepen te worden door begeleiders of instanties vaak een drempel voor cliënten in het zetten van stappen naar ondersteuning. De menselijke en gevoelige aanpak van de coaches werk met aandacht voor zorg en werk vormt volgens zorgprofessionals een belangrijke succesfactor in de ondersteuning van de coaches werk. De literatuur ondersteunt dit, wanneer cliënten zich gehoord voelen, vergroot dit hun bereidheid tot actie. Zo merkt een RIZIV-studie (2022) op dat het gevoel hebben serieus genomen te worden de terugkeer naar werk positief beïnvloedt.

Figuur 19 Tevredenheid over luisterbereidheid



Bron: bevraging einddoelgroep, n=49; celeenheden zijn frequenties

Clënten omschrijven de coaches werk als *vriendelijk*, *motiverend* en *zonder oordelen*. Dit creëert een **veilige ruimte** waarin ze durven praten over hun onzekerheden. Bovendien werken de coaches actief aan een **vertrouwensband**, niet alleen met cliënten maar ook met het omringende zorgteam. Zo een vertrouwensband tussen cliënt en begeleider/ondersteuner is fundamenteel voor succes (Commissie Diversiteit, 2020, Knipprath & Bogaert, 2021). Vertrouwen winnen vergt nabijheid en oprechte interesse in de leefwereld van de cliënt. Coaches werk besteden hier veel aandacht aan, bijvoorbeeld door voldoende tijd te nemen en duidelijk te maken dat gesprekken vertrouwelijk zijn. Doordat de coach werk losstaat van controle-instanties, ervaren cliënten minder wantrouwen. Communicatieve vaardigheden van de coach werk, als empathie, actief luisteren en betrouwbare communicatie vormen de ruggengraat van de dienstverlening. Dit is in lijn met wat onderzoek aanduidt als kritieke elementen voor een succesvolle outreachende dienstverlening (Rymenans et al., 2024; Commissie Diversiteit, 2020).

Box 1 Toelichting van respondenten m.b.t. houding van coach werk

“Ze was meelevend en denkt samen met jou over wat je nog kunt doen.”

“Ze stelde mij op mijn gemak aangaande mijn angst voor werk. Haar optimistische en vriendelijke benadering.”

“Ze is iemand die u het beste gevoel geeft in zware tijden. Ik ben voor altijd dankbaar. Ik voelde mij altijd heel opgelucht na een gesprek met haar en had het gevoel dat iemand naar mij luistert.”

“Helderheid, werd echt geluisterd, kreeg handvaten, was fijn om gehoord te worden.”

“Ik heb het gevoel dat er naar mij geluisterd word. Ik voel mij op mijn plaats binnen het traject en aan het goede adres om de zoektocht naar werk goed te doorlopen.”

“Eindelijk mijn hart kunnen luchten zonder veroordeeld of beoordeeld te worden en geholpen worden.”

“Een zeer menselijke aanpak met respect en ruimte voor het stukje mentale gezondheid en de impact dat het kan hebben op werken.”

Omdat dienstverlening van de coach werk sterk inzet op outreach naar zorgprofessionals op de vindplaats, en omdat de dienstverlening in nauwe samenwerking met hen wordt vormgegeven, vinden coaches werk het belangrijk om zelf actief het initiatief te nemen. Ze benadrukken dat het essentieel is dat een coach werk **mensen durft aan te spreken, vlot contact legt en goed kan samenwerken** met verschillende actoren binnen zowel de zorg- als werkcontext.

8.1.2 Gehanteerde methoden en werkprincipes van coach werk

De finale doelgroep van de coaches werk is zeer divers, variërend van mensen met langdurige fysieke aandoeningen tot personen met complexe psychologische problemen, personen die nog aan het werk zijn tot personen die al jaren arbeidsongeschikt zijn. Een one-size-fits-all-benadering zou hier falen. Coaches werk stemmen hun aanpak flexibel af op de verschillende noden van hun cliënten.

Flexibele individuele aanpak op maat

De individuele dienstverlening van de coach werk is steeds afgestemd op de persoonlijke situatie van de cliënt, waarbij wordt rekening gehouden met de gezondheidstoestand, sociale factoren, het tempo, mogelijkheden en voorkeuren van de cliënt. Er wordt expliciet op toegezien dat de cliënt de regie behoudt. Cliënten bevestigen in de bevraging dat de coach rekening houdt met hun persoonlijke achtergrond en situatie en vertrok van hun individuele noden: *“Ze begreep mij volledig en had meteen door wat mijn noden waren en hoe er naar te handelen.”*

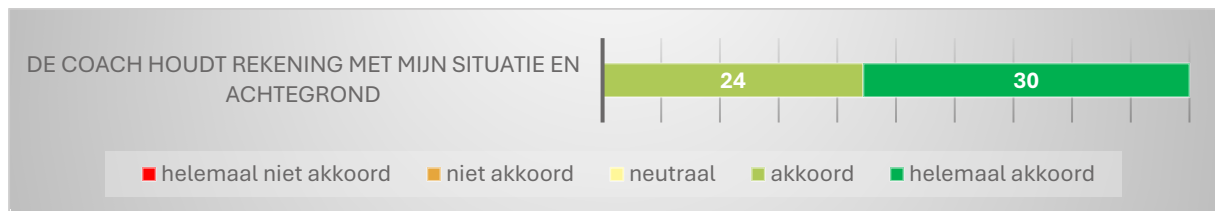
“Het is op maat van de patiënt, ze luistert echt, ze motiveert, ze is eerlijk, ze geeft hoop.”

Maatwerk verhoogt de effectiviteit van de dienstverlening en is een cruciale factor voor een goede dienstverlening en goede zorg. In de literatuur wordt eveneens gewezen op het belang van zulke cliëntgerichte dienstverlening. Goffin et al. (2022) signaleren dat het reguliere ondersteuningsaanbod vaak onvoldoende op het individu is toegesneden, terwijl maatwerk net wordt geïdentificeerd als een duidelijke hefboom voor re-integratie (Knipprath & Bogaert, 2021).

Uit de casestudie komt naar voren dat de coaches werk daadwerkelijk de mens achter de hulpvragen ziet. Coaches werk **vertrekken vanuit de sterktes en interesses van cliënten**, niet vanuit hun beperkingen. Ze helpen cliënten om opnieuw perspectief te ontwikkelen, ook als de stap naar werk nog veraf lijkt. Kleine successen worden benoemd en benut als opstap naar verdere activering. Deze aanpak gebaseerd op de sterktes van cliënten wordt breed ondersteund in de literatuur. Desondanks wordt er nog al te vaak gefocust op wat er is en waar iemands beperkingen liggen (Valsamis et al., 2022; De Coen et al., 2021). Coaches werk helpen dit te doorbreken. Zoals een cliënt het verwoordde: *“[De coach werk] heeft mij duidelijkheden gegeven dat ik meer kwaliteiten heb dan ik denk. Ook wat ik voorlopig kan doen.”* Deze positieve insteek werkt motiverend en blijkt effectiever om mensen weer perspectief richting

werk te laten ontwikkelen. Een flexibele aanpak op maat, die uitgaat van individuele sterktes en context is een essentiële succesfactor voor een effectieve dienstverlening.

Figuur 20 Tevredenheid over aanpak op maat



Bron: bevraging einddoelgroep, n=49; eenheden zijn frequenties

Proactieve en resultaatgerichte aanpak

Hoewel de ondersteuning van de coaches werk laagdrempelig is, hanteren coaches ook een zekere mate van resultaatgerichtheid. Coaches werk hanteren een actieve opvolging, ze wachten niet passief af, maar nemen zelf het initiatief om contact te houden met cliënten, herinneren cliënten aan afspraken en volgen op of stappen ook effectief gezet zijn. Deze aanklappende aanpak, maar zonder forceren, wordt door zorgprofessionals geprezen. Een zorgprofessional uit het WGC zei: “[De coach werk] belt, mailt mensen voor een volgende afspraak als mensen niet terug komen. We zijn vershoten hoeveel mensen eigenlijk willen werken. Vroeger werd dat niet in gang geschoten. En nu met [de coach werk] wel.”

Tegelijkertijd vermijden ze dat cliënten zich onder druk gezet voelen of gedwongen voelen om bepaalde stappen te nemen. Slechts een zeer kleine minderheid van de cliënten gaf aan dat ze zich bij de coach werk ooit verplicht hebben gevoeld om zich in te schrijven bij VDAB, wat aangeeft dat de balans tussen stimuleren en respecteren van iemands eigen tempo over het algemeen goed zit (Figuur 21). Dit sluit aan bij inzichten van de motivatiepsychologie. Als mensen zich onder druk gezet voelen dan haken ze af, maar gedijen bij autonomie-ondersteuning (Rymenans et al., 2024; Holmlund et al, 2023). Kortom, een werkzame factor voor een goede dienstverlening is dat de coach werk actief opvolgt en aanzet tot actie, terwijl de regie bij de cliënt blijft.

Figuur 21 Tevredenheid over de resultaatgerichtheid van de aanpak van de coach werk



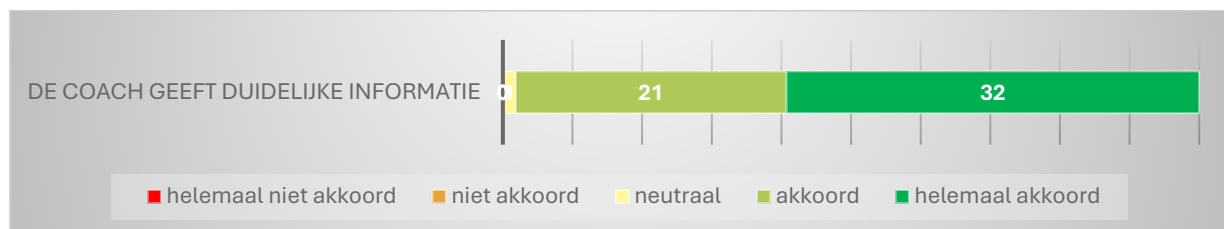
Bron: bevraging einddoelgroep, n=53; eenheden zijn frequenties

Duidelijke informatie en praktische ondersteuning

De ondersteuning van de coach werk kan enkel effectief zijn als mensen ook begrijpen wat de coach vertelt en de informatie duidelijk is. Veel cliënten bevinden zich al in een verwarrende situatie en zien door de bomen het bos niet meer wat betreft hun rechten, plichten en mogelijkheden. De coach werk fungeert hier als een **wegwijzer** en **vertaler** van een zeer complexe materie. Cliënten geven massaal aan dat de coach **duidelijke informatie** verstrekt over trajecten, rechten en plichten, en mogelijke stappen. Ook uit de open antwoorden van de cliënten komt naar voren dat men bijzonder tevreden is over de helderheid van de verkregen informatie:

“[De coach werk] is een zeer empathisch persoon die perfect de noden begrijpt. Haar informatie was zeer duidelijk. Perfecte dienstverlening.”

Figuur 22 Tevredenheid over informatieverstrekking



Bron: bevraging einddoelgroep, n=54; eenheden zijn frequenties

Door verschillende cliënten werd aangehaald dat ze het enorm waardevol vonden om achteraf een schriftelijk overzicht (vaak via email) te krijgen van wat er tijdens het gesprek werd besproken, met vermelding van relevante links. Het zorgt ervoor dat informatie blijft hangen en toepasbaar wordt. Een van de cliënten vat haar ervaring als volgt samen:

“Ze nam haar tijd en gaf voldoende informatie en tips. Na het 2^{de} gesprek had ik niet meer het gevoel van stilstand en vastzitten, maar weet ik wat mijn volgende stappen gaan zijn om vooruit te geraken en hopelijk weer aan het werk te kunnen op een progressieve manier. Na de gesprekken stuurt ze een mail met een duidelijke samenvatting. Want er komt wel veel informatie op je af tijdens een gesprek.” (bevraging einddoelgroep)

De kracht van de ondersteuning zit hem duidelijk niet enkel in de informatie die wordt aangeboden door de coach werk, maar ook in de manier waarop deze informatie wordt aangeboden, met kennis, zorg en respect voor de mens achter de hulpvraag. Door informatie op maat te verstrekken en samen concrete vervolgstappen te bespreken, kan het zelfvertrouwen van langdurig zieken significant worden verhoogd en voelen mensen zich gesterkt om verdere stappen te ondernemen (Rymenans et al., 2024).

De coach werk neemt bovendien vaak ook heel praktische drempels weg bij cliënten door het aanbieden van administratieve ondersteuning. Sommige cliënten vinden het zeer intimiderend of hebben minder ervaring met administratieve processen of het invullen van aanvragen en

formulieren. Indien nodig en gewenst gaan coaches werk samen met cliënten contact opnemen met instanties, afspraken maken, bellen of e-mailen om ervoor te zorgen dat cliënten niet enkel weten welke deur ze kunnen binnengaan, maar dat ze ook effectief over de dorpel geraken en kunnen binnenwandelen. Vooral voor kwetsbare cliënten, die soms laaggeletterd zijn of angst hebben voor administratie, is deze **hands-on-ondersteuning** zeer waardevol. Zorgverleners noemen dit een succesfactor omdat het ervoor zorgt dat cliënten niet afhaken op praktische details.

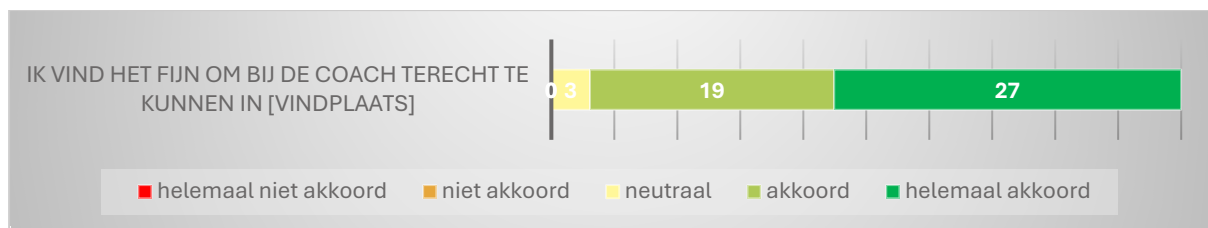
8.1.3 Logistieke kenmerken van activiteiten

Een zeer concrete werkzame factor is de **nabijheid en aanwezigheid van de coach werk op de vindplaats zelf**. Deze fysieke nabijheid op een vertrouwde plek verlaagt de drempel voor cliënten om op het aanbod van de coach werk in te gaan. Zoals een huisarts (WGC) het verwoordde: *“Als patiënten horen dat het iemand van onze praktijk is, dan is dat veel minder bedreigend dan wanneer ze naar een onbekende instantie moeten”*. Of volgens een van de zorgprofessionals van het CGG *“Patiënten zeggen: Ah, dat is iemand van jullie, hé? Die gaat mij helpen.”* De coach werk wordt gezien als een **verlengstuk van het zorgteam**, wat het vertrouwen bij cliënten vergroot.

“Dat is het voordeel dat de coach werk hier zit. Mensen kennen het gebouw en weten dat er goede zorg wordt gegeven en dus je krijgt een kwaliteitslabel dat eigenlijk ook op [de coach werk] mee wordt geplakt. Dat is een voordeel voor patiënten ook zodat we ze wat kunnen geruststellen: ga daar maar naartoe, dat is veilig, dat is oké.” (zorgprofessional, WGC).

Zorgverleners van het wijkgezondheidscentrum getuigen dat ze van een periode komen waar ze de expertise buitenshuis moesten zoeken, maar dat dit niet liep. Voor veel kwetsbare personen is het een te grote drempel om op een andere plek naar de coach werk te gaan. Fysieke aanwezigheid op de vindplaats maakt het niet alleen eenvoudiger om tot bij de coach werk te geraken, maar versterkt ook het vertrouwen in de coach werk als deel van het zorgteam die ook rekening zal houden met de specifieke fysieke en mentale kwetsbaarheden. Ook uit de bevraging bij de einddoelgroep komt naar voren dat cliënten het fijn vinden om bij de coach terecht te kunnen in de vindplaats (Figuur 23). Niemand had bezwaar tegen de gesprekslocatie, integendeel *“De stap naar het gesprek was klein omdat het op het CGG [de vindplaats]door ging.”* Cliënten kunnen in een vertrouwde omgeving waar ze reeds vertrouwen hebben opgebouwd met hun zorgverlener(s) terecht bij de coach werk. Ook literatuur rond outreach onderschrijft het belang van een laagdrempelige, vertrouwde setting. Het aanbieden van dienstverlening zorgt ervoor dat de doelgroep zich op zijn gemak voelt en kan de deelname en betrokkenheid duidelijk verhogen (Dewson et al., 2006). Onze bevindingen uit de casestudie bekrachtigen dit principe. Doordat de coach werk op de vindplaats zelf aanwezig is, wordt de stap naar werkondersteuning bijna een vanzelfsprekend onderdeel van de zorg. Bovendien helpt deze nabijheid informeel overleg tussen de coach werk en zorgverleners, wat de integratie ten goede komt (zie 7.2).

Figuur 23 Tevredenheid over de plaats van de gesprek(ken) met de coach werk



Bron: bevraging einddoelgroep, n=49; eenheden zijn frequenties

Ook het feit dat de coach werk **geen resultaatsverplichting** oplegt aan de persoon, maar dat men vertrekt vanuit de vraag van de cliënt wordt als positief ervaren. Dit maakt het mogelijk om ook mensen met twijfels of angst voor herval te bereiken. Voor zorgprofessionals vormt de **vrijblijvendheid van de dienstverlening** van de coach werk een belangrijke succesfactor van de dienstverlening. Voor sommige zorgverleners was het zelfs een voorwaarde om de dienstverlening te kunnen omarmen: *“Als daar een dwang op komt, dan moeten wij hier intern heel goed bekijken of dat dan iets is dat nog in overeenstemming is met waar wij voor staan”*. De Commissie Diversiteit (2020) benadrukt hetzelfde, een uitnodigende niet controlerende benadering is essentieel om kwetsbare groepen aan te spreken. Cliënten durven vaak geen hulp te zoeken of vragen te stellen uit angst dat ze bepaalde zaken in gang gaan steken of tot bepaalde zaken verplicht gaan worden. In de doorverwijzing van cliënten naar de coach werk benadrukken de zorgprofessionals dat de stappen naar werk of activering individueel en zonder dwingend karakter worden aangepakt. Ook coaches werk benadrukken dit steeds tijdens infosessies en bij de start van individuele begeleiding.

Hiermee samenhangend wordt door verschillende zorgprofessionals gewezen op het belang van **neutraliteit van de coach werk**. Doordat de coach werk los staat van VDAB wordt ze als minder bedreigend gezien. *“Ze is geen instantie zoals de VDAB. Ze staat erbuiten, maar weet wel alles over die instanties”* (zorgprofessional, AZ Rivierenland). Coaches werk geven dit ook expliciet mee aan cliënten tijdens de individuele ondersteuning. In ander onderzoek wordt evenzeer gewezen op het belang van de neutraliteit van outreach medewerkers (vb. Dewson et al., 2006).

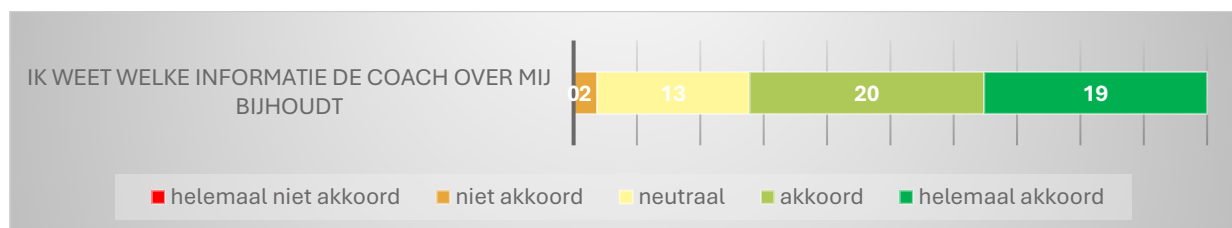
Niet enkel de neutraliteit van de coach werk, maar ook de **vertrouwelijkheid van de gesprekken** met de coach werk vormen een belangrijk element. Het gegeven dat zonder de toestemming van de cliënt geen informatie, noch over het feit dat de persoon werd gezien door de coach werk noch over de inhoud van de gesprekken, aan derden wordt doorgegeven. Een van de betrokken zorgprofessionals vat het als volgt samen:

“Dit is een eerste keer dat het zo werkbaar is. Dit is mede door de persoon van [de coach werk]. Dit project is een bruikbaar instrument. Er wordt een open blik gehanteerd, het is vertrouwelijk, het is in house.”

Alles bij elkaar zorgt dit ervoor dat de coach werk door cliënten niet als bedreigend, maar als veilig en ondersteunend wordt ervaren, een belangrijke factor voor een effectieve dienstverlening.

Ook uit de bevraging bij de cliënten blijkt dat privacy een belangrijk aandachtspunt blijft. Hoewel alle coaches werk aangaven dat de cliënten steeds een geïnformeerde toestemming hebben ondertekend, blijkt dat het toch niet voor iedereen helemaal duidelijk is welke informatie juist wordt geregistreerd en bijgehouden. Ongeveer de helft van de cliënten geeft aan te weten welke informatie de coach werk over hen bijhoudt. Een kleiner deel heeft hier geen zicht op en iets minder dan een kwart van de cliënten geeft een neutraal antwoord op de vraag of ze hierover geïnformeerd zijn (Figuur 24). Opvallend is dat, ondanks deze onduidelijkheid, niemand expliciet aangaf dat dit aspect voor verbetering vatbaar is. Alles samen onderstreept dit het belang van transparante communicatie over gegevensverwerking en bevestigt dit het vertrouwen dat cliënten stellen in de coach werk.

Figuur 24 Tevredenheid over privacy gegevens



Bron: bevraging einddoelgroep, n=54; eenheden zijn frequenties

Een laatste factor in de vormgeving van de dienstverlening is de directe beschikbaarheid van de coach werk. Een van de heikle punten in re-integratietrajecten of trajecten voor activering ligt hem onder andere in de wachttijden waar mensen mee worden geconfronteerd, wachttijden om een afspraak te kunnen maken met een dienstverlener, wachttijden voor adviezen, wachttijden voor begeleiding. Coaches werk en zorgprofessionals geven aan dat deze wachttijden vaak het momentum breken. Als mensen weken tot maanden moeten wachten om te worden gehoord of een volgende stap te kunnen nemen worden mensen vaak ontmoedigd of verliezen hun interesse. Met de dienstverlening van de coach werk kunnen cliënten vrijwel onmiddellijk worden geholpen. Zorgverleners noemen het een grote troef dat de coaches werk **kort op de bal kunnen spelen** doordat er **geen wachtlijsten** zijn. Mensen die vragen hebben rond werk kunnen meteen terecht bij de coach werk, wat de kans op afhaken verkleint. Dat verhoogt de effectiviteit. Problemen worden aangepakt wanneer ze zich stellen, niet maanden later. Een van de zorgverleners uit het CGG getuigt:

“Met [de coach werk] kunnen we vaak korter op de bal spelen. We kunnen op korte termijn iets realiseren rond een thema of uitdaging waar in de therapie rond bezig zijn”.
(zorgprofessional, CGG)

8.2 Factoren m.b.t. de samenwerking op de vindplaats

8.2.1 Contact en afstemming tussen coach werk en zorgprofessionals

“Als er geen afstemming is, dan werkt dit niet” (huisarts, WGC). **Een goede afstemming en goede afspraken over doorverwijzing en terugkoppeling is een cruciale factor voor een succesvolle implementatie van de dienstverlening.** Zowel de coaches werk als de zorgprofessionals benadrukken het **belang van de fysieke aanwezigheid van de coach werk** en **aanspreekbaar** voor het faciliteren van een goede samenwerking. In vier van de zes vindplaatsen gaven zorgprofessionals aan dat de coach werk echt deel uitmaakt van het team of een verlengstuk vormt van het team. In de twee vindplaatsen waar de coach werk niet wordt gezien als deel van het team wordt ofwel met individuele sociaal werkers samengewerkt voor het doorverwijzen van cliënten (PC Sint Hiëronymus) of wordt vooral gerekend op inschrijving van cliënten op eigen initiatief (Arzo).

Uit de casestudie blijkt dat de samenwerking en de daaruitvloeiende gedeelde verantwoordelijkheid en teamgevoel kan worden gefaciliteerd op verschillende manieren. Dit hoeft niet noodzakelijk te gaan via gezamenlijke overleggen met de verschillende betrokken zorgprofessionals. De afstemming kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Projectcoördinatoren en coaches werk benadrukken wel het **belang van maatwerk hierin waarbij men dient rekening te houden met de werking en gebruiken op de vindplaats.** Bijvoorbeeld in het WGC neemt de coach werk niet deel aan de MDO's omwille van tijdsgebrek (er nemen al een grote verscheidenheid aan zorgverleners deel aan dit overleg) en GDPR-redenen (aan cliënten werd niet gevraagd of de patiëntinformatie ook mag worden gedeeld met de coach werk), maar gebeurt de afstemming tussen de coach werk en de zorgprofessionals op een meer informele wijze door doelgericht out te reachen naar betrokken zorgverleners (vb. aan de koffiemachine) en door het aanbieden van individuele gesprekken met zorgverleners voor bespreking van cases en vragen. In vindplaatsen waar nog niet eerder werd mee werd samengewerkt, vergt het wat meer tijd om de samenwerking en afstemming op een zinvolle manier vorm te geven. Zo werd bij het nalezen van de casebeschrijving van de praktijk Arzo door de coach werk en de praktijkmanager erop gewezen dat men ondertussen de samenwerking met de zorgverleners heeft bijgesteld. Waarbij in de opstartfase tijdens de dataverzameling de coach werk nagenoeg geen direct contact had met de huisartsen en andere zorgverleners wordt nu gewerkt met een vaste zitdag waarbij de coach werk telkens een vaste dag per maand fysiek aanwezig is en de coach werk een informeel contactmoment heeft tijdens de lunch met de artsen ter bevordering van een duurzame samenwerking. In sommige vindplaatsen is de coach werk reeds een vertrouwd gezicht en is men reeds ingespeeld op elkaar en vergt het zoekproces minder tijd.

8.2.2 Terugkoppeling van coach werk naar zorgprofessionals

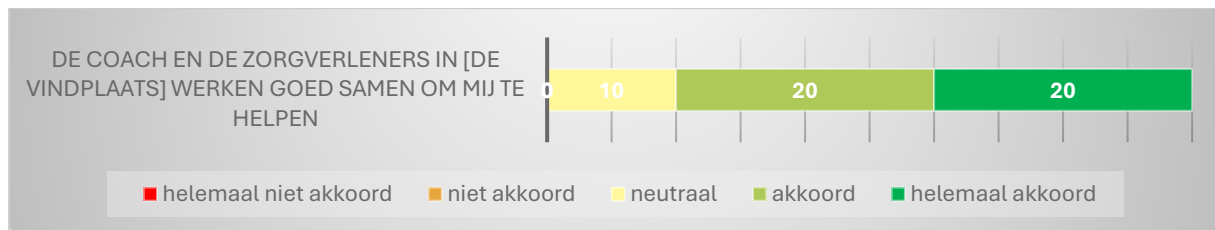
Een van de meest gewaardeerde aspecten van de dienstverlening van de coach werk is de actieve terugkoppeling naar de betrokken zorgverleners. Voorheen voelde de ondersteuning rond werk vanuit externe dienstverleners voor velen als een soort zwarte doos. Cliënten

werden erheen gestuurd, maar zorgverleners vernamen zelden wat ermee gebeurde. Dit leidt tot versnippering, onduidelijkheid en verlies van opvolging. Door terugkoppeling van de coach werk aan betrokken zorgverleners wordt deze drempel bewust weggewerkt. **Zorgverleners zien structurele terugkoppeling door de coach werk als een sleutelfactor voor een goede integratie van werkgerelateerde trajecten in het zorgtraject.** Dankzij de structurele terugkoppeling door coaches werk zijn zorgverleners op de hoogte van wat er werd beslist en besproken met de cliënt en kan men gemakkelijker schakelen en inspelen op te nemen en genomen stappen. *“De terugkoppeling is belangrijk want de cliënt houdt niet altijd vast wat er in zo’n gesprek gezegd wordt. Door de terugkoppeling kunnen we ook beter opvolgen of de mogelijkheden voor de cliënt ook worden benut.”* Coaches werk helpen met de terugkoppeling ook om de werkgerelateerde informatie op een begrijpelijke manier terug te vertalen naar het zorgteam. Zorgverleners geven aan dat ze vaak onvoldoende kennis hebben van werkgerelateerde regelgeving en trajecten en vinden het een grote meerwaarde dat de coaches werk deze informatie op een begrijpelijke manier kunnen overbrengen voor zowel de cliënten als betrokken zorgverleners. *“[De coach werk] geeft duiding van wat kan en wat niet. En dan kan je dat meenemen in het gesprek/therapie met de cliënt”* (psycholoog, CGG).

Uit de casestudie komt naar voren dat de terugkoppeling op verschillende manieren kan gebeuren. In de algemene ziekenhuizen wordt de schriftelijke terugkoppeling toegevoegd aan het elektronisch patiëntendossier. In het algemeen ziekenhuis waar er wordt gewerkt met een gefinancierde coach zorg neemt de coach zorg dit voor haar rekening, aangezien zij als medewerker van het ziekenhuis reeds toegang heeft tot de patiëntendossiers. In het andere algemeen ziekenhuis werd een aparte knop toegevoegd aan het patiëntendossier waar de coach werk de terugkoppeling kan uploaden. Deze informatie is beschikbaar voor alle betrokken zorgprofessionals in de vindplaats. In andere vindplaatsen gebeurt de terugkoppeling hoofdzakelijk via e-mail naar de doorverwijzer en worden complexe casussen indien gewenst mondeling besproken in een individueel gesprek of tijdens een gezamenlijk overleg. De manier waarop wordt teruggekoppeld lijkt van ondergeschikt belang, **cruciaal lijkt dat de terugkoppeling structureel is en dat er duidelijke afspraken worden gemaakt over datadeling en cliëntent toestemming zodat zorgprofessionals weten hoe en wanneer zij terugkoppeling van de coach werk kunnen verwachten.**

Algemeen genomen zijn de cliënten zeer tevreden over de integratie van de dienstverlening van de coach werk binnen de bredere werking van de vindplaats. De samenwerking tussen de coach werk en de betrokken zorgverleners op de vindplaats wordt door cliënten als overwegend positief ervaren (Figuur 25). Een sterk signaal van cliënten dat wijst op een goede inbedding van de ondersteuning door de coach werk in het zorgtraject van cliënten. De vaak uitgebreide terugkoppeling door coaches werk wordt hier ook door de zorgprofessionals als een belangrijke succesfactor ervaren om nadien ook cliënten beter te kunnen opvolgen en ervoor te zorgen dat volgende stappen in het activeringstraject zo goed als mogelijk een plaats krijgen in het zorgtraject van cliënten.

Figuur 25 Tevredenheid over de samenwerking tussen coach werk en de zorgprofessionals op de vindplaats



Bron: bevraging einddoelgroep, n=50; eenheden zijn frequenties

Ondanks dat de samenwerking en afstemming tussen de zorgprofessionals en de coach werk positief wordt ingeschat, blijken respondenten iets meer verdeeld over de adequate timing van de ondersteuning in hun ziekte of herstelproces (zie ook sectie 3.2 m.b.t. uitdagingen van zorgprofessionals). Ongeveer 6 op 10 geeft aan dat het moment van ondersteuning niet te vroeg kwam in hun ziekte- of behandelingsproces, maar volgens ongeveer 2 op 10 cliënten kwamen de gesprekken met de coach werk te vroeg in hun herstelproces (zie Figuur 26). Omwille van het beperkt aantal respondenten kunnen we geen valide uitspraken doen over significante verschillen tussen cliëntgroepen, maar op basis van de verkregen antwoorden lijken er geen grote verschillen te zijn naar het type vindplaats waar cliënten worden opgevolgd, noch naar de reden van arbeidsongeschiktheid. Cliënten die minder dan 1 jaar arbeidsongeschikt zijn lijken iets vaker aan te geven dat de ondersteuning voor hen te vroeg kwam.

Figuur 26 Tevredenheid over het moment van de gesprek(ken)



Bron: bevraging einddoelgroep, n=50; eenheden zijn frequenties

8.2.3 Een gedeelde visie over het belang van activering en werk in het herstelproces

Een gedeelde visie over het belang van werk en activering in het herstelproces lijkt een belangrijke succesfactor te zijn in de verschillende vindplaatsen. Zoals hierboven besproken in het licht van de toeleiding van cliënten, kan men zonder gedeelde visie over het belang van werken moeilijk draagvlak creëren voor het project. Voor het welslagen van het project en een vlotte doorverwijzing is het belangrijk dat zorgprofessionals zelf het belang inzien van werken voor de gezondheid van mensen. Projecten gaan hier op verschillende manieren mee om afhankelijk van de bestaande visie van de vindplaats en op welke manier betrokken zorgprofessionals hier naar kijken.

Uit de interviews met de coaches werk, de projectcoördinatoren, regionale bruggenbouwers (die onder andere verantwoordelijk zijn voor de rekrutering van vindplaatsen) en zorgprofessionals komt sterk naar voren dat in vindplaatsen en (multidisciplinaire) teams waar werk wordt gezien als integraal onderdeel van zorg de bereidheid groter is om deel te nemen aan dit project. Gezien de geringe looptijd van het project werd door verschillende projecten indien mogelijk in een eerste fase vindplaatsen geselecteerd waar werk een prominente plaats inneemt. Meestal gaat het hier over vindplaatsen waar men reeds in het verleden succesvol mee heeft samengewerkt. Voor vindplaatsen waar het thema werken minder op de radar staat is het belangrijk dat er **extra tijd wordt voorzien tijdens het rekruteringsproces voor het creëren van draagvlak bij de vindplaats**. Dit is zeker het geval bij koude prospectie of vindplaatsen waar men nog niet mee heeft samengewerkt. Het neemt tijd om naar directies te gaan, naar afdelingen van vindplaatsen, naar sociaal medewerkers,... Het is ook niet altijd evident om een goede ‘toegangspoort’ te vinden, dit kan variëren afhankelijk van de organisatie, bijvoorbeeld een coördinator, sociaal assistent, of een arts – specialist. Sommige projecten proberen eerst ingang te vinden bij het management van de organisatie waarbij anderen eerst betrokken zorgprofessionals proberen te benaderen. Een van de projecten zei dat men meestal probeert om zowel van bovenuit als van onderuit draagvlak te creëren voor het project, men sprak hier van de ‘sandwich’-benadering. Het delen van succesverhalen, positieve ervaringen en resultaten helpt om de potentiële meerwaarde te schetsen voor vindplaatsen. Volgens sommige projecten helpt het ook om getuigenissen te brengen om op die manier de meerwaarde van het project te kunnen aantonen. Andere succesvolle argumenten zijn ontzorging en de gratis dienstverlening. Er zijn geen directe kosten verbonden voor de organisatie of de cliënten en de dienstverlening heeft een drempelverlagende werking voor cliënten en helpt zorgprofessionals in de ontzorging door administratieve ondersteuning, informatievoorziening en de aanwezigheid van een in-house expert over werk en zorg voor de ondersteuning van cliënten en zorgprofessionals. Klarheid over de dienstverlening, de effecten van de dienstverlening en het mandaat van de coach werk dragen bij tot het creëren van een duidelijke visie over het belang van werk en activering in het zorgproces van waaruit de coach werk vertrekt voor de dienstverlening in de vindplaats. De personen die instonden voor prospectie geven aan dat er gemiddeld gemakkelijk 6 maanden moet gerekend worden om nieuwe vindplaats te rekruteren. Ze moeten hen bereiken/identificeren, overtuigen, een afsprakenkader opstellen, afstemmen met de DPO en ervoor te zorgen dat men op één lijn staat en werkafspraken duidelijk zijn voor een succesvolle opstart. Projectcoördinatoren geven aan dat men dit heeft onderschat, zeker bij projecten waar een aanzienlijk deel van de samenwerking met vindplaatsen is ontstaan uit koude prospectie. Visievorming is ook geen eenmalige oefening, maar een proces dat continu tot stand komt en waar blijvend moet op worden ingezet. Belangrijk is dat hierbij niet enkel het management of de coördinatoren van de vindplaatsen worden betrokken, maar dat hier ook zorgprofessionals zijn vertegenwoordigd. Niet alle zorgprofessionals die deel uitmaken van eenzelfde team kijken altijd op eenzelfde manier naar het thema werk. Een van de zorgprofessionals getuigt:

“Sommige collega’s zijn nog niet mee. Die zien werk niet als hun verantwoordelijkheid.”
(zorgprofessional)

Vandaar het belang om te **investeren in gezamenlijke visievorming**, in gezamenlijke momenten tijdens bijvoorbeeld een teamoverleg of een MDO waarin het belang van werk in herstel wordt besproken. Coaches werk geven aan dat herhaling hier belangrijk is.

“Je gaat niet van de eerste keer een heel enthousiaste reactie krijgen bij iedereen. Het kost wat tijd he, maar als men dan de meerwaarde ziet en inziet dat het eigenlijk vanuit de vindplaats en de zorgprofessionals niet echt de grote inspanningen zijn, dan kun je eigenlijk veel mensen overtuigen hoor.” (projectcoördinator).

Het is duidelijk dat een coach werk dit niet alleen kan. Uit de casestudie komt naar voren dat er een belangrijke rol is weggelegd voor een **trekker-believer vanuit de vindplaats**. De trekker-believer is een zorgprofessional tewerkgesteld in de vindplaats die het project intern mee vormgeeft, ondersteunt en zichtbaar maakt bij de andere betrokken zorgverleners. Dit kan een coach zorg zijn, maar evengoed een betrokken sociaal werker, psycholoog of arts (die niet wordt gefinancierd vanuit het project). De aanwezigheid van een interne trekker-believer helpt voor het versterken van draagvlak binnen de organisatie en het onder de aandacht brengen van het thema werk en activering bij collega zorgverleners.

Verder komt naar voren dat een **gebrek aan inspraak van zorgverleners bij de opstart van het project leidt tot minder eigenaarschap**. Uit de casestudie komt sterk naar voren dat de mate waarin zorgprofessionals op de vindplaats zich herkennen in de doelstellingen van de dienstverlening en ruimte krijgen om mee de dienstverlening op maat in te vullen een belangrijke invloed heeft op een succesvolle implementatie. Als zorgverleners tijdens de opstartfase niet worden betrokken bij de keuze of concrete vormgeving van de dienstverlening in de vindplaats voelen ze minder eigenaarschap met gevolgen voor de implementatie, samenwerking met en doorverwijzing naar de coach werk. In een van de vindplaatsen werd bij de opstart de dienstverlening en toeleiding van cliënten uitgewerkt door de coach werk in samenspraak met de vindplaatsmanager en een betrokken loopbaancoach. De huisartsen werden niet meegenomen tijdens dit proces met nadelige gevolgen voor draagvlak bij deze groep zorgverleners en beperkte doorverwijzing. Een van de huisartsen getuigt:

“We hadden niet het idee dat we inspraak hadden in hoe het project werd vormgegeven” (zorgprofessional, Arzo).

Tijdens de opstartfase is het belangrijk om voldoende afstemming en inspraak door zorgprofessionals te voorzien zodat de dienstverlening goed kan inspelen op de noden van de betrokken zorgprofessionals en einddoelgroep. De casestudie toont aan dat er geen één uniforme aanpak is aangewezen, maar dat een succesvolle dienstverlening steeds is afgestemd op de werking van de vindplaats en specifieke kenmerken van de doelgroep.

Een ander **hinderend effect voor het creëren van draagvlak bij zorgprofessionals op de vindplaats is het gebrek aan structurele verankering**. De projectmatige aard van de dienstverlening werd door de verschillende betrokken zorgverleners als een van de grote kwetsbaarheden van dit project gezien. Onzekerheden over de toekomst van de dienstverlening zorgt voor ongerustheid bij de zorgverleners voor de continuering van de dienstverlening.

“Als het project terug wegvallt zal de aandacht voor het thema werk terug verzwakken. En zullen we ons minder gesterkt voelen” (zorgprofessional, AZ Rivierenland).

“Stopzetting van het project zou een groot verlies zijn” (zorgprofessional, WGC De Ridderbuurt).

8.3 Factoren m.b.t. de opzet en het beheer van de oproep

8.3.1 Lancering en voorwaarden kandidaatstelling oproep

De oproep vereiste dat **projecten werden ingediend per provincie**, maar liet de ruimte voor de goedkeuring van meerdere projecten binnen eenzelfde provincie. De keuze voor provinciale projecten werd ingegeven om ook kleinere organisaties een kans te geven alsook om een goede geografische spreiding binnen Vlaanderen te kunnen garanderen. Organisaties dienden per provincie maximaal één projectvoorstel in te dienen. De organisaties waren hierbij vrij om in te tekenen en zich dus te engageren voor het geheel of een deel van het aantal toe te leiden personen voor elk van de provincies zoals gespecificeerd in de oproepfiche. De projecten werden beoordeeld door 2 lezers en gerangschikt op basis van de behaalde score tot het engagement op niveau van de provincie bereikt werd. Deze aanpak resulteerde in 8 goedgekeurde projecten. De projecten waren verspreid over 5 provincies, waarbij in de provincies Antwerpen, Oost-Vlaanderen en Limburg telkens twee projecten opereerden.

De aanwezigheid van **verschillende projectorganisaties binnen eenzelfde geografische regio bracht zowel opportuniteiten als uitdagingen met zich mee**. De organisaties actief in dezelfde regio beschouwen zich vaak als complementair omwille van de verscheidenheid in vindplaatsen en finale doelgroepen waarop ze zich richten. Daarbij wordt vaak verwezen naar het onderscheid tussen projecten die zich meer richten op de algemene of de geestelijke gezondheidszorg. Zo kan de aanwezigheid van meerdere organisaties binnen een regio ook het bereik en de klantgerichtheid van de dienstverlening ten goede komen. Echter, dit onderscheid is niet steeds even eenduidig (vb. psychiatrische afdeling binnen een algemeen ziekenhuis) en heeft er in sommige grotere vindplaatsen toe geleid dat meerdere organisaties actief zijn binnen eenzelfde vindplaats. Zeker in die gevallen bestaat volgens projectmedewerkers het risico dat verschillen in methodieken en afspraken verwarrend kunnen zijn voor zowel de zorgprofessionals op de vindplaatsen als voor de cliënten.

De opdeling in meerdere provinciale projecten, alsook het feit dat sommige werkingen voortbouwden op projecten die gekend waren onder andere noemers (vb. We Go To Work, VIP project) hebben zorgden voor een zeker **gebrek aan uniformiteit en herkenbaarheid** van de dienstverlening ondersteund binnen deze oproep. De betrokken actoren geven aan dat deze versnippering extra inspanningen hebben gevergd bij het rekruteren van de vindplaatsen, omdat gelijkenissen en verschillen met voorgaande projecten en/of andere projecten in de provincie steeds zorgvuldig dienden te worden geduïd.

Verder werd de mogelijkheid voorzien in de oproepdocumenten om **met meerdere organisaties of als (bestaand) partnerschap tussen organisaties** met diverse expertise een

gezamenlijk dossier in te dienen. Emino en GTB maakten bijvoorbeeld van deze mogelijkheid gebruik en dienden gezamenlijk een dossier in voor elk van de vijf provincies onder de projectnaam 'Werkschakel'. Projectcoördinatoren gaven aan dat er **onvoldoende tijd** was tussen bekendmaking en daadwerkelijk opstart van de oproep **voor een diepgaande verkenning van de samenwerkingsmogelijkheden** met relevante organisaties. Dit kan in zekere zin worden beschouwd als een gemiste kans. Literatuur geeft namelijk aan dat het poolen van middelen op niveau van een partnerschap hoewel niet evident ook collectieve betrokkenheid kan verhogen en versnippering en het risico op afschaffing bij legislatuurwissel kan verminderen (Struyven et al., 2023)

8.3.2 Looptijd en financiering

De oproep voorziet een looptijd van 23 maanden. Deze **bepaalde looptijd** en het projectmatig karakter van de oproep wordt door diverse betrokkenen als knelpunt ervaren. Het uittekenen van samenwerkingen met vindplaatsen en het opstarten van de dienstverlening (incl. aanwerven personeel) vergt veel tijd bij aanvang van projecten. Bovendien stellen betrokkenen vast dat naarmate de einddatum van de oproep nadert, ook steeds vaker een bezorgdheid wordt geuit omtrent de onzekerheid over de continuering van de dienstverlening. Hierdoor werden inspanningen van de projectcoördinatoren en bruggebouwers om nieuwe vindplaatsen te rekruteren ook enige tijd voor de einddatum van het project stopgezet. Een langere looptijd dan wat binnen deze oproep was voorzien, had projecten de kans gegeven om meer en vooral langer in te zetten op het rekruteren van vindplaatsen en het duurzaam uitbouwen van samenwerkingen.

Het oproepkader voorziet dat het aangevraagde **subsidiebedrag per project** dient te worden gebaseerd op het aantal personen waartoe dat project zich engageert om zich in te schrijven bij VDAB. Per persoon kon maximaal € 750 budget worden aangevraagd. Slechts één project bleef substantieel onder dit maximale subsidiebedrag. Het grootste deel van het budget gaat naar de inzet van de coaches werk. In sommige projecten wordt ook een betrokken zorgprofessional, de zogenaamde coaches zorg, gefinancierd. De personeelsmiddelen zijn vaak versnipperd over deeltijdse medewerkers. Daarover geven sommige projecten aan dat een voltijdse coach werk efficiënter zou zijn, maar dat dit praktisch en budgettair moeilijk te realiseren is. Tegelijkertijd wordt het door sommige projectcoördinatoren als een meerwaarde gezien dat de coach werk nog deels betrokken is bij de dienstverlening van de eigen organisatie los van het project. In de meeste projecten worden naast personeel ook een klein deel van de middelen gespendeerd aan communicatie, registratie, samenwerking en algemene werkingskosten. Projectcoördinatoren geven weliswaar aan dat het gebrek aan structurele en langdurige financiering een uitdaging vormt voornamelijk voor het behouden van opgebouwde expertise, personeel en netwerken.

Op basis van de informatie die we ter beschikking hebben (uit de projectaanvragen en een eerste pilootinterview met een van de projectcoördinatoren van Werkschakel) blijkt dat het aantal betrokken coaches werk varieert. Sommige projecten kiezen ervoor om slechts 1 coach werk (1 VTE) in te zetten op dit project, terwijl Werkschakel over de 5 provincies heen ongeveer 100 coaches werk (en zorg) inzet (zie Tabel 6).

Tabel 6 Preliminair* overzicht betrokken arbeidsprofessionals tewerkgesteld door projecten

Provincie	Projectnaam	Projectleider	Aantal arbeidsprofessionals
Antwerpen	WEB Werkt	Web	1 VTE (willen graag coach inzetten die heeft gewerkt aan projecten 'open hiring' en VIA outreach en activering)
Antwerpen	Werkschakel	Emino	8,7 VTE (opgedeeld in 26 coaches werk en zorg)
Limburg	Job Art	Job Assist	1 VTE (1 dag voor 5 vindplaatsen, met halve dag zitdag en halve dag voor infosessies of groepssessies)
Limburg	Werkschakel	GTB	5,9 VTE (opgedeeld in 23 coaches werk en zorg)
Oost-Vlaanderen	Werkschakel	GTB	7,8 VTE (opgedeeld in 0.2 VTE = 21 coaches werk en zorg)
Oost-Vlaanderen	Netwerk GGZ	IBW Zagan	2.6 VTE verdeeld over 4 VIP-coaches (spreken over VIP coaches), VIP-coaches zullen met minimale frequente van 1 dagdeel per maand aan vindplaats verbonden zijn. Specifiek: 1.2 VTE voor regio Gent, 0.40 VTE voor Vlaamse Ardennen, 0.50 VTE voor Meetjesland, 0.50 VTE voor Aalst
Vlaams-Brabant	Werkschakel	Emino	5,7 VTE (opgedeeld in 9 coaches werk. In VL-B zijn er enkel coaches werk actief)
West-Vlaanderen	Werkschakel	GTB	6,4 VTE (opgedeeld in 25 coaches werk en zorg)

Noot: Gegevens in deze tabel zijn gebaseerd op de projectaanvraag. Doorheen de looptijd van de projecten kan dit variëren naargelang het aantal vindplaatsen of personeelsswissel.

De beschikbare projectmiddelen zijn voor 80% gebaseerd op werkelijke kosten en voor de overige 20% op behaalde resultaten. Die **resultaatsfinanciering** is gelinkt aan de bijdrage tot het gezamenlijk engagement om 12.000 extra personen toe te leiden naar VDAB (10%) alsook aan de realisatiegraad van het project-specifieke engagement (10%). De meeste projectcoördinatoren springen vrij conservatief om met hun begroting en rekenen niet of slechts deels op de middelen die resultaatsafhankelijk zijn om risico's te beperken.

Literatuur geeft aan dat sturing op basis van financiële incentives risico's op opportunistisch gedrag (vb. afkomen of parkeren van cliënten) of ondermaatse dienstverlening met zich mee kan brengen, maar evengoed kan bijdragen tot effectievere en efficiëntere inzet van middelen en een sterke(re) focus op de cliënt (Struyven et al., 2023). Het financieringsmodel met gedeeltelijke resultaatsfinanciering dat wordt gehanteerd binnen de oproep kan maar heeft zeker niet in alle settings een impact gehad op de dienstverlening van de coach werk. Op basis van de interviews met de coaches werk blijkt namelijk dat sommige coaches slechts in beperkte mate weet hebben van het feit dat een deel van de projectfinanciering afhankelijk is van de inschrijvingen bij VDAB en hier dus geen effect van ervaren. Bij de coaches werk die wel op de hoogte van de financieringsstructuur van het project, stellen we vast dat de **resultaatsfinanciering de dienstverlening soms op een subtile of indirecte manier beïnvloedt** en kan leiden tot aanpassingen in de gehanteerde aanpak of keuzes. Coaches werk geven bijvoorbeeld aan dat ze hun dienstverlening zoveel mogelijk proberen te enten op de noden van de cliënt, maar dat ze – zeker bij twijfelgevallen – neigen of druk ervaren om een inschrijving bij VDAB (sneller) te overwegen of meer nadrukkelijk te stimuleren.

“Goh, ik ben daar [de resultaatsfinanciering] niet zo'n fan van. Ik vind... allez, je moet echt zien naar de situatie. En je moet kijken van bij welke persoon past dat het beste. En als dat geen stap naar VDAB is, dan is dat zo. Dat gaat mijn keuze daarin echt niet beïnvloeden.

Totaal niet. Maar als ik merk van, dat is een twijfelgeval, dan zou ik wel eerder richting VDAB durven gaan.” (coach werk)

De financieringswijze kan ook invloed hebben op het aantal cliënten die worden gezien door de coach werk, de intensiteit van de dienstverlening en de prioritering van bepaalde cliënten.

“Doordat we weten dat er iets aan vast staat, gaan we misschien wel sneller afsluiten zodat we nieuwe instroom kunnen hebben.” (coach werk)

8.3.3 Projectmonitoring

De oproepfiche verwijst uitsluitend naar de monitoringsgegevens die door VDAB ter beschikking worden gesteld van het aantal opgestarte re-integratietrajecten met goedkeuring van de ziekenfondsen per provincie. **Rapporteringsverwachtingen of richtlijnen** werden niet geëxpliciteerd in de oproepfiche en dienden bijgevolg bij de opstart van de projecten in 2024 door het toenmalig departement WSE en in samenspraak met de projecten verder te worden geformuleerd. Verschillende projectcoördinatoren gaven aan deze onduidelijkheid en laattijdige communicatie inzake rapporteringsrichtlijnen als hinderend te hebben ervaren onder meer omwille van de extra werklust die hiermee gepaard ging.

Concreet wordt van de projecten verwacht dat ze minimaal bijhouden hoeveel personen via individuele en collectieve acties worden bereikt en wat het vermoedelijke resultaat in termen van een selectie van mogelijke (tussen)stappen richting werk voor de deelnemers. De rapportering van het vermoedelijke of ingeschatte resultaat wordt eveneens als basis gebruikt voor de opvolging van het project-specifieke engagement en bijhorende resultaatsfinanciering. Diverse actoren **plaatsten kanttekeningen bij deze aanpak voor projectopvolging**. Ten eerste gaat het slechts om **een inschatting van het resultaat door de coach werk en niet om een vastgesteld resultaat**. Dit is hoofdzakelijk het gevolg van de beperkte mogelijkheden of toelatingen om informatie over de deelnemers te koppelen aan administratieve data beschikbaar bij andere dienstverleners waaronder VDAB. Ten tweede ligt de **focus van de monitoring op de korte termijn effecten** inzake terugkeer naar werk en laat deze geen opvolging van langere termijn effecten of andere resultaatsgebieden toe (vb. evolutie arbeidsongeschiktheid, empowerment ...). Ook dit heeft deels te maken met het feit dat er geen persoonsgegevens beschikbaar zijn ten gevolge van GDPR regelgeving, wat het nagenoeg onmogelijk maakt om lange(re) termijn effecten op te volgen. Onder de geconsulteerde coaches leeft ook een gemengd gevoel en zekere bezorgdheid over de nadruk op korte termijn, meetbare resultaten en de beperkte erkenning van andere effecten van hun dienstverlening. Zij zijn van mening dat de monitoring en bijhorende resultaatsfinanciering daarom niet volledig recht doet aan de complexiteit en waarde van hun werk.

“Als hulpverlener merk ik dat ons doel vooral is om je cliënt zo goed mogelijk te helpen en ondersteunen. Tegenover vanuit het project is onze opdracht eigenlijk mensen aanmelden bij VDAB.” (coach werk, PC Sint-Hieronymus)

Ten derde bevat het monitoringsysteem **geen informatie met betrekking tot de activiteiten voor en effecten op de zorgprofessionals binnen de welzijns- en zorgsettings**. Hierdoor is het

niet alleen moeilijk om de potentiële meerwaarde van de dienstverlening voor de zorgsector cijfermatig op te volgen, maar blijven ook de inspanningen geleverd door bruggenbouwers, projectcoördinatoren en/of coaches werk in het kader van de rekrutering en het uitbouwen van een samenwerking op maat van de vindplaats onderbelicht. Mede als gevolg van deze ervaren tekortkomingen van de minimale monitoringsverplichtingen, opteeden sommige projecten om bijkomende aspecten van de dienstverlening te monitoren. Echter, ook zij ervaren het als een uitdaging om de opzet van het monitoringsysteem relevant en haalbaar te houden en daarbij steeds privacy en GDPR-wetgeving te respecteren.

8.3.4 Coördinatie, kennisdeling en afstemming op het niveau van de oproep

De **samenwerking met het Departement WSE/WEWIS** wordt overwegend positief ervaren door de projectcoördinatoren. Vooral de bereikbaarheid, responsiviteit en ondersteunende houding van de betrokken beleidsmedewerker zijn hierin cruciaal.

Afstemming tussen de projecten gebeurt in grote mate ad hoc op initiatief van het departement WSE/WEWIS, naar aanleiding van concrete vragen of behoeften die werden gesignaleerd door betrokken actoren. Tijdens dergelijk werkgroepoverleg²⁹ werden op aangeven van de projectcoördinatoren, de beleidsmedewerker van het departement of andere actoren (VDAB, mutualiteiten) topics gezamenlijk besproken zoals projectmonitoring, het evaluatieonderzoek, de afstemming/samenwerking met VDAB en de ziekenfondsen. Projectcoördinatoren gaven aan daarnaast ook onderling **bilaterale contacten** te onderhouden, zeker in de provincies waar meerdere projecten werkzaam zijn met het oog op het realiseren van een efficiënte en geschikte match tussen de projecten en vindplaatsen. Tot slot werden binnen het kader van sommige projecten ook **lerende netwerken** georganiseerd waaraan coaches werk en zorg, maar ook soms externe actoren (VDAB, ziekenfondsen) deelnamen.

8.4 Factoren m.b.t. afstemming en inbedding van projecten in de Vlaamse context

De dienstverlening van de coach werk vindt plaats binnen een complex en snel evoluerend activeringslandschap. Een goede afstemming met andere sleutelactoren zoals VDAB, mutualiteiten en zorgactoren is cruciaal voor een effectieve ondersteuning van cliënten. Op basis van de casestudie leren we dat coaches werk op een aantal hinderende elementen botsen die een goede voorbereiding van cliënten en een goede continuering van de dienstverlening naar terug-naar-werkcoördinatoren en VDAB verhinderen. We bespreken op welke manier hier werd mee omgesprongen en belichten een aantal werkzame elementen die

²⁹ Werkgroepoverleg vond o.a. plaats op 20/01/2025 en 07/05/2025.

bij dragen aan een betere doorverwijzing, gegevensuitwisseling en samenwerking met VDAB en mutualiteiten.

Versterken van vertrouwen en wederzijds respect

Een goede samenwerking tussen alle betrokken actoren veronderstelt dat men elkaar vertrouwt en de meerwaarde van elkaars rol kent. In de praktijk bleken er aanvankelijke misverstanden en een zeker wantrouwen te bestaan tussen verschillende sleutelactoren, zoals de coaches werk en de terug-naar-werkcoördinatoren. Dit wantrouwen kwam deels voort uit de versnipperde communicatie en het controlerende beeld van instanties. Zulke percepties creëren ook angst bij cliënten en terughoudendheid bij zorgverleners om samen te werken. Intervisiemomenten tussen coaches werk en terug-naar-werkcoördinatoren, georganiseerd door het RIZIV, hielpen om de wederzijdse waardering te laten groeien en de kloof tussen beiden te overbruggen. Ook de deelname aan de Ronde van Vlaanderen door de verschillende projecten, op uitnodiging van VDAB, heeft ervoor gezorgd dat de stakeholders betrokken in de verschillende provincies met elkaar konden kennismaken. Dit sluit aan bij bevindingen van Godderis (2019), die benadrukt hoe belangrijk het is om de kloof tussen de zorg en de werkomgeving te overbruggen. Aanvankelijke spanningen in de beginperiode, voornamelijk met betrekking tot onduidelijkheden over verschillen tussen coaches werk en TNW-coördinatoren en bezorgdheden over de overlap tussen de projectoproep en de reguleren werking van TNWC's, zijn geëvolueerd naar een beter begrip tussen beide actoren. Toch blijft er sprake van een zeker wantrouwen en versnipperde communicatie vanuit de verschillende instanties, wat de samenwerking belemmert.

Duidelijke rolverdeling en afbakening

Een tweede succesfactor voor een goede samenwerking en doorverwijzing is een heldere afbakening van verantwoordelijkheden tussen coaches werk, terug-naar-werkcoördinatoren en VDAB-medewerkers (servicelijn, intensieve dienstverlening). Uit de casestudie blijkt dat afspraken vaak ad hoc of per casus worden gemaakt. Bovendien vinden afspraken vaak plaats tussen medewerkers onderling. Dit leidt tot onduidelijkheden. Coaches werk tasten soms af hoeveel zij al dan niet moeten doen ter voorbereiding op doorverwijzing van een cliënt, en VDAB-bemiddelaars zijn niet altijd op de hoogte van wat er reeds is gebeurd. Structurele afspraken zijn hier aangeraden om overlap of hiaten in de dienstverlening te vermijden, problemen bij personeelwissels te voorkomen en grote regionale verschillen tegen te gaan. In de wetenschappelijke literatuur wordt het belang van structurele afspraken onderstreept om op uitvoerend niveau frustratie en onduidelijkheden te voorkomen (Van Dooren et al., 2011; Knipprath & Bogaert, 2021). In deze context betekent dit duidelijke afspraken over hoe en wanneer coaches werk een cliënt doorverwijzen of overdragen aan de TNWC of VDAB, welke informatie daarbij minimaal moet worden doorgegeven, en hoe de gegevensuitwisseling kan verlopen.

Een terugkerende uitdaging is het gebrek aan duidelijke informatie over wat VDAB precies verwacht bij inschrijving van cliënten. Zo geven coaches werk aan dat ze onvoldoende zicht hebben op welke elementen voor medewerkers van de servicelijn belangrijk zijn om cliënten correct door te verwijzen naar gepaste dienstverlening. Deze onduidelijkheid maakt het moeilijk om cliënten optimaal voor te bereiden op een vlotte inschrijving. Wanneer cliënten aangeven zich graag zelf in te schrijven bij VDAB, probeert de coach werk hen zo goed mogelijk voor te bereiden op een goede inschrijving. Ze overlopen met de cliënt welke informatie belangrijk is om mee te geven tijdens het telefoongesprek met de servicelijn, zodat VDAB over de nodige informatie beschikt om de cliënt door te verwijzen naar de gepaste dienstverlening.

Toch verloopt het ondanks die voorbereiding soms mis bij zelfinschrijving. In zulke gevallen nemen coaches werk meestal een remediërende rol. Het gebeurt dat coaches werk bij zelfinschrijving en ‘verkeerde doorverwijzing’ achteraf moeten remediëren om samen met de cliënt de juiste informatie te bezorgen aan VDAB. Een van de coaches werk schetst het als volgt:

“Ik had nu een dame die zelf gebeld heeft [om zich in te schrijven bij VDAB]. Ze hebben haar nu als werkloos ingeschreven, terwijl ze op ziekte staat. Versta ja, Ik had echt opgeschreven voor haar wat ze moest zeggen: dat je in route C zit, je moet zeggen dat je een afspraak wilt voor IDV [intensieve dienstverlening]. Ze gaan je dan een belafpraak geven en je moet al kort zeggen wat of hoe. Ze wilde het zelf doen omdat ze het confronterend vond, maar hebben het nu dan toch samen gedaan. We hebben opnieuw samen gebeld om te zorgen dat het juist stond.”

Dit voorbeeld toont aan hoe belangrijk het is dat coaches werk flexibel kunnen inspelen op hiaten of misverstanden in het proces. Bovendien bevinden coaches werk zich vaak in een spanningsveld tussen enerzijds het goed voorbereiden op een goede aanmelding, cliënten te motiveren om stappen te zetten richting werk en anderzijds het vermijden van dubbel werk, zowel voor de cliënt als voor andere dienstverleners. Onduidelijkheden in de rolverdeling en verantwoordelijkheden bemoeilijken een goede continuering van de dienstverlening en zorgt voor onnodige stress bij coaches werk. Een coach werk verwoordde de spanning als volgt:

“Als coach werk ben ik me er heel goed van bewust dat VDAB ook nog een hele loop, een proces moet lopen. En ik zit daar vré op te zoeken van... ja je probeert mensen klaar te stomen voor VDAB. Ze hebben daar nog een heel proces te doorlopen dus ik moet hier niet teveel tijd in investeren. Ik moet zorgen dat ze op een goede manier worden aangemeld dat het voor de klant geloofwaardig is en dat ze geloven ‘ik ga geholpen worden’. Want ik kan hier bepaalde dingen zeggen, maar je wilt ook niet dat ze dubbel werk. Dat vind ik een hele moeilijke; Ik vind dat een hele stressor in mijn job. ...en iedereen vindt dat een stressor. De klant vindt dat een stressor” (coach werk).

Coaches werk moeten voortdurend afwegen hoeveel ondersteuning ze bieden aan cliënten zonder het traject van VDAB te doorkruisen. Ze willen cliënten motiveren in het nemen van volgende stappen en goed voorbereiden, maar lopen daarbij het risico dat ze taken uitvoeren die formeel niet tot hun rol behoren. Tegelijkertijd willen ze ook vermijden dat cliënten verschillende keren hun zelfde verhaal moeten doen en het gevoel krijgen van inefficiëntie van

hun traject. Deze spanning vraagt om duidelijk afspraken en afstemming tussen alle betrokken actoren, zodat de coaches werk hun rol met vertrouwen en helderheid kunnen opnemen.

Een andere uitdaging waar coaches werk mee worden geconfronteerd is het vinden van een goede balans tussen het goed informeren en motiveren van cliënten in het nemen van stappen in hun activering zonder te raken aan het beslissingsrecht van mutualiteiten en VDAB. Coaches werk geven aan dat het niet altijd eenvoudig is om cliënten te motiveren en warm te maken voor activering zonder in te zoomen op concrete mogelijke stappen in functie van informatie op maat van de cliënt. Een van de coaches werk:

“Ze verwachten dat we doorverwijzen. Je wilt een zo goed mogelijke doorverwijzing doen, maar we mogen niet benoemen welke trajecten er zijn.[...]. VDAB wil dat zij de inschatting maken. Hoe leg je dat uit aan de cliënt? Allé dan verwacht ik van hen hier ook wel wat handvaten of tips van hoe we dat kunnen formuleren. Dat is wel een heel moeilijke vind ik en ik bots daar nu wel soms tegen. Oké, je maakt mensen nu warm voor iets, maar voor wat, ja, dat weten ze niet. Daarvoor moeten ze zich eerst inschrijven bij VDAB en ze gaan u daar de uitleg wel doen... dat vind ik wel een jammere”.

Coaches werk proberen dit die zo goed als mogelijk op te vangen, maar het blijkt **niet altijd evident om concreet genoeg te gaan om mensen te kunnen motiveren zonder mensen valse hoop te geven en aan het beslissingsrecht van VDAB en mutualiteiten te raken.**

“Eigenlijk is het gewoon aan ons om die inschrijving te doen en dan zouden ze bij VDAB die inschatting moeten doen. Dus ik probeer het eigenlijk wel al een beetje te doen zonder letterlijk te benoemen welk traject. Omdat mensen, ja die willen ook geïnformeerd zijn en weten waar ze aan beginnen. En wat denk ik net de drempel lager maakt dan dat je zegt van ga maar naar VDAB en ze leggen het daar wel uit. Als ik het inschat bijvoorbeeld voor IPS. Dan benoem ik het niet letterlijk, maar ik leg het wel uit.”

Gegevensuitwisseling en open communicatie

Een praktische, maar belangrijke uitdaging betreft de informatie-uitwisseling tussen de sleutelactoren. Het huidige wetgevend kader en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) beperkt directe gegevensuitwisseling over cliënten tussen coaches werk, TNWC's en VDAB. Informatie-uitwisseling dient in principe via de cliënt zelf te gebeuren³⁰. In de praktijk proberen coaches werk dit te ondervangen door bij doorverwijzing een verslag of actieplan mee te geven aan de cliënten die ze dan kunnen bezorgen aan hun TNW coördinator en/of bemiddelaar bij VDAB. Ook komt het voor dat, op vraag van de cliënt, er direct contact is tussen de coach werk en de TNWC of bemiddelaar bij VDAB om een warme overdracht te kunnen doen. Soms gebeurt dit vooraf schriftelijk of telefonisch. Coaches geven aan dat het voor sommige cliënten geruststellend is als de coach op voorhand al eens contact kan opnemen met de bemiddelaar om de situatie van de cliënt te schetsen. Soms gebeurt de

³⁰ Zoals beschreven in de [projectoprop](#)

overdracht van informatie onder de vorm van een trio-(telefoon)-gesprek. Het gebeurt ook dat coaches werk hun contactinformatie meegeven aan de cliënt zodat dit kan worden gedeeld met de TNWC of bemiddelaar bij VDAB zodat men kan contact opnemen indien nodig. Directe gegevensuitwisseling tussen de sleutelactoren is zeker geen standaard praktijk, maar bij complexe cases wordt dit, mits instemming van de cliënt, als zeer waardevol gezien. Holmlund et al. (2023) benadrukken dat de balans tussen privacy en continuïteit een ethisch delicate is, maar dat het gestructureerd delen van relevante informatie cruciaal is om alle betrokkenen op één lijn te krijgen. Vandaar ook de afstemming met de DPO's van DWSE en VDAB op oproepniveau als met de DPO's op de verschillende vindplaatsen. **Duidelijke afspraken over de verschillende mogelijkheden voor gegevensuitwisseling** zijn cruciaal zodat continuïteit kan gewaarborgd blijven bij personeelwissels en over de verschillende projecten.

Een gebrekkige informatiedoorstroom tussen organisaties kan ervoor zorgen dat vindplaatsgerichte ondersteuners moeilijk een totaalbeeld van iemands traject krijgen, waardoor tijd en middelen inefficiënt worden ingezet (Van Dooren et al., 2011). Onze bevindingen liggen in lijn hiermee. Coaches werk en TNWC's organiseren nu soms informeel overleg waarbij complexe cases en knelpunten anoniem (zonder het vermelden van cliëntspecifieke informatie) worden besproken. Dit gebeurt zowel formeel als informeel per telefoon of email. Deze uitwisselingsmomenten worden enorm gewaardeerd, om van elkaar te leren en gezamenlijk te reflecteren. Maar dit gebeurt eerder op individuele basis of heel soms in teamverband, maar zijn niet structureel ingebed in de projectwerking. Er is een grote behoefte aan duidelijke afspraken over welke gegevens op elke manier gedeeld mogen worden. Rechtstreeks professioneel overleg, zeker bij kwetsbare cliënten, kan een belangrijke stap zijn om te voorkomen dat cruciale informatie verloren gaat.

Indien gewenst helpen coaches werk bij de inschrijving van cliënten bij VDAB. Meestal zal de coach werk de cliënt bijstaan bij de telefonische inschrijving via de servicelijn. Coaches werk geven aan dat voor sommige cliënten inschrijving een stressvolle gebeurtenis is. Het gebeurt dat belangrijke informatie (vb. dat men arbeidsongeschikt is of psychische of fysieke gezondheidsproblemen heeft of dat men zich wilt heroriënteren omwille van gezondheidsuitdagingen) niet wordt doorgegeven door cliënten en men zo soms terechtkomt bij minder gepaste dienstverlening. Coaches geven ook aan dat cliënten soms panikerend als ze op bepaalde vragen niet direct kunnen antwoorden. Ondersteuning bij telefonische inschrijving werkt in deze zin drempelverlagend voor cliënten en draagt bij aan een betere informatiedoorstroom. Een van de uitdagingen waar coaches werk mee worden geconfronteerd tijdens deze ondersteuning is de onduidelijkheid over het zich al dan niet mogen introduceren als coach werk. Een van de coaches geeft aan dat het eigenlijk niet de bedoeling is dat de coach werk zich introduceert om het gelijkheidsbeginsel bij VDAB te kunnen garanderen. *“ik zou eigenlijk onzichtbaar moeten zijn”*, aldus een van de coaches werk. De coach werk refereert hier naar de voorwaarde die bij de opstart van het project werd opgelegd door de DPO van VDAB: bij inschrijving van cliënten mag niet geweten zijn dat de persoon via een project werd gemotiveerd om zich in te schrijven. Dat staat niet in de weg dat personen die zich bij VDAB inschrijven zich wel mogen laten ondersteunen bij hun inschrijving. Het is echter niet duidelijk of de coach werk tijdens de (telefonische) inschrijving zich ook als coach werk mag introduceren. Het lijkt duidelijk niet altijd werkbaar voor coaches werk om bij

de inschrijving van cliënten op de achtergrond te blijven. Coaches werk geven aan dat ze zich toch soms kenbaar maken tijdens het inschrijvingsproces, vooral bij kwetsbare cliënten. Tijdens de inschrijvingsgesprekken met de servicelijn merken ze vaak dat er onjuiste of onvolledige informatie wordt gedeeld, of dat de cliënt onzeker reageert op vragen. Om een correcte inschrijving of doorverwijzing te garanderen wordt het door coaches werk belangrijk geacht om zich te mogen kenbaar maken zodat directe uitwisseling tussen beide professionals, met toestemming van de cliënt, mogelijk is. Zoals een coach werk het verwoordde: *“ja, aanvankelijk was het de bedoeling: de klant moet naar de servicelijn bellen en jij zit erbij. Maar dan hoor je eigenlijk zo’n dingen die niet kloppen. En je merkt dan hoe onzeker dat iemand eigenlijk is. Iemand van wie je denkt ... die is best wel mondig, hoe onzeker dat die plots soms is.”* Door zich kenbaar te maken, kunnen coaches werk bijsturen waar nodig en zorgen voor een correcte en volledige informatieoverdracht. Dit verhoogt de kans op een goede match met de juiste dienstverlening en voorkomt dat cliënten afhaken door een negatieve eerste ervaring.

Continuïteit tijdens wachttijden

Een laatste factor betreft de periode na doorverwijzing. Ook al eindigt de formele opdracht van de coach werk wanneer een cliënt is ingeschreven bij VDAB of is opgepikt door de TNWC, in de praktijk laten coaches werk vooral kwetsbare cliënten niet zomaar los. Reden is dat er soms lange wachttijden zijn om op gesprek te kunnen bij een terug-naar-werkcoördinator of tussen inschrijving bij VDAB en de opstart van de intensieve dienstverlening. Hoewel deze wachttijden niet universeel zijn en hard verschillen van regio tot regio geven de coaches werk aan dat die wachttijd demotiverend werk. Momentum en motivatie die zorgvuldig zijn opgebouwd dreigen zo verloren te gaan. Alle coaches werk getuigen dat sommige (kwetsbare) cliënten zonder extra opvolging in deze tussenfase zouden afhaken. Daarom proberen zij, hoewel het officieel buiten hun rol valt, bepaalde cliënten warm te houden tot de bemiddelaar het overneemt. Ze bellen tussentijds even of plannen een extra gesprek als de opstart met de intensieve dienstverlening erg lang op zich laat wachten. *“Als je dan zegt: we laten u volledig los, dan ben je ze kwijt. Dus dat is wel iets super mooi dat we kunnen doen. Maar dat vergt ook wel weer tijd en investeringen.”*, aldus een van de coaches werk. Dit vergt uiteraard extra tijd en inspanningen, was niet voorzien in de oproep en valt buiten de huidige rolafbakening van de coaches werk. Maar vanuit het oogpunt van een effectieve dienstverlening lijkt dit vanuit de praktijk een belangrijke uitbreiding van de dienstverlening voor een deel van de cliënten. Dit gebeurt momenteel enkel op goodwill van de coaches werk. Coaches werk geven aan dat de dienstverlening van deze projecten zich onder meer richten op kwetsbare profielen en dat zijn net de mensen die soms meer opvolging nodig hebben tijdens deze tussenperiodes.

9 CONCLUSIES

In 2024 ging in Vlaanderen een oproep van start om personen met een gezondheidsuitdaging, die behoren tot de arbeidsreserve, vroeger en beter te bereiken met dienstverlening rond werkhervatting. Acht projecten werden gefinancierd, gespreid over vijf provincies, met als kernidee om coaches werk in te zetten op de werkvloer van zorg- en welzijnsinstellingen. Deze coaches vormen de brug tussen gezondheidszorg en werk. Het doel: mensen al tijdens hun behandeling of begeleiding informeren en motiveren rond terugkeer naar werk, zodat ze een geïnformeerde beslissing kunnen nemen over hun re-integratie. Bovendien wilden de projecten bijdragen aan een cultuuromslag in zorgsettings – werk als onderdeel van herstel – en jaarlijks minstens ca. 4.000 extra personen toeleiden naar het aanbod van VDAB. Aan de hand van de vooropgestelde onderzoeksvragen proberen we in dit afsluitende hoofdstuk de voornaamste inzichten uit deze evaluatiestudie samen te vatten. In het eerste luik lichten we de bevindingen uit die betrekking hebben tot de opzet van de dienstverlening, terwijl we in het tweede deel ingaan op de effectiviteit van de dienstverlening.

9.1 Opzet van de dienstverlening binnen de projecten en vindplaatsen

Hoe wordt de dienstverlening voor personen met een gezondheidsuitdaging en (zorg)professionals vormgegeven binnen de verschillende projecten en vindplaatsen?

De projecten plaatsen één of meerdere “coaches werk” in de deelnemende zorg- en welzijnsinstellingen (de vindplaatsen). Zo’n coach is een professional op het snijvlak van werk en zorg. Voor cliënten (personen met gezondheidsuitdaging) biedt de coach twee soorten ondersteuning: **individuele begeleiding** en (waar mogelijk) **collectieve informatiesessies**.

Individuele begeleiding: De coach houdt op vaste tijden **spreekuur op de vindplaats**, bv. een dag per week, zodat cliënten een **één-op-één gesprek** kunnen hebben in hun vertrouwde omgeving. In zo’n gesprek verkent de coach samen met de cliënt **vragen en mogelijkheden rond werk**. Er wordt laagdrempelig gesproken over wat de persoon eventueel weer zou kunnen en willen doen, rekening houdend met de gezondheid. De coach geeft **informatieve uitleg** (bv. over rechten bij werkhervatting, beschikbare re-integratietrajecten, progressieve werkhervatting, impact op uitkering) en beantwoordt vragen op maat. Daarnaast schenkt de coach veel aandacht aan **mentale ondersteuning en empowerment**: veel cliënten zijn onzeker of angstig over terug naar werk, dus de coach luistert naar deze zorgen, biedt perspectief en benadrukt wat nog wél kan. Samen stellen ze een plan op in kleine stappen, helemaal vrijwillig – niets moet. De cliënt behoudt de regie; de coach dringt geen traject op maar helpt de **persoon zelf een geïnformeerde keuze** te maken. Indien de cliënt klaar is voor een stap richting werk, kan de coach **zeer praktisch helpen**: denk aan assisteren bij VDAB-inschrijving,

mee invullen van formulieren of gericht doorverwijzen naar bv. een terug-naar-werkcoördinator van het ziekenfonds of vrijwilligerswerk. Gemiddeld ziet een coach zo'n 6 à 7 cliënten op een spreekdag. De cliënt komt meestal langs voor één tot enkele gesprekken bij de coach werk. De begeleiding is relatief kortdurend en focust op oriëntatie en toeleiding – de verdere langdurige begeleiding gebeurt bij reguliere diensten zodra de cliënt die stap zet.

Collectieve informatiesessies: In de meeste vindplaatsen organiseert de coach periodiek **infosessies voor groepen cliënten**. Dit zijn bijeenkomsten van ongeveer een uur (vaak maandelijks of gekoppeld aan bestaande revalidatieprogramma's) waarin de coach **algemene informatie** geeft over werkhervatting en beschikbare ondersteuning. De insteek is informatief en **vrijblijvend**: bijvoorbeeld uitleg over hoe bijverdienen tijdens een uitkering werkt, welke hulp VDAB of andere organisaties bieden, en eventueel verhalen van ervaringsdeskundigen. Deze sessies laten mensen op een rustige manier kennismaken met het onderwerp "werk" als onderdeel van hun herstel, **zonder directe verplichting**. Men komt er vaak achter dat anderen in een gelijkaardige situatie zitten, wat drempelverlagend werkt. De praktijk leert dat zulke infosessies een goede instroom opleveren voor de individuele ondersteuning – deelnemers die geïnteresseerd raken, stappen nadien makkelijker zelf naar de coach voor een persoonlijk gesprek. Deze infosessies worden meestal fysiek op de vindplaats georganiseerd, maar kunnen ook via een laagdrempelig webinar worden aangeboden. Bij kleinere vindplaatsen zonder groepssessies verliep de instroom enkel via rechtstreekse doorverwijzing door de zorgverleners.

De coach is ook een ondersteuning voor de zorgprofessionals op de vindplaats. Coaches werk **informerend het zorgteam** over arbeidsre-integratie en het project, bijvoorbeeld via presentaties op teamvergaderingen of MDO's (multidisciplinair overleg). Ze zorgen dat artsen, verpleegkundigen, therapeuten, enz. op de hoogte zijn van wat de coach voor hun cliënten kan betekenen en hoe er kan worden doorverwezen. In sommige instellingen hield men gezamenlijke infosessies voor personeel én cliënten, om het thema werk breed te integreren. Daarnaast fungeren coaches als **aanspreekpunt**: hulpverleners kunnen informeel bij de coach terecht met vragen of voor overleg over een moeilijke situatie. Belangrijk is dat de coach werk zich **integreert in het team**: men is zichtbaar aanwezig, schuift aan bij de koffiepauze, doet mee met intern overleg waar relevant. Zo wordt de coach steeds meer als "een collega met specifieke expertise" gezien. Cruciaal hierin is dat de coach **terugkoppelt**: na contact met een cliënt brengt de coach (met toestemming van de cliënt) de verwijzende zorgverlener op de hoogte van de uitkomst. Vaak gebeurt dit schriftelijk via een verslag in het elektronisch dossier of een e-mail. Soms wordt dit (aanvullend) mondeling besproken. Die **transparantie** zorgt ervoor dat de zorgprofessional weet wat er speelt en het thema werk verder kan meenemen in de zorg – zo blijft de ondersteuning rond werk geen apart spoor, maar onderdeel van het totale traject.

9.2 Beoogde resultaten en inspelen op noden van doelgroep en zorgprofessionals

Wat zijn de beoogde resultaten van de projecten? Op welke noden trachten de projecten in te spelen?

De **primaire doelstelling** van deze oproep was om personen tijdens of na langdurig ziekte **actiever en vroeger toe te leiden naar werk(trajecten)**. De projecten streefden gezamenlijk naar **minstens 4.000 extra VDAB-inschrijvingen per jaar** vanuit deze doelgroep. Dit sluit aan bij het beleid om de werkzaamheidsgraad te verhogen en langdurige arbeidsongeschiktheid terug te dringen. In 2024 – het eerste uitvoeringsjaar – hebben de projecten naar schatting circa **2.459 mensen bij VDAB ingeschreven**, ongeveer 60% van het vooropgestelde jaardoel. Naast inschrijvingen tonen de resultaten dat ook een aantal cliënten via de coach het **werk heeft hervat** (soms op aangepaste wijze of deeltijds), of **andere stappen** heeft gezet zoals het starten van een opleiding, vrijwilligerswerk, of in contact komen met een terug-naar-werkcoördinator van het ziekenfonds. Het beoogde **eindresultaat** is dat elke deelnemer een **geïnformeerde beslissing** neemt over de eigen re-integratie. Dit kan betekenen inschrijven bij VDAB of bewust (nog) niet inschrijven, maar dan wel met kennis van zaken en eventueel een alternatief plan. Zo heeft iemand bijvoorbeeld na gesprekken met de coach besloten eerst verder te revalideren en terug te keren naar de eigen werkgever in gedeeltelijke uren in plaats van een extern traject – ook dat is een bewuste keuze tot re-integratie, zij het via een andere weg.

De projecten spelen in op concrete noden en knelpunten bij zowel de einddoelgroep als de zorgprofessionals:

De einddoelgroep met gezondheidsuitdagingen ervaart doorgaans een combinatie van **informatieve, emotionele en praktische noden** rond terugkeer naar werk. Ten eerste is er vaak een **gebrek aan heldere informatie**: men weet niet goed wat mag tijdens ziekte, welke hulp er bestaat, of is bang voor verlies van uitkering bij (uitval bij) werkhervatting. De coach voorziet precies die betrouwbare informatie en maakt mensen wegwijs in het versnipperde aanbod. Ten tweede zijn er **psychologische drempels**: langdurig zieken hebben vaak te maken met onzekerheid over hun eigen kunnen, angst voor herval of mislukking, schaamte omwille van hun situatie, en wantrouwen tegenover instanties (sommigen vrezen dat VDAB of de adviserend arts hen zal “forceren”). Hierdoor durven ze zelf geen stappen te zetten. De coach pakt dit aan door in een **veilige context** (de zorgomgeving die ze vertrouwen) open gesprekken te voeren, **zonder druk of oordeel**. Omdat de coach geen sanctionerende rol heeft en alles op tempo van de cliënt gebeurt, verdwijnt het wantrouwen en groeit het vertrouwen. Mensen voelen zich gehoord en gesteund, wat hun mentale nood aan geruststelling en aanmoediging invult. Ten derde zijn er vaak **praktische noden**: problemen zoals gebrek aan kinderopvang, vervoersmoeilijkheden, financiële onzekerheid (gaat werken wel lonen?), of een gebrek aan geschikte vacatures gezien hun beperking. Ook hier helpt de coach door samen oplossingen te verkennen of door te verwijzen. Kortom, de coaches werk bieden **ondersteuning op maat** die de voornaamste drempels (kennis, angst, praktische hindernissen) één voor één verlaagt. Dit

was voorheen afwezig; veel cliënten geven aan dat ze zonder de coach helemaal geen zicht hadden op mogelijkheden en vooral “vastzaten” in piekeren. Nu hebben ze perspectief en weten ze waar ze terechtkunnen.

Voor de zorgprofessionals (vb. artsen, therapeuten, maatschappelijk werkers) op de vindplaatsen is het thema “werk” vaak lastig om te behandelen. Ze beschikken meestal over **beperkte tijd en kennis** op dit vlak. Hun prioriteit ligt bij medische of psychosociale zorg, en hoewel ze patiënten willen helpen met re-integratie, voelden ze zich niet altijd voldoende uitgerust. De projecten spelen hierop in door de **specialistische coach werk** in het team te brengen. Dit **ontlast de zorgprofessionals**: zij kunnen cliënten met een werkgerelateerde hulpvraag nu meteen doorverwijzen naar de coach, die de tijd en knowhow heeft om dit grondig te bespreken. Zo krijgt de cliënt de nodige ondersteuning zonder dat de behandelaar zijn eigen consult moet uitrekken of informatie moet opzoeken (buiten zijn expertise). Bovendien leren de zorgprofessionals zelf ook bij – door samen te werken met de coach werk en een goede terugkoppeling vergaren ze kennis over re-integratie die ze weer kunnen toepassen bij toekomstige cliënten. Een andere belangrijke nood was een **betere brug tussen zorg en werkdomein**. Vóór dit project bleef een arts of sociale dienst soms in het duister over wat er gebeurde nadat ze iemand naar een externe begeleider hadden doorverwezen voor activering; de lijnen waren niet kort. De gebrekkige terugkoppeling wordt bemoeilijkt door een combinatie van organisatorische, communicatieve en GDPR-gerelateerde obstakels. Nu door de coach werk is er een gezicht en een aanspreekpunt binnen de instelling voor alles wat met activering te maken heeft. Die kortere lijnen en terugkoppeling geven zorgprofessionals meer grip op het geheel en het gevoel dat ze samen met de coach aan hetzelfde doel werken. Dat blijkt motiverend: inmiddels geven veel zorgprofessionals aan dat ze **vaker en gemakkelijker het onderwerp “werk” aankaarten** bij hun cliënten, juist omdat er de coach werk is die het met de cliënten verder kan opvolgen en complexe vragen kan beantwoorden. Daar waar er een goede terugkoppeling en samenwerking is tussen de coach werk en zorgprofessionals raakt de werkhulpverlening effectief beter geïntegreerd in het zorgtraject, met gedeelde verantwoordelijkheid.

9.3 Organisatie van samenwerking en integratie met bestaande diensten

Hoe wordt de samenwerking tussen de betrokken actoren georganiseerd?

Op het **niveau van de vindplaats** is de samenwerking zeer direct. Voor een effectieve dienstverlening is het belangrijk dat de coach werk onderdeel uitmaakt van het zorgteam of een verlengde vormt van het team. Vrijwel iedere vindplaats heeft een interne **aanspreekpersoon (trekker-believer)** aangeduid die optreedt als interne trekker en aanspreekpunt voor de coach werk. Uit de cases blijkt dat deze trekker een belangrijke rol vervult om mee draagvlak te creëren voor de dienstverlening bij collega's op de vindplaats. In de praktijk zien we dat **goede communicatie en vertrouwen** hier de sleutel zijn voor een goede

samenwerking. In het begin investeren coaches werk en zorgteams in wederzijds leren kennen: de coach legt uit wat hij/zij komt doen en vooral níet komt doen (belangrijk om te benadrukken dat de coach geen controlerende instantie is en niemand iets verplicht). Zorgteams die al overtuigd waren van het belang van werk, namen de coach gemakkelijk op in hun routine; teams die aarzelden, moesten eerst succeservaringen zien. Het is in elke geval belangrijk dat er duidelijke **afspraken worden gemaakt**: hoe wordt iemand doorverwezen? Hoe en wanneer gebeurt terugkoppeling? Wie kan de coach contacteren bij vragen? Dit soort praktische afspraken voorkomt misverstanden.

Integratie met bestaande dienstverlening gebeurt op verschillende manieren. Ten eerste **doet de coach werk zoveel mogelijk mee met de reguliere overleggen en processen**: bijvoorbeeld aansluiten bij de wekelijkse teammeeting of multidisciplinair overleg. Zo worden werkafspraken meegenomen in het totaalplaatje. In ziekenhuizen werd soms, mits toestemming van de Data Protection Officer (DPO) van de vindplaats, in het elektronisch patiëntendossier een veld voor de coach toegevoegd, zodat de terugkoppeling eenvoudig raadpleegbaar is door alle betrokken zorgverleners – dat maakt de ondersteuning zichtbaar onderdeel van het dossier. In andere instellingen verloopt dat via e-mailverslagen met eventueel aanvullende mondelinge terugkoppeling, maar belangrijk is dat er, mits toestemming van de cliënt, structurele terugkoppeling is. Fysieke integratie is ook belangrijk: een coach werk zit best op vaste momenten in een vast lokaal op de vindplaats zelf. Hierdoor ervaren cliënten de ondersteuning door de coach werk als “onderdeel van de zorg hier” en niet als iets externs. Zorgprofessionals zien de coach periodiek verschijnen, wat de drempel verlaagt om even te overleggen. Ten tweede is er **rolafbakening** om duplicatie te voorkomen. Het is niet de bedoeling dat de coach werk bestaande actoren vervangt, maar hiaten opvult in de ondersteuning van de arbeidsmarktondersteuning van (langdurig) zieken.

Factoren voor succesvolle samenwerking zijn met name: een intern aanspreekpunt die het project actief uitdraagt binnen de instelling, een gedeelde visie dat werk deel is van goede zorg, en open communicatie. Waar voldaan werd aan bovenstaande factoren, werd de coach werk echt deel van het team – zorgprofessionals noemen de coach werk dan ook een volwaardige collega. Een voorbeeld: in een van de ziekenhuis werd de coach werk meteen betrokken bij de teamoverleggen en werd het resultaat van de gesprekken met cliënten, mits toestemming van de cliënt, telkens in het patiëntendossier genoteerd. De zorgprofessionals daar geven aan dat ze de coach werk “niet meer kunnen missen” omdat het nu onderdeel is van hun standaard zorgpad. Dat wijst op verregaande integratie. Andersom, bij vindplaatsen zonder interne trekker of aanvankelijk sceptische houding duurde het langer om een goede samenwerking en doorverwijzing uit te bouwen. Over het algemeen verliep de integratie echter goed: cliënten merken dat hun arts of zorgverlener en de coach samenwerken (wat vertrouwen geeft), en zorgprofessionals zien dat cliënten beter geholpen worden zonder dat het hen meer tijd kost.

9.4 Bereikte doelgroep en mate van bereik van “moeilijk bereikbare” groepen

Wie wordt bereikt met het ondersteuningsaanbod? In welke mate worden moeilijker te bereiken personen met gezondheidsuitdagingen bereikt?

De projecten hebben in ruim een jaar tijd duizenden mensen bereikt die anders grotendeels onder de radar zouden blijven. Uit de registratiegegevens blijkt dat in de periode februari–december 2024 ongeveer **4.232 unieke personen** individueel werden ondersteund door de coaches werk en **3.839 personen** deelnamen aan een groepssessie. (Hierbij zit deels overlap: vaak volgt na een groepssessie een individueel contact.)

Belangrijk is wie men bereikt heeft. De resultaten van de (weliswaar beperkte³¹) bevraging bij de einddoelgroep suggereren dat ook **kwetsbare en anders moeilijk te bereiken subgroepen** zijn bereikt. Zo is ongeveer zeven op tien van de bevroagde cliënten vrouw (vrouwen zijn oververtegenwoordigd in langdurige ziekte en soms minder geneigd hulp te zoeken rond werk; zij werden nu dus meegenomen). Bijna alle deelnemers waren tussen 30 en 59 jaar en ongeveer **40% heeft een andere moedertaal dan het Nederlands als moedertaal, 16% geeft aan het Nederlands redelijk of “een beetje” te beheersen**. Met andere woorden, de projecten bereikten ook mensen met een migratieachtergrond of taalbarrière – een groep die normaliter moeilijk de weg vindt naar re-integratiesteun. Ook **financieel kwetsbaren** zijn goed bereikt: ongeveer twee derde van de bevroagde cliënten zei moeilijk rond te komen met het huidige inkomen. Verder had ongeveer 70% hoogstens een diploma secundair onderwijs, en slechts 21% hoger onderwijs – de kortgeschoolden (die gemiddeld vaker langdurig ziek zijn) werden dus in relatief grote aantallen bereikt.

Van belang is ook de **arbeidsmarktpositie**: ongeveer 65% van de deelnemers had nog een arbeidsovereenkomst tijdens hun ziekte (waaronder zowel mensen in arbeidsongeschiktheid als mensen die nog aan het werk waren). Dit toont dat de coaches werk zowel mensen helpen om terug te keren bij hun oorspronkelijke werkgever, ondersteunen in de eerste stappen richting heroriëntatie als mensen zonder werkperspectief naar nieuwe activiteiten of werk begeleiden. Met name die laatsten – vaak al lange tijd thuis – zijn traditioneel moeilijk te activeren. Vrijwel niemand van de bevroagde cliënten had vóór de coach al contact met VDAB of een andere jobcoach gezocht; slechts sporadisch hadden ze via de mutualiteit een terug-naar-werk gesprek gehad. **Dankzij de projecten hebben deze mensen nu een aanspreekpunt gevonden en vaak de eerste stappen gezet naar re-integratie.** Het vindplaatsgericht werken bewijst hier zijn nut: de coaches werk komen letterlijk **naar de plekken waar de doelgroep al is** (het ziekenhuis, het wijkgezondheidscentrum, de GGZ-instelling, ...) in plaats van te wachten

³¹ De resultaten geven een zekere indicatie over de bereikte doelgroep, noden en ervaren effecten, maar voorzichtigheid is geboden bij een veralgemening van de resultaten. Van de 4232 cliënten die individueel ondersteund werden door de coach werk werden 206 cliënten uit de 6 geselecteerde vindplaatsen uitgenodigd om deel te nemen aan de bevraging. Van de 206 uitgenodigde cliënten hebben uiteindelijk 63 respondenten de vragenlijst ingevuld.

tot de mensen zelf naar een loket stappen. Daardoor zijn ook de zogenaamde moeilijker te bereiken personen bereikt: anderstaligen, mensen met weinig scholing of laag zelfbeeld, personen die bang waren voor instanties. Zonder dit project waren velen van hen pas veel later in beeld gekomen of helemaal niet.

Veel cliënten hadden voor het contact met de coach werk het thema werk al eens besproken met hun behandelend arts of specialist, maar nog geen concrete stappen ondernomen richting werk. Vaak omdat ze niet durfden of wisten hoe. Na ondersteuning door de coach werk heeft ongeveer 60%³² zich (vermoedelijk) ingeschreven bij VDAB en wist negen op tien³³ precies waar ze terechtkunnen met verdere vragen over werk. Dit toont een enorme toename in bereik en zelfredzaamheid bij de doelgroep. Ook **moeilijk bereikbare** groepen binnen zorg- en welzijnsinstellingen – bv. cliënten die al verschillende jaren in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit zijn – zijn nu benaderd en begeleid. Ongeveer drie op tien van de bevroegde cliënten gaf aan langer dan 2 jaar arbeidsongeschikt te zijn. Ook het feit dat in sommige instellingen zeer kwetsbare mensen met diverse psychische uitdagingen na een zetje door de zorgprofessional in gesprek gingen met de coach werk, toont aan dat zelfs de ‘verste’ groepen bereikt kunnen worden als je ze benadert in hun vertrouwde (zorg)omgeving.

9.5 Ervaringen en evaluaties van de dienstverlening door cliënten en zorgprofessionals

Hoe wordt de dienstverlening ervaren en beoordeeld door zorgprofessionals en de finale doelgroep?

De dienstverlening wordt door zowel de cliënten als de betrokken zorgprofessionals zeer **positief beoordeeld**. De bevroegde cliënten geven een gemiddelde score van **8,9 op 10** voor de begeleiding door de coach. Ruim 90% van de cliënten gaf zelfs 8/10 of hoger – een uitzonderlijk hoge waardering. Mensen voelen zich duidelijk geholpen. Ze prijzen vooral: (1) de **persoonlijke aanpak** en het begrip van de coach (“*Het is op maat van de patiënt, ze luistert echt, ze motiveert, ze is eerlijk, ze geeft hoop.*”); (2) de **informatie en adviezen** (“*[De coach werk] is een zeer empathisch persoon die perfect de noden begrijpt. Haar informatie was zeer duidelijk. Perfecte dienstverlening.*”); en (3) de **motivatie en geruststelling** die ze kregen (“*[De coach werk] heeft mij duidelijkheden gegeven dat ik meer kwaliteiten heb dan ik denk. Ook wat ik voorlopig kan doen.*”). Voor veel deelnemers was het belangrijkste effect dat **werk terug een haalbare kaart lijkt** – waar ze eerst vooral drempels zagen, zien ze nu mogelijkheden. Ongeveer 60% zette (vermoedelijk) concreet de stap om zich in te schrijven bij VDAB na individuele ondersteuning. Of anders, in het eerste projectjaar werden naar schatting 2459

³² Op basis van de monitoringsgegevens voor de periode februari – december 2024.

³³ Op basis van de bevraging bij cliënten na afronding van de individuele ondersteuning door de coach werk.

van de bereikte personen (via individuele ondersteuning) zich te hebben ingeschreven bij VDAB, wat overeenkomt met een algemene realisatiegraad van 60% van het oorspronkelijke jaarlijkse engagement (4074 personen). Hier moet wel worden opgemerkt dat het bijzonder moeilijk was om een realistische inschatting te maken van de potentiële bijdrage van het project aan het aantal VDAB inschrijvingen, aangezien men de oorspronkelijke engagementen slechts in beperkte mate kon baseren op eerdere ervaringen (zoals de ESF Outreach & Activering oproep die in belangrijke mate verschilt van dit project). Naast inschrijving bij VDAB worden ook andere waardevolle stappen richting activering waargenomen bij cliënten. Bij anderen heeft de coach werk bijgedragen aan het nemen van stappen richting een meer duurzame loopbaan bij de huidige of nieuwe werkgever, bijvoorbeeld via bijkomende ondersteuning op de werkvloer of via een aangepast stelsel zoals progressieve tewerkstelling. Niet alle cliënten waren klaar om (terug) betaald te werken of zich in te schrijven bij VDAB. Soms leidde de ondersteuning tot andere **haalbare (tussen)stappen richting activering** (vb. vrijwilligerswerk of een andere vorm van zinvolle dagbesteding) al dan niet na goedkeuring of consultatie van andere instanties (vb. TNWC van het ziekenfonds). Verschillende zorgprofessionals en projectcoördinatoren onderstreepten het belang van het kunnen en mogen zetten van deze haalbare tussenstappen op weg naar werk. Bij sommige cliënten werd omwille van de gezondheidsuitdagingen en de fase van het hersteltraject beslist om nog even te wachten. Vrijwel alle cliënten voelden zich beter geïnformeerd en gemotiveerd dan voorheen.

Een kleine groep merkte op dat het voor hen misschien nog **te vroeg** kwam in hun ziekteproces – deze mensen zaten vaak nog midden in zware behandelingen en stonden er mentaal nog niet voor open. Zij gaven de coach werk geen slechte score (ze waardeerden het gesprek op zich wel), maar konden er op dat moment weinig mee. Voor sommige mensen in een zeer kwetsbare situatie met complexe multiproblematieken kon de coach niet alle noden vervullen, omdat barrières grotendeels buiten hun domein vielen. De coaches werk probeerden wel kleine zaadjes te planten of gericht door te verwijzen. Ook enkelen die van meet af aan **geen behoefte** hadden om ooit terug te werken (bijv. mensen dicht bij pensioen of met zeer ernstige beperkingen) vonden de input van de coach werk beperkt relevant. Dit betreft slechts een klein segment; de overgrote meerderheid had wel een latente hulpvraag of was onzeker, en voor hen kwam de coach werk wel op het goede moment en de juiste plek.

De zorgprofessionals zijn eveneens erg tevreden. Zij ervaren de coach werk als een waardevolle uitbreiding van hun team die hen werk uit handen neemt én de kwaliteit van zorg voor hun patiënten verhoogt. Veel zorgprofessionals melden dat de coach werk hen ook **ontlast**, omdat de coach werk het uitzoekwerk rond werkhervatting overneemt en cliënten gericht informeert en motiveert in het nemen van volgende stappen. Tegelijk zien ze **beter resultaat** bij hun cliënten: dankzij de coach worden mensen effectief geactiveerd of vinden ze perspectief, wat voorheen veel moeilijker lukte. Dit draagt ook bij aan het welzijn van de cliënt (herstel van eigenwaarde, minder piekeren over toekomst), hetgeen de zorgprofessionals toejuichen. Professionele tevredenheid blijkt ook uit het feit dat het merendeel van de zorgprofessionals aangaf dat de samenwerking met de coach hen geholpen heeft om **vaker en efficiënter het gesprek over werk aan te gaan met cliënten** – iets wat voorheen vaak uitgesteld

of vermeden werd wegens gebrek aan oplossingen. Nu voelen ze zich **gesterkt** en voorzien van **kennis** om dit wél te doen, wetende dat de coach werk klaarstaat om over te nemen.

Een belangrijk punt voor zorgprofessionals is de **continuïteit** en **terugkoppeling** die de coach werk biedt. Hulpverleners waarderen enorm dat ze op de hoogte gehouden worden van de stappen van hun patiënt. *“De terugkoppeling is belangrijk want de cliënt houdt niet altijd vast wat er in zo’n gesprek gezegd wordt. Door de terugkoppeling kunnen we ook beter opvolgen of de mogelijkheden voor de cliënt ook worden benut.”*, aldus een van de zorgprofessionals. Deze geïntegreerde aanpak geeft hen het gevoel dat ze samen met de coach werk aan één plan werken in plaats van dat de cliënt “weg is” zodra het over werk gaat. Die gezamenlijke verantwoordelijkheid bevordert ook het **draagvlak**: zorgverleners zien de coach echt als partner. Veel betrokken zorgprofessionals benoemen de coach inmiddels als **onmisbaar** en spreken de hoop uit dat dit geen tijdelijk initiatief blijft: *“Als het project terug wegvalt zal de aandacht voor het thema werk terug verzwakken. En zullen we ons minder gesterkt voelen.”* *“Stopzetting van het project zou een groot verlies zijn.”* Dit duidt enerzijds op het succes van de integratie (men beschouwt het nu als deel van de normale werking), maar anderzijds op een aandachtspunt voor beleid: de vraag leeft om deze werkwijze duurzaam te verankeren.

9.6 Effectiviteit van de dienstverlening: succesfactoren en uitdagingen

Welke factoren bepalen de effectiviteit van de dienstverlening in de projecten en vindplaatsen?

De eerste resultaten wijzen erop dat de vindplaatsgerichte, outreachende aanpak zijn doel treft: vele voorheen onbereikte mensen zijn bereikt, de tevredenheid is hoog bij zowel de einddoelgroep als betrokken zorgprofessionals en ongeveer 60% stroomde door naar VDAB, zette andere waardevolle haalbare stappen in het activeringsproces, of maakte een bewuste keuze om later of op andere wijze werk te hervatten. Een aantal factoren blijkt bepalend om deze effectiviteit te realiseren:

Laagdrempelige toegang in een veilige omgeving: De beslissing om coaches werk binnen zorg- en welzijnsinstellingen in te zetten is een sterke succesfactor. Cliënten voelen zich op hun gemak omdat ze de locatie en mensen (de coach geïntroduceerd door hun zorgverlener) vertrouwen. Dit **neemt angst en wantrouwen weg**, waardoor ze openstaan voor ondersteuning. Bovendien hoeven ze zelf geen extra stap te zetten om hulp te krijgen – de hulp komt naar hen toe. Dit is zeker voor kwetsbare of onzekere mensen beslissend: velen geven aan dat ze op eigen houtje niet de eerste stap zouden hebben gezet, maar dat een gesprek in hun zorginstelling op aanraden van hun zorgprofessional meteen veel veiliger voelde. Deze proactieve benadering tijdens het zorgproces maakt dat werk bespreekbaar wordt **op het juiste moment**: niet te laat (wanneer iemand al jaren thuiszit en geïsoleerd is), maar ook niet te vroeg met druk – precies afgestemd op hun zorgtraject.

Vrijwilligheid en cliëntenregie: Een andere cruciale pijler is dat deelname volledig **vrijwillig** is en de **cliënt de controle behoudt**. Dit zorgde voor vertrouwen en een goede werkrelatie. Omdat cliënten wisten dat de coach werk er was om te helpen, niet om te controleren, durfden ze eerlijk hun zorgen te uiten en effectief mee te denken over oplossingen. De coach werk geeft informatie op maat, maar de beslissing ligt telkens bij de persoon zelf. Deze insteek verhoogt de kans dat de gekozen stap ook gedragen wordt door de cliënt – en dus duurzaam is. Vrijblijvendheid was ook een voorwaarde voor de zorgprofessionals: zij stonden alleen achter het project als duidelijk was dat cliënten niet gedwongen zouden worden. Die voorwaarde is nageleefd en verklaart mede het enthousiasme van de zorgprofessionals en het uitblijven van negatieve ervaringen.

Combinatie van groepssensibilisering en individuele coaching: Het geïntegreerde dienstenaanbod – eerst breed informeren, dan verdiepen per persoon – blijkt effectief om zowel **bereik** als **impact** te maximaliseren. De infosessies trokken de aandacht van een vrij groot publiek (soms tientallen per sessie) en brachten het onderwerp op een algemene manier ter sprake. Dit haalde bij velen de eerste koudwatervrees weg en wekte nieuwsgierigheid, waarna ze in de individuele gesprekken echt in de diepte gingen. Deze gefaseerde aanpak zorgde dat de coaches werk hun tijd efficiënt konden besteden: via een groepsmoment konden ze in één keer basisinformatie meegeven aan meerdere mensen, en de individuele tijd besteden aan de cliënten met concrete vragen of intenties. Die waren dankzij de groepssessie al beter voorbereid en meer gemotiveerd. Waar geen groepsmomenten waren, verliep de instroom hoofdzakelijk via persoonlijke uitnodiging door een betrokken zorgprofessional, maar ook daar werkte de laagdrempelige sfeer goed. Zorgprofessionals spelen een cruciale rol in de toeleiding van cliënten naar de coach werk.

Gerichte, persoonlijke aanpak in de gesprekken: De manier waarop coaches werk individueel begeleiden, draagt bij tot het succes. Ze hanteren veelal een **motiverende gesprekstijl**: luisteren, vatten samen, stellen prikkelende vragen, laten de persoon kleine successen boeken. Ze bieden ook heel praktische hulp op maat van de nood van de cliënt. Enkele voorbeelden van wat effectief bleek: samen financiële gevolgen van werk berekenen (dit nam bij velen grote onzekerheid weg), samen met een cliënt de inschrijving bij VDAB doen of een afspraak maken bij andere dienstverleners, of bijvoorbeeld de toestemming regelen dat een vertrouwde zorgprofessional aansloot bij het eerste gesprek (waardoor de cliënt zich gesterkt voelde om open te praten). Door telkens specifieke drempels van die persoon weg te nemen, maakten coaches werk het verschil. De informatie en ondersteuning op maat – mogelijk omdat de coach werk de tijd neemt voor cliënten en zijn/haar context kent – zorgden voor tastbare progressie waar voorheen stagnatie was.

Brede ondersteuning door coaches werk: Een opvallende succesfactor voor dit project is de bewuste keuze van coaches werk om hun rol vanaf het begin breder in te vullen dan enkel het begeleiden naar inschrijving bij VDAB. Deze brede aanpak heeft de effectiviteit van de dienstverlening aanzienlijk versterkt. In plaats van zich uitsluitend te richten op administratieve doorstroom, bieden coaches werk ondersteuning op maat van de individuele situatie van de cliënt. Dit betekent dat ook cliënten die terugkeren naar hun oude werkgever, vrijwilligerswerk opnemen, een opleiding starten of nog niet klaar zijn voor werkhervatting,

toch ondersteuning krijgen. Door deze bredere focus wordt het activeringsproces niet gereduceerd tot een formele inschrijving, maar erkend als een traject met diverse waardevolle stappen. Cliënten voelen zich hierdoor erkend in hun unieke situatie en ervaren minder druk, wat het vertrouwen en de motivatie verhoogt. Bovendien sluit deze aanpak beter aan bij de realiteit van langdurig zieken, waarbij re-integratie vaak geleidelijk verloopt. De coaches werk tonen zich flexibel en oplossingsgericht, wat leidt tot meer gedragen keuzes en duurzame trajecten.

Korte lijnen en terugkoppeling (integratie in zorgtraject): Het feit dat de coach onderdeel is van het zorgnetwerk rond de cliënt (en terugkoppeling doet) maakt de ondersteuning effectiever. De boodschap van de coach wordt namelijk versterkt door de zorgomgeving. Bijvoorbeeld, zo zal een revalidatiekinesist, die via de coach werk weet dat zijn cliënt van plan is vrijwilligerswerk te proberen, die cliënt aanmoedigen en vragen hoe het gaat op de vrijwilligersplek bij de volgende oefensessie. Dat is een extra ruggensteun. Als niemand rondom de cliënt wist van zijn traject, is de kans groter dat hij afhaakt in stilte. Nu is er een zekere sociale controle en opvolging. Tevens voorkomt de integratie dat belangrijke informatie verloren gaat. Deze **holistische aanpak** verhoogt de effectieve impact op het welzijn en de keuzes van de cliënt.

Uitdagingen en verbeterpunten: Enkele factoren belemmerden soms de werking. Bepaalde zorg- en welzijnsinstellingen **deden (aanvankelijk) niet mee** – meestal om praktische redenen (geen ruimte, personeelstekort, al teveel projecten tegelijk) of inhoudelijke reserves (werk werd niet gezien als een prioriteit, twijfels over meerwaarde project, bezorgdheden om cliënten te snel te activeren met terugslag op het zorgtraject). Hierdoor werd in sommige regio's een aantal potentiële vindplaatsen niet benut. Daarnaast is de **tijdelijkheid** van het project (2024-2025) een aandachtspunt: zorgverleners én cliënten uiten de zorg wat erna gebeurt of zijn projectmoe. Men vreest dat de opgebouwde aanpak verdwijnt wegens gebrek aan structurele financiering. Dat vooruitzicht kan het engagement temperen (enkele instellingen stapten niet in omdat ze het niet duurzaam vonden). Ten slotte hebben niet alle projecten al hun kwantitatieve streefcijfers gehaald – in het eerste projectjaar heeft men gezamenlijk (slechts) 60% van de beoogde jaarlijkse inschrijvingen bij VDAB behaald. Door projectcoördinatoren en coaches werk werd er wel op gewezen dat eigenlijk pas in het tweede jaar echt de vruchten kunnen worden geplukt van de geleverde inspanningen, waardoor ingeschat wordt dat het bereik en de doorstroom van cliënten in het tweede werkingsjaar hoger zal liggen. Er is dus ruimte om de toeleiding verder op te schalen.

Deze evaluatie toont aan dat het vindplaatsgerichte, outreachende model in de praktijk **werkt en duidelijk voorziet in een bestaande leemte**. De coaches werk zijn erin geslaagd een groot deel van de beoogde doelgroep vroeger te bereiken en te activeren. Cliënten waarderen de ondersteuning enorm en geven aan dat ze zich dankzij de coach werk sterker voelen om een stap richting werk te zetten. Zorgprofessionals ervaren ontlasting en vinden het project een verrijking van hun zorgaanbod. Belangrijke **succesfactoren** zijn de lage drempel (vertrouwde omgeving, vrijwilligheid), de integratie binnen het zorgtraject (waardoor een gecombineerde inspanning ontstaat), en de focus op maatwerk per persoon. Omgekeerd onderstrepen de

bevindingen het belang van **draagvlak en inbedding**: waar het team mee achter het project staat, schieten de resultaten omhoog; waar dat niet zo is, blijft het potentieel onderbenut. Al met al dragen de projecten bij tot het hoofddoel – een geïnformeerde beslissing van meer langdurig zieken over re-integratie – en bieden ze een werkzame aanpak om de kloof tussen zorg en arbeid te overbruggen. De dienstverlening van de coach werk op de vindplaats **versterkt zowel de activering van de einddoelgroep als de zorgcontinuïteit**, en geniet draagvlak van alle betrokkenen.

10 AANBEVELINGEN

Dit hoofdstuk bundelt de aanbevelingen m.b.t. de oproep ‘vindplaatsgericht en outreachend bereiken van personen in welzijns- en zorgsettings’. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de gegevens verzameld binnen deze evaluatieopdracht en werden ter bespreking voorgelegd aan (beleids)actoren tijdens een valideringsworkshop. Ze werden geformuleerd wanneer de toekomst van de projecten en de dienstverlening binnen de geëvalueerde oproep alsook de impact van wijzigingen in het beleid inzake activering, sociale zekerheid en welzijn (vb. verplichte inschrijving VDAB, beperking werkloosheid in de tijd) nog grotendeels onduidelijk waren. De beleidsaanbevelingen bieden inspiratie en richting aan beleidsmakers, projectorganisaties, coaches werk en zorgprofessionals om personen met gezondheidsuitdagingen beter te ondersteunen richting werk en duurzame loopbanen.

Aanbevelingen voor de betrokken overheidsinstanties op Vlaams en Federaal niveau

1. Waarborg continuïteit en duurzaamheid van de (impact van de) outreachende en vindplaatsgerichte dienstverlening

- Schep op korte termijn helderheid over de mogelijkheden en voorwaarden voor verderzetting van de dienstverlening ondersteund binnen de oproep.
- Betrek (beleids)actoren uit de domeinen werk én zorg bij de opmaak van een eventuele vervolgooproep of andere continuering van de werking.
- Definieer de doelgroep ruim en helder. Erken ook de waarde van de dienstverlening voor zorgprofessionals en personen met gezondheidsuitdagingen die kwetsbaar staan in hun actieve loopbaan.
- Herbekijk het financieringsmodel en het systeem voor opvolging in een eventuele vervolgooproep. Vermijd hierbij een te enge focus op inschrijvingen bij VDAB door een bredere waaier van effecten bij de einddoelgroep én betrokken zorgprofessionals (vb. aantal vindplaatsen met samenwerkingsovereenkomst, acties gericht aan zorgprofessionals) te erkennen en waarderen. Garandeer hierbij de flexibiliteit om de dienstverlening te laten variëren in intensiteit en duur naargelang de noden van de cliënt.
- Zorg voor voldoende middelen voor de kwaliteitsvolle organisatie van de dienstverlening zelf alsook voor de rekrutering, draagvlakopbouw en ondersteuning van nieuwe vindplaatsen, zeker voor kleinere en kwetsbare zorg- en welzijnssettings.

- Verleng de indieningstermijn en de looptijd van de projecten in het geval van een eventuele vervolgooproep om vereiste inspanningen in de opbouw van kennis, netwerken en samenwerkingen voor, tijdens én na de projectperiode te stimuleren.
- Maak de dienstverlening herkenbaar. Overweeg hiervoor de dienstverlening te organiseren onder één overkoepelende naam of binnen eenzelfde project of maak duidelijke(re) afspraken in geval van meerdere projecten.
- Behoud de diversiteit aan vindplaatsen die beroep kunnen doen op de dienstverlening van de coaches werk. Bouw de mogelijkheid in om de schaal van de projecten bij te sturen in functie van de vraag/interesse in de dienstverlening vanuit de welzijns- en zorgsettings. Zo kan bijv. ook flexibel worden ingespeeld op noden van vindplaatsen waar het thema werk pas na de opstart van het project op de radar is gekomen.
- Waarborg de vrijblijvendheid en vertrouwelijkheid van de dienstverlening.
- Onderzoek mogelijkheden voor een meer structurele inbedding of verankering van de dienstverlening op (middel)lange termijn.

2. Ontwikkel een samenwerkingskader met duidelijke afspraken over rollen, gegevensdeling en mandaten in functie van betere integratie van dienstverlening vanuit het perspectief van de cliënt

- Definieer op korte termijn duidelijke rollen voor de coaches werk, terug-naar-werkcoördinatoren, VDAB en andere relevante actoren/dienstverleners in de ondersteuning van personen met gezondheidsuitdagingen richting werk en duurzame loopbanen. Zorg voor bekendheid met deze rollen bij diverse betrokken actoren en voorzie mogelijkheden voor uitwisseling over en/of bijsturing van deze rollen.
- Voorzie of behoud op korte termijn mogelijkheden tot (verderzetting van) ondersteuning van cliënten tijdens wachttijden tot opstart van dienstverlening bij VDAB of andere dienstverlening, vooral voor kwetsbare groepen. Zet aanvullend in op het verminderen van wachttijden om motivatieverlies bij cliënten te voorkomen.
- Schep op korte termijn helderheid in de mogelijkheden en voorwaarden (vb. toestemming/betrokkenheid van cliënt) voor communicatie en gegevensdeling tussen o.a. de coaches werk, zorgprofessionals, VDAB, TNWC, preventieadviseurs, arbeidsartsen... binnen de geldende juridische kader in functie van een betere terugkoppeling en warme overdracht. Werk op langere termijn toe naar juridische en technische oplossingen voor communicatie en gegevensdeling tussen actoren georganiseerd rond de cliënt. Bekijk en evalueer hierbij het potentieel van bestaande of geplande initiatieven waaronder het TRIO-platform en oplossingen uitgewerkt door kennisinstellingen en betrek hierbij ook de platformen van de zorgactoren.

3. Verbeter de communicatie over en beeldvorming van publieke dienstverlening richting finale doelgroep en zorgprofessionals

- Erken dat (publieke) dienstverlening met het oog op re-integratie van personen met gezondheidsuitdagingen soms wordt ervaren als dwingend en moeilijk te navigeren. Blijf daarom, ook in een context van verplichte inschrijving bij VDAB, inzetten op een neutrale gids binnen de vindplaatsen die correcte informatie kan verschaffen op maat van de cliënt.

- Werk aan een positieve(re) beeldvorming over VDAB en andere instanties. Communiceer helder en breed over het divers aanbod, de werkwijze en procedures en zorg voor voldoende capaciteit om klantgerichte dienstverlening te garanderen.
- Stem de externe communicatie van verschillende instanties beter op elkaar af en maak relevante informatie m.b.t. wetgeving en het (lokale) dienstverleningsaanbod inzake een terugkeer naar werk meer toegankelijk voor zorgprofessionals én personen met gezondheidsuitdagingen.

Aanbevelingen voor de betrokken projectorganisaties en coaches werk

4. Bouw duurzame samenwerking uit met de vindplaatsen op maat van de vindplaats én de doelgroep

- Stem de inhoudelijke en organisatorische aspecten van de samenwerking met de vindplaats af op de capaciteit en noden van elke vindplaats, met voldoende flexibiliteit voor kleinere vindplaatsen of mobiele zorgverstrekkers.
- Investeer bij de opstart voldoende tijd en middelen in rekrutering, visievorming en draagvlak, zeker maar niet uitsluitend bij nieuwe vindplaatsen. Betrek hierbij ook de zorgprofessionals die in contact staan met de finale doelgroep.
- Blijf ook na de opstart inzetten op samenwerking en vertrouwen. Voorzie feedbackmomenten en overweeg het aanwijzen van een vast aanspreekpunt (trekker-believer) binnen de vindplaats.
- Zorg voor mogelijkheden voor terugkoppeling tussen de coach werk en de zorgprofessionals, mits toestemming van cliënt.

5. Houd de dienstverlening kosteloos, vrijblijvend en laagdrempelig voor zowel zorgprofessionals als personen met gezondheidsuitdagingen

- Positioneer de coach werk fysiek en sociaal nabij de zorgprofessionals en finale doelgroep, bijvoorbeeld door diverse mogelijkheden voor contactname of vaste momenten en ruimtes te voorzien op de vindplaats. Versterk op die manier de vertrouwensrelatie tussen de zorgprofessionals en de coach werk.
- Zorg voor toegankelijke, herkenbare en vertrouwelijke dienstverlening waarbij de ondersteuning kan variëren in intensiteit en duur naargelang de noden van de cliënt.
- Garandeer steeds de vrijblijvendheid van de dienstverlening en bewaak de autonomie voor cliënten door cliënten te informeren, sensibiliseren en motiveren met het oog op een geïnformeerde beslissing.

6. Behoud en versterk waar nodig de expertise van de coaches werk in functie van kwalitatieve dienstverlening en blijf inzetten op autonome motivatie van de cliënten

- Engageer coaches werk die beschikken over expertise en/of praktijkervaring in de domeinen werk én zorg of die bereidheid tonen om kennis in deze domeinen te verwerven en/of te verdiepen. Ondersteun kennisopbouw en -uitwisseling bij personen met expertise en interesse in deze domeinen (vb. via casebesprekingen of interviews met actoren uit het domein werk of zorg). Dit verhoogt de kwaliteit van de verstrekte informatie en faciliteert de vertrouwensrelatie met zowel zorgprofessionals als de finale doelgroep.

- Gebruik technieken uit motiverende gespreksvoering en de zelfdeterminatietheorie om duurzame en autonome motivatie te versterken. Houd rekening met de diversiteit in situaties/startposities van de cliënten en werk waarderend door te focussen op wat mensen nog wél kunnen i.p.v. op beperkingen
- Wees een vertrouwde en neutrale schakel tussen cliënt, zorgverlener en arbeidsmarktactoren.

Aanbevelingen voor welzijns- en zorgsettings en de betrokken zorgprofessionals

7. Ontwikkel een gedeelde visie rond werk in de welzijns- en zorgsetting en versterk de bekendheid en het draagvlak voor de dienstverlening

- Ontwikkel een gedeelde visie op werk en stel iemand binnen de vindplaats aan als visiebewaker/SPOC inzake werk. Vertrek hiervoor vanuit de noden en uitdagingen van de cliënten en zorgprofessionals in hun rol m.b.t. het thema werk.
- Versterk de bekendheid van en het draagvlak voor de beschikbare ondersteuning d.m.v. feedbackmomenten en informatieacties richting zorgprofessionals.
- Overweeg de structurele(re) inbedding van werkondersteuning binnen het zorgtraject.

Aanbevelingen voor verder (evaluatie)onderzoek

8. Onderzoek de mogelijkheden voor een meer structurele integratie van de outreachende en vindplaatsgerichte dienstverlening in de Vlaamse context

Onderzoek hoe de dienstverlening ondersteund binnen de geëvalueerde oproep duurzaam kan worden ingebed in de Vlaamse context. Bekijk hierin ook het potentieel van outreachende activiteiten in de preventie van arbeidsongeschiktheid. Analyseer bijvoorbeeld via een systeemanalyse van initiatieven richting zorgprofessionals én personen met gezondheidsuitdagingen de samenhang tussen beleidsinitiatieven op verschillende domeinen en beleidsniveaus om hiaten en inefficiënties te identificeren.

9. Onderzoek de impact van beleidswijzigingen inzake activering en re-integratie op personen met gezondheidsuitdagingen en zorgprofessionals

Evalueer de gevolgen van recente beleidsbeslissingen en toekomstige beleidsopties zoals de beperking van werkloosheidsuitkeringen in de tijd en de verplichte VDAB-inschrijving. Heb aandacht voor gewenste en ongewenste effecten inzake arbeidsmarkt en welzijn op verschillende niveaus (Vlaams, sectoraal, individueel).

10. Onderzoek de langetermijnimpact van toeleiding naar VDAB en haalbare tussenstappen (zoals vb. vrijwilligerswerk) op duurzame tewerkstelling, arbeidsongeschiktheid en herval voor personen met gezondheidsuitdagingen.

11 BIJLAGEN

11.1 Beschrijving geselecteerde vindplaatsen (casestudie)

11.1.1 AZ Rivierenland Bornem

De dienstverlening in het algemeen ziekenhuis Rivierenland campus Bornem richt zich op zowel acute als chronische zorg, waaronder heelkunde, geneeskunde, locomotorische revalidatie en neuropsychiatrie, met een focus op multidisciplinaire samenwerking en patiëntgerichte zorg. Het ziekenhuis heeft een capaciteit van 242 bedden.

Opstart dienstverlening coach werk

Het AZ Rivierenland campus Bornem is als vindplaats betrokken bij het project Werkschakel in de provincie Antwerpen. De dienstverlening werd in maart 2024 opgestart door een coach werk van emino, Werkschakel. Verder is de coach werk vanuit dit project ook nog actief in een aantal andere vindplaatsen in de regio, zoals een huisartsenpraktijk, een psychologenpraktijk, een wijkgezondheidscentrum en het AZ Rivierenland campus Rumst. De coach werk begeleidde voordien onder meer GLOW-trajecten, maar werkt nu volledig ten dienste van dit project. De samenwerking tussen emino en Het AZ Rivierenland campus Bornem beperkt zich voornamelijk tot de afdeling oncologie vanuit deelname aan het project Rentree. Verder heeft het algemeen ziekenhuis voordien aan geen andere gerelateerde projecten, zoals vb. We Go To Work, deelgenomen. Van bij de opstart heeft het AZ Rivierenland campus Bornem een van de medewerkers van de sociale dienst een deel vrijgesteld van gebruikelijke taken om extra ondersteuning te kunnen bieden aan de coach werk.

De dienstverlening van de coach werk richt zich hoofdzakelijk op het pijncentrum en de psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ). Het multidisciplinair pijncentrum richt zich vooral op mensen met chronische pijn, waar medische behandeling weinig of voldoende beterschap biedt. Het belangrijkste doel van het centrum is pijn te verzachten en levenskwaliteit van cliënten te verbeteren. De PAAZ is een open psychiatrische afdeling voor volwassenen met een algemene psychiatrische problematiek, zoals angst- en stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen persoonlijkheidsstoornissen en verslavingszorg. Op het moment van de interviews was de coach werk bezig met eerste stappen richting uitbreiding van de dienstverlening naar de afdeling nefrologie en de spine afdeling van de rugschool.

Beoogde doelstelling en doelgroep

De beoogde doelstelling van de aanwezigheid in de vindplaats is tweeledig. Enerzijds het verbeteren van de werkhervatting en activering van cliënten met gezondheidsuitdagingen door het bieden van informatie en ondersteuning op maat. Anderzijds beoogt men ook

zorgprofessionals te ondersteunen in het herkennen en doorverwijzen van cliënten met werkgerelateerde vragen. De beoogde doelgroep van de dienstverlening wordt ruim genomen en beperkt zich niet uitsluitend tot langdurig zieken. Iedereen met vragen over werk, inclusief mensen zonder een duurzame loopbaan zijn welkom. *‘Als ik me alleen maar concentreer op de langdurig zieken, dan is werkschakel op dat vlak dan niet duurzaam genoeg. Ik moet ook de mensen pakken die misschien bijna uitvallen. En die komen nu ook bij mij, die daar op het randje zitten van in ziekte te vallen. Ik ga die de info geven, die de handvaten geven om niet in ziekte te vallen of toch niet langdurig ziek.’*

Dienstverlening naar einddoelgroep

De dienstverlening naar de einddoelgroep bestaat uit **informatiesessies** en individuele gesprekken. De coach werk geeft afzonderlijke informatiesessies in het pijncentrum en de PAAZ. De informatiesessies voor cliënten verbonden aan het pijncentrum zijn ingebouwd in het zorgtraject en duren ongeveer 1,5 uur à 2 uur. Deze informatiesessies zijn niet verplicht voor cliënten, maar worden automatisch mee opgenomen in de afsprakenkalender. Gezien de doelgroep en de variatie aan zorgtrajecten bij cliënten van de PAAZ is de infosessie niet structureel ingebed in het zorgtraject. De coach werk geeft op deze afdeling maandelijks een informatiesessie van ongeveer 45 minuten. De informatiesessie wordt mee opgenomen in de weekplanning die uithangt aan de inkom van de leefruimte. Cliënt-bewoners van de PAAZ worden op de dag van de infosessie door zorgprofessionals gemotiveerd om deel te nemen aan de infosessie. Tijdens de infosessies worden de mogelijkheden en trajecten besproken en wordt er informatie gegeven over de ondersteuning die beschikbaar is. Naast de algemene informatiesessies, geeft de coach werk ook **individuele ondersteuning** aan cliënten. De gesprekken zijn gericht op het verkennen van de huidige situatie van de cliënt om zo samen met de cliënt een geschikte aanpak te kunnen bepalen.

Toeleiding van cliënten

Cliënten vinden op verschillende manieren de weg naar de coach werk: na het volgen van de informatiesessie, op **aanraden/doorverwijzen van de betrokken zorgverleners** of op **eigen initiatief via zelf-aanmelding** door middel van een QR-code na het lezen van de informatie op de digitale schermen of flyers in de wachtzaal. Zorgverleners spelen een belangrijke rol in de rekrutering, ze zijn vaak diegenen die het thema werk bespreekbaar maken en de eerste schakel vormen in het activeringsproces. Gezien de beperkte verblijfsduur (max 3 weken) van de PAAZ cliënt-bewoners maakt de coach werk steeds de week volgend op de infosessie tijd vrij voor individuele gesprekken met cliënten die na de infosessie interesse hebben in individuele ondersteuning. De gesprekken worden steeds ingepland in samenspraak met de zorgprofessionals van de PAAZ. De coach werk merkt op dat het een bewuste keuze is om deze cliënten te ondersteunen tijdens hun verblijf in het AZ Rivierenland campus Bornem. Het aandeel cliënten dat zich nog aanmeldt nadat men het ziekenhuis heeft verlaten is nihil.

Samenwerking met zorgverleners, terugkoppeling en verslaggeving

Samenwerking met de zorgverleners en de coach werk is verschillend in beide afdelingen. Voor het pijncentrum neemt de coach werk wekelijks gedurende een uur deel aan het **multidisciplinair overleg** met o.a. artsen, psychologen en ergotherapeuten. Tijdens het MDO wordt besproken welke cliënten worden doorverwezen naar de coach werk. Hier gebeurt ook **mondelinge terugkoppeling** over de cliënten die werden gezien door de coach werk (na goedkeuring van de cliënt). De samenwerking tussen de coach werk en de zorgverleners op de psychiatrische afdeling gebeurt op een minder structurele manier. De coach werk neemt hier niet systematisch deel aan het multidisciplinair overleg. In tegenstelling tot bij het pijncentrum heeft de coach werk hier beslist om wel een **informatiesessie** te geven aan het team van kortverblijf op de PAAZ. Doorverwijzing van cliënten gebeurt hier vooral door nauwe **samenwerking met een van de sociaal-verpleegkundigen** via telefonisch contact of email, maar evengoed ook op het moment dat de coach werk de afdeling bezoekt. Op de psychiatrische afdeling zijn mensen vaak enkel een paar weken in opname, dit vergt een flexibele manier van werken. In tegenstelling tot bij de pijnkliniek koppelt de coach werk niet systematisch terug naar zorgprofessionals op de PAAZ.

Registratie van cliënten

De coach werk heeft geen toegang tot het **intern registratiesysteem** en de patiëntendossiers. Het is de sociaal werker die vanuit het AZ gedeeltelijk werd vrijgesteld voor dit project die aanvankelijk de cliënten inboekte voor de coach werk. Na een aantal maanden is men overgeschakeld op een **boekingsapp**. Cliënten kunnen nu zelf via de URL of QR-code een gesprek inboeken met de coach werk. Hierbij kunnen cliënten toestemming geven om hun telefoonnummer en emailadres te delen met de coach werk. Informatie over de dienstverlening en de boekingsapp wordt verspreid via de beeldschermen in de wachtzalen en via flyers. Zorgverleners geven de flyers ook mee aan cliënten zodat cliënten zelf een afspraak kunnen inboeken met de coach werk. Doorverwijzingen van zorgverleners via het multidisciplinair overleg worden (met goedkeuring van cliënt) wel nog steeds ingeboekt via het intern registratiesysteem. De zorgprofessional door wie de cliënt het eerst wordt gezien neemt de verantwoordelijkheid om de mogelijkheid van individuele ondersteuning met de cliënt te bespreken. Indien de cliënt in de nabije toekomst geen consultaties heeft gepland, dan wordt de cliënt opgebeld door de betrokken sociaal medewerker van de sociale dienst.

Aanwezigheid op de vindplaats, aantal gesprekken en looptijd ondersteuning

In het begin van het project was de coach twee halve dagen per maand aanwezig op de vindplaats, maar omwille van de grote toestroom aan cliënten is dit sinds de zomer van 2024 opgetrokken tot **1 dag per week** op een **vaste dag**. De coach werk heeft **1 vaste gespreksruimte** in de vindplaats waar cliënten worden ontvangen van de verschillende afdelingen. Op de boekingsapp staat ook de route uitgelegd hoe men het kantoor van de coach werk kan terugvinden. Aanmelding bij de receptie is niet nodig. Cliënten die verblijven op de

PAAZ gaat de coach werk vaak zelf halen op de afdeling. Los van de vaste zitdag reserveert de coach werk steeds 1 keer per maand een voor- of namiddag voor de ondersteuning van 3 cliënten uit de PAAZ na de infosessie. Soms spreekt de coach werk met de cliënten van de PAAZ ook af op andere momenten in onderling overleg. De coach werk ziet **gemiddeld 5 cliënten voor individuele ondersteuning per dag**, afhankelijk van de locatie en vraag. Een gesprek duurt ongeveer 45 minuten tot 1 uur. **Cliënten volgen gemiddeld 1 à 2 individuele gesprekken** met de coach werk, afhankelijk van de complexiteit van de case en de fase in het zorgtraject, de **ondersteuning kan variëren van enkele weken tot enkele maanden**.

Ondersteuning coach werk

De coach werk overlegt maandelijks provinciaal met de 5 andere betrokken emino coaches werk uit de provincie Antwerpen. Driemaandelijks wordt een Vlaams-breed overleg gehouden met de verschillende coaches en tweewekelijks hebben de coaches de mogelijkheid om aan te sluiten op een online intervisiemoment met andere coaches. Verder werd een speciale Teams-chat opgericht waar complexe cases kunnen worden gedeeld en waar kan worden uitgewisseld met andere collega's.

11.1.2 AZ Oostende

Het AZ Oostende is een algemeen ziekenhuis dat in november 2023 is ontstaan door een fusie van twee ziekenhuizen in Oostende, het AZ Damiaan en het Serruysziekenhuis, met respectievelijk 541 en 268 erkende bedden en plaatsen.

Opstart dienstverlening coach werk en coach zorg

Het AZ Oostende is als vindplaats betrokken bij het project Werkschakel in de provincie West-Vlaanderen. De dienstverlening werd op 1 februari 2024 opgestart, met een effectieve opstart op de vloer vanaf maart, vanuit GTB waarbij een coach werk werd ingezet, aangevuld met de financiering van een coach zorg. Dit is een bestaande medewerker van het AZ Oostende die de rol van coach zorg opneemt ter ondersteuning van de coach werk. De dienstverlening van de coach werk vanuit GTB en de coach zorg richt zich voornamelijk op het multidisciplinair pijncentrum, de afdeling rug- en nekklachten en de psychiatrische afdelingen verdeeld over beide campussen. In het pijncentrum worden zowel patiënten met acute als chronische pijn behandeld, waarbij wordt ingezet op pijnverlichting op lange termijn en het omgaan met chronische pijn in het dagelijks leven. Het revalidatiecentrum van het ziekenhuis biedt rug- en nekrevalidatie. In de open psychiatrische afdelingen wordt zowel poliklinische zorg als intramurale zorg aangeboden voor mensen met een psychische en/of psychiatrische kwetsbaarheid. De coaches werk en zorg focussen zich op beide afdelingen.

De coach zorg is, naast haar specifieke rol voor dit project, ergotherapeut in dagtherapie op de psychiatrische afdeling. De coach werk was reeds vertrouwd met het ziekenhuis en werkte

reeds in het verleden nauw samen met de coach zorg vanuit de werking van GTB. Het AZ Oostende is op aanraden van de coach zorg ingestapt in het project. Het AZ Oostende is de enige vindplaats waar de coach werk voor dit project actief is. De resterende tijd wordt ingevuld als bemiddelaar bij GTB. In februari 2025 werd de dienstverlening uitgebreid met een coach werk vanuit emino die zich voornamelijk richt op de afdeling oncologie. Op het moment van de dataverzameling en analyse was de coach werk vanuit emino nog in volle opstart. Voor de casestudie hebben we ons dus beperkt tot de dienstverlening van de coach werk vanuit GTB en de coach zorg.

Beoogde doelstelling en doelgroep

De aanpak van de coaches werk en zorg is zowel gericht op patiënten als de zorgprofessionals. Eerst en vooral is het de bedoeling om cliënten te ondersteunen bij hun terugkeer naar werk, of dit nu in hun huidige functie is of in een nieuwe rol die beter aansluit bij hun mogelijkheden. Een tweede belangrijke doelstelling is het verbeteren van de samenwerking en communicatie tussen de verschillende zorgprofessionals en de patiënten om zo te komen tot een meer geïntegreerde en efficiënte dienstverlening. De einddoelgroep wordt bewust zeer ruim afgebakend, iedereen met vragen rond werk of van wie de zorgprofessionals beoordelen dat de persoon baat zou hebben bij activering is welkom. Cliënten hoeven niet noodzakelijk arbeidsongeschikt of een invaliditeitsuitkering te krijgen. Cliënten die worden doorverwezen uit het pijncentrum en het revalidatiecentrum rug- en nekklachten (o.a. rugschool) blijken vaak op invaliditeit te staan met een relatief grote afstand tot de arbeidsmarkt.

Dienstverlening naar einddoelgroep

De dienstverlening gericht aan cliënten bestaat uit informatiesessies en individuele begeleiding. **Maandelijks** wordt er een **informatiesessie** gegeven die zowel **gericht is naar de cliënten als zorgverleners** uit de verschillende afdelingen. Tijdens de informatiesessies wordt een overzicht gegeven van de beschikbare ondersteuning voor activering en de werking van het project. Inschrijving is verplicht voor deelname aan de informatiesessie. Hierbij kunnen cliënten zich zowel zelf inschrijven (na telefonisch contact met coach zorg) alsook op doorverwijzing (via mail, telefonisch of rechtstreeks) van een zorgprofessional. De **persoonlijke ondersteuning** is gericht op het verkennen van de huidige situatie van de cliënt om zo de meest geschikte aanpak te kunnen bepalen samen met de cliënt.

Toeleiding en registratie van cliënten

De toeleiding van cliënten naar de coach werk kan op verschillende manieren gebeuren. Personen komen in contact met de dienstverlening via **flyers in de wachtzaal**, via **mond-aan-mond reclame** door andere cliënten. Cliënten zijn op de hoogte waar de coach werk en zorg zich bevinden tijdens de zitdag en kunnen vrij langskomen om een afspraak in te plannen. Ook wordt er vaak telefonisch contact opgenomen om een afspraak in te boeken of wordt er

doorverwezen door de zorgprofessionals. Doorverwijzingen naar de coach werk en zorg gebeuren door verschillende type zorgprofessionals zoals orthopedisten en psychiaters, maar de meerderheid van de doorverwijzingen gebeurt door zorgprofessionals die op regelmatige basis meer praktisch uitvoerbare zaken doen met cliënten zoals kinesisten, ergotherapeuten, psychologen en verpleegkundigen. Verder vervult ook de **sociale dienst** een belangrijke rol in het doorverwijzen van cliënten richting de coach werk. Zorgprofessionals kunnen zelf via het intern systeem aanvragen voor cliënten registreren. Daarnaast is ook de coach zorg verantwoordelijk voor de aanmeldingen van cliënten in het intern registratiesysteem en contacteert de cliënten voor een kort telefonisch gesprek waarin de zorgnood of -vraag wordt verkend. Afhankelijk van het profiel van de klant en de zorgvraag wordt een (eerste) gesprek ingepland met de coach zorg of de coach werk of beiden samen. Eventuele vervolgesprekken worden ingepland volgens de noden van de cliënt, dit kan zowel bij de coach werk als de coach zorg zijn. Beide coaches starten en eindigen hun dag steeds met een half uur overdracht, waarin wordt besproken welke cliënten ze hebben gezien en welke acties ondernomen moeten worden.

Terugkoppeling naar zorgverleners en verslaggeving

Terugkoppeling naar de zorgverleners gebeurt **systematisch schriftelijk via het intern registratiesysteem**. Aangezien de coach werk geen toegang heeft tot het intern registratiesysteem zorgt de coach zorg voor het uploaden van de verslaggeving na de individuele gesprekken. Deze verslaggeving is zichtbaar voor alle betrokken zorgverleners in het patiëntendossier onder een specifieke knop 'werkschakel' die hiervoor werd toegevoegd aan het systeem. De **actieplannen** worden steeds opgemaakt door de coach werk en worden enkel gedeeld met zorgverleners na goedkeuring van de cliënt.

Samenwerking met zorgverleners

De coach werk en coach zorg **sluiten regelmatig aan op interdisciplinaire overleggen** binnen de afdelingen waarbij verschillende zorgprofessionals, zoals artsen, kinesisten, ergotherapeuten en medewerkers van de sociale dienst samenkomen om casussen te bespreken en de samenwerking te verbeteren. Hier wordt informatie gegeven over het project, de dienstverlening, de mogelijkheid om cliënten door te verwijzen, terugkoppeling in het intern registratiesysteem en vraagverfijning om zo de samenwerking te verbeteren.

Aanwezigheid op de vindplaats, aantal gesprekken en looptijd ondersteuning

Bij de opstart van de dienstverlening spendeerden de coach werk en zorg een halve dag per week in de vindplaats aan dit project, waarbij wekelijks werd gewisseld tussen beide campussen. Na verloop van tijd bleek dat dit onvoldoende was en praktisch ook minder werkbaar was. Men is toen overgeschakeld op 1 vaste dag per campus om de veertien dagen, op maandagen in Serruys en op woensdagen in Damiaan. De coach werk spreekt gemiddeld 7

cliënten per dag. Gemiddeld komen cliënten een 5-tal keren op gesprek. De looptijd van de ondersteuning varieert, maar kan enkele maanden duren, afhankelijk van de complexiteit van de situatie en de voortgang van medische behandelingen. De coach werk en zorg hebben op beide campussen een vast lokaal voor de individuele gesprekken met cliënten. Dit draagt bij aan het creëren van een vertrouwde omgeving voor de cliënten.

Ondersteuning coach werk door werkschakel, GTB

Alle coaches zorg, werk en de regionale brugfiguren komen vier keren per jaar samen in het kader van een lerend netwerk. Binnen dit lerend netwerk is er tijd en ruimte om ervaringen en kennis te delen, waarbij er steeds wordt ingezoomd op een ander thema om kennis bij de betrokkenen hierrond te versterken (bv. toelichting werking adviserende arts, arbeidsarts of uitleg ziekteperioden binnen systeem onderwijs). Daarnaast wordt om de drie maanden een overleg georganiseerd binnen het ziekenhuis met de betrokken partijen van het project en de regionale brugfiguur voor een stand van zaken en opvolging. De coach zorg en werk kunnen met al hun vragen permanent terecht bij regionale brugfiguur, wat volgens de coaches een grote ondersteuning biedt. Daarnaast is er een digitale groep van alle coaches werk waarbinnen kritische vragen of bedenkingen gedeeld worden en er antwoorden op diverse vraagstukken komen.

11.1.3 Praktijk ARZO

De Praktijk ARZO in Turnhout is een praktijk die eerstelijns hulp aanbiedt, waarin acht huisartsen, vier praktijkverpleegkundigen en andere zorgprofessionals zoals een loopbaan-, stress- en burn-outcoach, een menopauzeconsultant-seksuoloog-relatietherapeut, diëtiste, psychologe nauw samenwerken. In de praktijk wordt gewerkt met een forfaitair betalingssysteem waarbij het ziekenfonds maandelijks een vast bedrag betaalt aan de praktijk per ingeschreven klant. De praktijk is gericht op een holistische benadering, waarbij zowel medische, sociale als psychische aspecten worden meegenomen in de zorgverlening.

Opstart dienstverlening coach werk

De praktijk Arzo is als vindplaats betrokken bij het project Web Werkt in de provincie Antwerpen. De dienstverlening in de praktijk ARZO is later op gang gekomen, omwille van een personeelsswissel voor de functie coach werk bij Web Werkt. Ook op het moment van de interviews was de werking nog niet volledig ingebed en was het nog een deel zoeken naar een goede werkwijze aangepast aan de vindplaats en zijn doelpubliek.

De coach werk is naast haar dienstverlening in de praktijk ARZO voor dit project ook nog actief in verschillende andere vindplaatsen in de regio, zoals het gezondheidshuis in Vorselaar en Arendonk en een Wijkcentrum in Herentals.

Ondersteuning coach werk

Web werkt heeft één coach werk als outreacher voor dit project. Afstemming over de aanpak gebeurt voornamelijk met de projectcoördinator van Web werkt, de praktijkmanager van Arzo en de loopbaancoach die ook werkzaam is in Arzo.

Beoogde doelstelling en doelgroep

De einddoelgroep wordt strikt afgebakend in overeenstemming met de projectoproep: enkel cliënten in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit komen in aanmerking voor de dienstverlening. In samenspraak met de loopbaan-, stress- en burn-outcoach werd een schema uitgewerkt, een soort beslissingsboom, zodat cliënten en zorgverleners kunnen identificeren of cliënten tot het geschikte doelpubliek behoren voor de dienstverlening door de coach werk of voor dienstverlening van de loopbaancoach. Dit schema wordt zowel gedeeld met de betrokken huisartsen op de vindplaats als de cliënten.

Dienstverlening naar einddoelgroep

Tijdens de opstartfase in november en december 2024 werden er op vaste momenten vrije inloopmomenten georganiseerd in de praktijk waarbij cliënten zonder afspraak op gesprek konden komen bij de coach werk voor persoonlijke ondersteuning. Omdat er zeer weinig cliënten hierop afkwamen werd er overgeschakeld op het aanbieden van informatiesessies in de vorm van een **webinar** en de mogelijkheid voor het inboeken van een individueel gesprek op afspraak. Elke derde dinsdag van de maand wordt een webinar georganiseerd waarin het project en activeringsmogelijkheden worden besproken. Vooraf dienen mensen zich in te schrijven via een Google forms waarin ook nog een aantal richtvragen worden meegegeven om zeker te zijn dat de juiste doelgroep wordt bereikt. Na inschrijving ontvangen de cliënten een persoonlijke invite via MS Teams met URL waarmee ze kunnen deelnemen aan het webinar. In de wachtzaal wordt het aanbod van webinars en persoonlijke ondersteuning kenbaar gemaakt via flyers en op de digitale schermen. Ook worden de webinars kenbaar gemaakt via de praktijkwebsite en de maandelijkse elektronische nieuwsbrieven.

Toeleiding en registratie van cliënten

Cliënten kunnen **zelf telefonisch of via Whatsapp** contact opnemen met de coach werk voor het inplannen van een individueel gesprek. De contactgegevens van de coach werk staan vermeld op alle praktijkinformatie (onder meer flyers en beeldschermen in de wachtzaal). **Doorverwijzingen door zorgprofessionals**, de loopbaancoach en huisartsen, is (op het

moment van dataverzameling) **beperkt**. Gemiddeld nemen een 2 à 4 mensen deel aan de webinars waarvan ongeveer de helft doorstroomt naar individuele ondersteuning.

Samenwerking met zorgverleners en terugkoppeling

Terugkoppeling naar de betrokken zorgprofessionals **gebeurt via de cliënt zelf**. Dit is een bewuste keuze, in lijn met het uitgangspunt dat de cliënt de regie houdt over zijn of haar. Het is de cliënt die zelf beslist of en wat er wordt teruggekoppeld naar de huisarts. De coach werk doet op regelmatige momenten een terugkoppeling naar de praktijkmanager. Dit is een terugkoppeling op grote lijnen zonder specifieke cases en cliënten te benoemen. De dienstverlening van de coach werk richt zich hoofdzakelijk op de einddoelgroep en niet zozeer op de zorgprofessionals. De coach werk heeft nagenoeg **geen direct contact met de zorgprofessionals** op de vindplaats. Bij de opstart werd een **informatiesessie** gegeven aan de zorgprofessionals over het project en de dienstverlening, maar verder gebeurt de communicatie over het project en de dienstverlening hoofdzakelijk via de praktijkmanager van Arzo. Om gedragenheid voor het project bij zorgprofessionals te verhogen heeft de coach werk in samenspraak met de praktijkmanager een **folder** ontworpen over de dienstverlening en **de effecten van de dienstverlening** voor cliënten. Deze folder werd verspreid onder de zorgprofessionals op de vindplaats.

Aanwezigheid op de vindplaats, aantal gesprekken en looptijd ondersteuning

De coach werk heeft noch vaste dagen noch een vast lokaal in de praktijk voor de individuele gesprekken. Afhankelijk van de beschikbaarheid kan de coach gebruik maken van het lokaal van de loopbaan-, stress- en burn-out coach in de praktijk. Gesprekken met cliënten kunnen ook plaatsvinden bij Web Werkt in Turnhout, of op verzoek van de cliënt op een andere locatie. Gemiddeld komen cliënten 3 à 4 keer op gesprek.

11.1.4 P.C. Sint Hiëronymus

Het Psychiatrisch Centrum Sint Hiëronymus in Sint-Niklaas (Oost-Vlaanderen) neemt deel aan dit project vanuit het Netwerk GGZ. Het psychiatrisch ziekenhuis biedt zowel residentiële als dagbehandelingen aan en heeft verschillende afdelingen die zich richten op diverse zorgprogramma's waaronder verslavingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotische kwetsbaarheid, ernstige en langdurige psychiatrische zorg en psycho-organische stoornissen. Het PC Sint Hiëronymus biedt zowel eerstelijns hulp (in de polikliniek) als tweedelijns hulp aan volwassenen vanaf 18 jaar met een psychiatrische en/of verslavingsproblematiek. Aan het psychiatrisch ziekenhuis is ook een arbeidscentrum verbonden dat zich richt op arbeidscoaching van mensen met een psychische kwetsbaarheid in een veilige en stimulerende omgeving, waarbij deelnemers op eigen tempo kunnen leren

en werken in verschillende werkateliers. Daarnaast biedt dit arbeidscentrum ook individuele arbeidstrajectbegeleiding aan mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt. Mensen met een ondersteuningsvraag naar de arbeidsmarkt kunnen zich aanmelden ongeacht of ze in een opname zijn. Bij individuele aanmelding gaat de coördinerende psychiater van het arbeidscentrum inschatten of de persoon omwille van psychiatrische of psychische problemen beroept wil doen op onze dienstverlening.

Opstart dienstverlening VIP coach

P.C. Sint Hiëronymus is als vindplaats betrokken bij het Netwerk GGZ in de provincie Oost-Vlaanderen. In het kader van deze oproep werd de dienstverlening van de VIP coach (coach werk) opgestart in **februari 2024**. Voordien was de VIP coach reeds een 3-tal jaar actief in de vindplaats als arbeidscoach vanuit de werking van Echo. De VIP coach werkt voor dit project ook nog voor een aantal andere vindplaatsen in de regio van Sint-Niklaas, waaronder PC Sint Lucia, mobiele teams, Beschut wonen Pro mente en Beschut wonen Waasland.

Beoogde doelstelling en doelgroep

De beoogde doelgroep zijn voornamelijk personen met een afstand tot de arbeidsmarkt die langdurig ziek zijn en die nog niet ingeschreven zijn bij VDAB en nog geen contact hebben gehad met hun terug naar werk-coördinator. Het doel van de VIP coach is om cliënten informatie op maat te geven en indien gewenst correct door te verwijzen. *‘Het is belangrijk dat mensen het gevoel hebben dat ze zich gehoord en geholpen voelen en dat er een correcte doorverwijzing kan gebeuren. Dat ze niet als een ping pong bal heen en weer gestuurd worden.’* In de praktijk wordt de doelgroep eigenlijk ruimer genomen, waarbij iedereen met vragen over werk kan rekenen op ondersteuning van de VIP coach voor informatie op maat en gepaste doorverwijzing indien nodig. Gezien de aard van de vindplaats worden de cliënten gekenmerkt door een psychische kwetsbaarheid. Voor deze doelgroep zijn er verschillende trajecten mogelijk afhankelijk van hun herstelfase en hun wens naar werk. De VIP coach helpt hen heel gericht en op maat naar welke deur ze gaan om een volgende succesvolle stap richting werk te kunnen zetten.

Dienstverlening naar einddoelgroep

De VIP coach ondersteunt cliënten door het maandelijks aanbieden van **informatiesessies** en de mogelijkheid tot **individuele ondersteuning**. De informatiesessies duren ongeveer anderhalf uur waarin informatie wordt gegeven over het aanbod activeringstrajecten en begeleidingsmogelijkheden. Deze sessies zijn toegankelijk voor cliënten uit alle afdelingen van het ziekenhuis, behalve de afdeling ouderenzorg. Ook cliënten uit het mobiele team of beschut wonen kunnen aan deze groepssessies deelnemen. De informatiesessies worden steeds gegeven op een vaste plek in de vindplaats. Initieel was inschrijving voor deelname aan de

informatiesessie niet nodig, na verloop van tijd werd overgestapt op vooraf inschrijving met het oog op een betere opvolging van de cliënten.

Toeleiding en registratie van cliënten

Op de verschillende afdelingen hangen er affiches om het aanbod van de informatiesessies kenbaar te maken bij de cliënten. Mensen kunnen op **eigen initiatief** komen luisteren of komen op aanraden van de sociale dienst. Na de informatiesessie kunnen cliënten een individueel gesprek aanvragen om hun persoonlijke situatie en vragen te bespreken.

De meeste **doorverwijzingen** voor persoonlijke ondersteuning **komen via de sociale dienst** van het ziekenhuis of de individuele zorgbegeleider van het team langdurige zorg. Het merendeel van de cliënten wordt tijdens de behandeling ten minste één keer gezien door iemand van de sociale dienst. Cliënten met een vraag richting werk worden dan doorverwezen naar de VIP coach. Soms wordt de VIP coach van op voorhand ingelicht over de specifieke vragen of noden van de cliënt, maar dit gebeurt niet systematisch. Soms komt iemand van de sociale dienst mee op trio-gesprek om dieper in te gaan op de persoonlijke situatie van de cliënt of voor het helpen verduidelijken van de zorgvraag. **Doorverwijzingen naar de VIP coach komen zelden van behandelend artsen, psychiaters of psychologen.** Na afronding van individuele gesprekken koppelt de VIP coach steeds terug naar de sociale dienst. Er is geen vaste manier van terugkoppeling, het kan zijn dat dit via email gebeurt, maar ook telefonisch of face-to-face.

Samenwerking met zorgverleners

Samenwerking met medewerkers uit de sociale dienst gebeurt vooral **op individuele basis** om de drempels voor cliënten in kaart te brengen en passende oplossingen te vinden. De vip-coach sluit niet systematisch aan op het maandelijks teamoverleg van de sociale diensten, vooral omwille van tijdsgebrek.

Aanwezigheid op de vindplaats, aantal gesprekken en looptijd ondersteuning

De VIP coach is gemiddeld **één dag per maand aanwezig** in het PC Sint Hiëronymus. Op deze dagen organiseert ze informatiesessies en heeft ze individuele gesprekken met cliënten. De individuele gesprekken duren meestal ongeveer een uur en worden ingepland op basis van bestaande noden van de cliënten. Een cliënt wordt gemiddeld **twee tot drie keer gezien** tijdens het traject. Dit omvat meestal een informatiesessie, een individueel gesprek en eventueel een vervolgspraak indien nodig. De looptijd van de ondersteuning varieert, maar de coach werk probeert de afspraken zo kort mogelijk op elkaar te plannen om de continuïteit te waarborgen. De **totale looptijd van de ondersteuning kan variëren van enkele weken tot enkele maanden**, afhankelijk van de specifieke situatie en behoeften van de cliënt. Individuele ondersteuning wordt zowel aangeboden in het P.C. Sint Hieronymus of in het nabijgelegen kantoor van Echo,

op 10 minuten fietsafstand van elkaar. De VIP coach heeft **geen vast lokaal voor de persoonlijke gesprekken** met cliënten. Voor individuele gesprekken wordt er flexibel gebruik gemaakt van beschikbare ruimtes binnen het centrum, afhankelijk van de beschikbaarheid en de behoeften van de cliënten.

Ondersteuning coach werk

Naast regelmatig overleg met de sociale diensten op de vindplaats is er ook een maandelijks overleg met de andere 8 VIP-coaches uit de provincie Oost-Vlaanderen om ervaringen en best practices uit te wisselen. De specifieke cases van cliënten met interesse in het volgen van begeleiding bij ECHO worden besproken in het team ECHO.

11.1.5 Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Kohesi

Het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) Kohesi in Hasselt biedt uitsluitend tweedelijns hulp aan waarbij hun diensten gericht zijn op mensen met meer complexe en langdurige psychische problemen die intensieve behandeling en begeleiding vereisen. Het CGG Kohesi geeft hierbij voorrang aan mensen die financieel kwetsbaar zijn. Ze richten zich op volwassenen en ouderen. De dienstverlening omvat o.a. individuele therapie, groepstherapie, en preventie. Voor acute interventie wordt doorverwezen naar een crisis dienst, zoals PAAZ of een Mobiel crisis team. In de vindplaats wordt geen intramurale dienstverlening geboden.

Opstart dienstverlening VIP coach

Het CGG Kohesi is als vindplaats betrokken bij het project Job Assist in de provincie Limburg. De dienstverlening werd in maart 2024 opgestart door de VIP coach (coach werk). De dienstverlening van de VIP coach richt zich op de volledige vindplaats.

Beoogde doelstelling en doelgroep

De doelgroep omvat zowel personen die langdurig arbeidsongeschikt zijn als personen die nog een werkgever hebben maar ondersteuning nodig hebben bij werkgerelateerde kwesties. De doelgroep wordt in die zin ruim genomen, waarbij iedereen met vragen met betrekking tot werk in aanmerking komt voor ondersteuning van de coach werk. *“In principe mogen zij, als ze denken dat ze een nood of een vraag hebben waar wij hen mee kunnen bij helpen dan mogen zij [zorgprofessionals] doorverwijzen. Het gaat dan niet alleen over zieken, want die grens is heel moeilijk te trekken. Maar het gaat soms ook over personen die nog een werkgever hebben, maar die ook daar ergens in vastlopen of het loopt moeilijk op de werkplek. Dus het zijn niet alleen [de zieken], want dat was wel op voorhand gezegd, maar*

die grens kunnen we heel moeilijk trekken. Je kunt niet zeggen van ah, je hebt een vraag, maar jij hebt een contract lopende, dus nee we gaan u daar niet verder mee helpen.”

Gezien het type vindplaats omvat de bereikte doelgroep hoofdzakelijk personen met **psychische kwetsbaarheden**. Een groot deel van de doelgroep zijn mensen met een **financiële kwetsbaarheid**.

Dienstverlening naar einddoelgroep

De dienstverlening naar de einddoelgroep bestaat uit **individuele ondersteuning**, waarbij zowel de psychische als praktische aspecten van re-integratie worden aangepakt. De coach werk geeft aan dat er (momenteel) geen vraag is naar groepsgesprekken.

Toeleiding en registratie van cliënten

Cliënten komen bij de VIP coach terecht op aanraden/**doorverwijzing van betrokken zorgprofessionals**, zoals de klinisch psychologen, de psychiater, de orthopedagoog en de psychiatrisch verpleegkundigen op de vindplaats. Het zijn de zorgverleners die het gesprek inplannen bij de VIP coach, zij beheren de agenda van de coach. Vaak geeft de doorverwijzer op voorhand een korte profielschets en psychologische kwetsbaarheden van de persoon mee, maar dit gebeurt niet systematisch. Cliënten kunnen niet rechtstreeks een gesprek inplannen bij de VIP coach.

De VIP coach voorziet op vraag van de zorgverleners wekelijks een **schriftelijke terugkoppeling** naar de doorverwijzers via e-mail, waarin de resultaten van de gesprekken worden gedeeld. Dit zorgt voor een geïntegreerde aanpak van het werk traject in het zorgtraject en goede opvolging van cliënten door de zorgverleners.

Samenwerking met zorgverleners

Op vraag van de zorgprofessionals heeft de VIP coach 1 keer deelgenomen aan het **teamoverleg** met de zorgverleners om meer algemene informatie te geven over het project, de verschillende activeringsmogelijkheden en om dieper in te gaan op het thema individueel maatwerk. De coach heeft een vast gesprekslokaal op een vaste dag, daardoor springen zorgverleners ook vaak binnen als ze een vraag hebben met betrekking tot werk of het doorverwijzen van een cliënt. De coach werk beantwoordt ook geregeld telefonische vragen en vragen via e-mail van zorgverleners.

Aanwezigheid op de vindplaats, aantal gesprekken en looptijd ondersteuning

De coach werk is een halve dag per week aanwezig op woensdagvoormiddag en heeft een vast gesprekslokaal ter beschikking voor individuele ondersteuning van cliënten. De coach heeft gemiddeld drie individuele gesprekken per voormiddag. Cliënten gaan gemiddeld 1 à 2 keer op gesprek bij de coach voor afronding van de begeleiding.

Ondersteuning coach werk

Er werken nog een 4-tal andere coaches werk voor het project Job Assist. Terugkoppeling over de cases gebeurt hoofdzakelijk met de betrokken zorgverleners op de vindplaats, tenzij het een zeer complexe case is waar de coach op vastloopt, dan is er de mogelijkheid om dit te bespreken op het wekelijks teamoverleg met de andere coaches werk.

11.1.6 Wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt

Het wijkgezondheidscentrum De Ridderbuurt in Leuven biedt eerstelijnsgezondheidszorg aan de inwoners van groot Leuven met speciale aandacht voor sociaal kwetsbare personen. De dienstverlening omvat huisartsenzorg, verpleegkundige zorg, kinesithérapie, maatschappelijk werk en gezondheidspromotie waarbij getracht wordt om financiële, culturele en fysieke drempels tot gezondheid weg te nemen. Het WGC werk binnen een forfaitair betalingssysteem. Het thema werk neemt een niet onbelangrijke plaats in binnen de werking van het WGC waarbij werk wordt gezien als integraal onderdeel van het herstel en welzijn van cliënten.

Opstart dienstverlening coach werk

Het WGC De Ridderbuurt is als vindplaats betrokken bij het project Werkschakel in de provincie Vlaams-Brabant. De dienstverlening werd in februari 2024 door de coach werk van opgestart vanuit de werking van GTB. Verder is de coach werk voor dit project ook nog actief in een aantal andere vindplaatsen, waaronder twee centra voor geestelijke gezondheidszorg en een ander wijkgezondheidscentrum. De coach werkt 3/5 voor het project werkschakel. Verder heeft de coach ongeveer 10 jaar ervaring als bemiddelaar bij GTB en werkte voordien voor de Gespecialiseerde Arbeidsonderzoeksdienst. De dienstverlening van de coach werkt richt zich op de volledige vindplaats.

Beoogde doelstelling en doelgroep

De beoogde doelstelling van de dienstverlening van de coach werk op de vindplaats is het verbeteren van de gezondheid en welzijn van kwetsbare personen door hen te ondersteunen bij re-integratie en terugkeer naar werk. De doelgroep wordt breed genomen in de zin dat iedereen die kwetsbaar staat in zijn loopbaan terecht kan bij de coach werk. Deze brede insteek wordt genomen vanuit enerzijds een proactieve insteek waarbij wordt getracht om kwetsbare personen met een groot risico op uitval te ondersteunen om (langdurige) uitval te voorkomen en anderzijds is het naar zorgprofessionals te complex om een strikte afbakening te hanteren.

Dienstverlening naar einddoelgroep en toeleiding van cliënten

De dienstverlening naar de einddoelgroep bestaat uit **individuele gesprekken**, waarbij de coach werk cliënten informeert en ondersteunt bij doorverwijzing in hun traject naar werk of andere zinvolle dagactiviteiten ter bevordering van hun re-integratie. Omwille van de kwetsbare doelgroep gaat de coach als nodig mee met cliënten op **trio-afpraak** (vb. bij VDAB, op plaatsen waar men vrijwilligerswerk kan doen, ...). De cliënten komen bij de coach werk terecht via **doorverwijzing** of op aanraden van betrokken zorgprofessionals, waaronder huisartsen, sociaal assistenten en kinesisten op de vindplaats. Zorgprofessionals kunnen in het agendasysteem van de coach werk rechtstreeks afspraken inboeken. Soms vragen zorgprofessionals via e-mail (met cliënt in cc) om contact op te nemen met de cliënt voor het inboeken van een gesprek. Cliënten kunnen niet rechtstreeks op eigen initiatief een eerste gesprek inboeken bij de coach werk.

De samenwerking tussen de coach werk en de zorgprofessionals

De samenwerking tussen de coach werk en de zorgprofessionals wordt vormgegeven door af en toe deel te nemen aan een teamoverleg waarop de dienstverlening wordt uitgelegd en meer algemeen wordt gewerkt aan het vergroten van het draagvlak voor het project. Maar volgens de coach werk ligt de grootste meerwaarde in de informele afstemming met individuele zorgprofessionals waarbij de coach werk zich strategisch positioneert binnen het centrum, bijvoorbeeld bij de koffieautomaat, om zichtbaar te zijn en laagdrempelig contact te kunnen onderhouden met zorgprofessionals. Daarnaast zorgt de coach werk ook voor schriftelijke terugkoppeling via e-mail naar betrokken doorverwijzers.

Aanwezigheid op de vindplaats, aantal gesprekken en looptijd ondersteuning

De coach werk is twee halve dagen per week aanwezig op de vindplaats. Ze heeft een vast lokaal voor persoonlijke gesprekken met cliënten. Afhankelijk van de beschikbaarheden van cliënten kunnen ook cliënten worden ontvangen op andere momenten in de lokalen van VDAB. Gemiddeld ziet de coach werk drie cliënten per halve dag, wat neerkomt op ongeveer zes cliënten per week in het wijkgezondheidscentrum. De looptijd van de ondersteuning varieert, maar meestal zijn er drie tot vier afspraken over een periode van enkele maanden tot tien maanden. Als er meer dan vijf afspraken nodig zijn, wordt gekeken naar doorverwijzing naar andere diensten voor verdere begeleiding.

Ondersteuning coach werk

Terugkoppeling over de cases gebeurt vooral met zorgverleners op de vindplaats. De coach werk overlegt op regelmatige basis met een van de sociaal werkers (en interne trekker van het project). Beiden hebben reeds een goede werkrelatie opgebouwd in een voorgaand project

We go to Work. Aangezien men reeds goed op elkaar is ingespeeld is systematisch overleg minder aan de orde. Vragen over complexe cases worden dan weer eerder besproken met collega begeleiders vanuit GTB.

11.2 Samenstelling klankbordgroep

Tabel 7 Overzicht leden klankbordgroep

To	Vertegenwoordigers / genodigden
VDAB	Lynn Germeys, Nicole Willems, Kimberly Derck
Departement Werk en Sociale Economie / Departement Werk, Economie, Wetenschap, Innovatie en Sociale Economie	Steven De Bock, Patricia Vroman, Lisa Popelier, Sara Vissers, Benedict Wauters
Kabinet Vlaamse Minister van Werk	Marie-Charlotte Schurmans (kabinet minister Brouns) Nivard Bronckaers en Davy Scherlippens (kabinet minister Demir)
Departement Zorg	Tineke Oosterlinck, Nele Lenaerts, Loes Houthuys
Kabinet Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	Kelly Verheyen
RIZIV	Astrid Brans, Kirsten Van Kelst, Isabel Nottebaert
Kabinet Federaal minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	Wendy Ranschaert, Astrid Thienpont (kabinet minister Vandenbroucke)
Vlaams patiëntenplatform	Eline Bruneel
NOOZO (Vlaamse adviesraad handicap vzw)/Handicap en Arbeid	Gisèle de Moffarts, Veronique Deblon
SERV - STIA	Nele Vanheeswijck
Zorgnet Icuro	Yves Wuyts
Kom op tegen kanker	Wim Geluykens
Projectvertegenwoordigers	Pieter Vaes (GTB), Patrick Ruppel (GTB), Saskia Martens (Emino), Christa Claessens (Emino), Ward Noelmans (Emino), Sarah De Wolf (Emino), Heleen Caymax (i-diverso), Greet Vanbilsen (Job-art), Sylvie Enzlin (Broeders van Liefde), Ineke Debbaut (Broeders van Liefde), Jolien Maeyninx (Blenders)
Mutualiteiten	Karolien Mermans (Solidaris)
KU Leuven	Lode Godderis, Anke Deprez

11.3 Leidraden (groeps) interviews

11.3.1 Leidraad verkennend interview projectcoördinatoren

Inleiding & geïnformeerde toestemming

Bedankt om tijd vrij te maken voor dit gesprek.

De bedoeling van dit gesprek is vooral om een zicht te krijgen op de manier waarop het project wordt geïmplementeerd, welke acties jullie inzetten in welke vindplaatsen. We gaan met de informatie uit dit gesprek aan de slag om onze onderzoeksaanpak verder uit te werken.

Wij doen dit onderzoek vanuit de studiedienst van DWSE, het gesprek zelf is vertrouwelijk. Enkel de resultaten van de analyses worden gedeeld.

Voor we met het gesprek van start gaan, wil ik vragen of het goed is dat ik dit interview opneem? Enkel Lisa en ikzelf als onderzoekers beluisteren de opname, we geven de opname of transcripten aan niemand door intern of extern. Als je tijdens dit gesprek graag iets '*off the record*' zegt, dan mag je dat zeker aangeven.

Alles duidelijk? Nog vragen?

WERKING EN CONTEXT

[basis samenwerking met partners]

- Welke partners zijn bij jullie project betrokken?
- Hebben jullie hiervoor, dus voor deze oproep, al met deze partners samengewerkt?
- Hebben jullie deelgenomen aan het ESF-project Outreach en activering? (al opzoeken op voorhand)
- Hoe is jullie samenwerking met deze partners georganiseerd? (vb. stuurgroep/ beslissingsorganen, werkgroepen per vindplaats/provincie...)
- Hoe verloopt de samenwerking met deze partners momenteel? Wat verloopt vlot en wat verloopt moeilijker?

[vragen over vindplaatsen]

- Welke type vindplaatsen zijn bij jullie project betrokken?
 - Werken jullie samen met de volledige vindplaatsen of richten jullie zich op bepaalde afdelingen, diensten of programma's binnen de geselecteerde vindplaatsen?

- [voor werkschakel] In welke mate verschillen de betrokken vindplaatsen in elk van de provincies/projecten?
- Met hoeveel vindplaatsen werken jullie momenteel samen?
- Welke afwegingen/criteria hebben jullie in rekening genomen bij het selecteren van het type en het aantal vindplaatsen?
 - Hebben jullie voor deze oproep reeds met bepaalde vindplaatsen samengewerkt?
 - Met hoeveel nieuwe vindplaatsen werken jullie in deze oproep samen?
- Zijn er nog plannen om in de nabije toekomst met andere potentiële vindplaatsen samen te werken voor dit project?
 - Zijn er ook samenwerkingen met vindplaatsen die jullie reeds hebben stopgezet of die gewijzigd zijn?

[Vragen over personeelsinzet]

- Welke personen/profielen zijn er allemaal betrokken bij de implementatie van jullie project? Welke rol(len) nemen zij op?
 - Nemen de zorgprofessionals ook een (actieve) rol op in jullie project? Zo ja, welke?
- Hoeveel werkprofessionals [vip coaches, bemiddelaars] zijn er vanuit jullie werking betrokken bij dit project?
 - Zijn de werkprofessionals allemaal voltijds betrokken bij dit project?
- Werken jullie voor dit project ook met vrijwilligers en/of ervaringsdeskundigen?

[Actuele projectstatus]

- In welke mate is jullie project reeds volledig operationeel?
 - [Indien reeds volledig operationeel] Sinds wanneer is dit het geval?
 - [Indien nog niet volledig operationeel] Op welke zaken botsen jullie nog om het project te kunnen implementeren zoals voorzien?

DOELSTELLINGEN en HOE WORDEN DOELSTELLINGEN GEREALISEERD: wat doen projecten en hoe doen ze het?

[Doelstelling]

- Wat is voor jullie de centrale doelstelling van jullie project?
- Hebben jullie naast de centrale doelstelling nog andere doelstellingen? (specifieke accenten?)

- Werken jullie hiervoor samen met bepaalde partners?
- Op welke doelgroepen willen jullie hiermee inzetten?

[Dienstverlening voor personen met gezondheidsuitdaging]

Eerst willen we graag inzoomen op het identificeren en bereiken van mensen met gezondheidsuitdaging.

- Wat is jullie gevolgde aanpak of welke acties doen jullie vandaag allemaal om mensen met gezondheidsuitdaging op de vindplaatsen te bereiken?
 - Individueel:
 - Collectief:
- Werken jullie hiervoor samen met bepaalde partners?
- Met welke factoren houden jullie rekening bij het vormgeven van jullie aanpak/ acties in de vindplaatsen?
 - Verschilt jullie aanpak/dienstverlening naargelang het type vindplaats?
 - Verschilt jullie aanpak naar de zorgverleners die betrokken zijn in de vindplaatsen?
 - Verschilt jullie aanpak naar andere betrokken actoren (vb. ziekenfondsen) of bestaande activiteiten/initiatieven binnen de werking van de vindplaats?
- Hoe zorgen jullie voor de complementariteit met andere activiteiten/ initiatieven die al op de vindplaatsen aanwezig zijn?
- Op welke doelgroepen willen jullie hiermee inzetten?
 - Hoe onderscheiden jullie mensen die momenteel nog niet worden bereikt [door andere initiatieven?]
- Plannen jullie hier in de toekomst nog andere acties in?

Dan willen we het nu graag hebben over de acties die jullie doen om personen met een gezondheidsuitdaging te informereren, Sensibiliseren en motiveren.

- Welke acties doen jullie vandaag allemaal om mensen met een gezondheidsuitdaging op de vindplaatsen te informeren, sensibiliseren en motiveren?
 - Individueel:
 - Collectief:
- Op welke manier dragen deze acties bij tot de centrale doelstelling?
- Werken jullie hiervoor samen met bepaalde partners?

- Met welke factoren houden jullie rekening bij het vormgeven van jullie aanpak/ acties in de vindplaatsen?
 - Verschilt jullie aanpak/dienstverlening naargelang het type vindplaats?
 - Verschilt jullie aanpak naar de zorgverleners die betrokken zijn in de vindplaatsen?
 - Verschilt jullie aanpak naar andere betrokken actoren (vb. ziekenfondsen) of bestaande activiteiten/initiatieven binnen de werking van de vindplaats?
- Hoe zorgen jullie voor de complementariteit met andere activiteiten/ initiatieven die al op de vindplaatsen aanwezig zijn?
- Op welke doelgroepen willen jullie met deze acties inzetten?
- Plannen jullie hiervoor nog andere acties in?

[Dan willen we nu graag jullie aanpak bespreken voor het toeleiden van personen met een gezondheidsuitdaging]

- Wat is vandaag jullie gevolgde aanpak om mensen met een gezondheidsuitdaging op de vindplaatsen toe te leiden naar inschrijving bij VDAB of een naar een ander geschikt ondersteuningsaanbod richting werk?
 - Individueel:
 - Collectief:
- Op welke manier dragen deze acties bij tot de centrale doelstelling?
- Werken jullie hiervoor samen met bepaalde partners?
- Met welke factoren houden jullie rekening bij het vormgeven van jullie toeleidingsaanpak/ acties in de vindplaatsen?
 - Verschilt jullie aanpak/dienstverlening naargelang het type vindplaats?
 - Verschilt jullie aanpak naar de zorgverleners die betrokken zijn in de vindplaatsen?
 - Verschilt jullie aanpak naar andere betrokken actoren (vb. ziekenfondsen) of bestaande activiteiten/initiatieven binnen de werking van de vindplaats?
- Hoe zorgen jullie voor de complementariteit met andere activiteiten/ initiatieven die al op de vindplaatsen aanwezig zijn?
- Op welke doelgroepen willen jullie hiermee inzetten?
- Plannen jullie in de toekomst nog andere acties in?

[acties gericht naar zorgprofessionals] [indien nog niet aan bod gekomen of vragen nog andere bijkomende acties]

- Welke acties doen jullie vandaag allemaal die gericht zijn op zorgprofessionals of ander zorgpersoneel binnen de vindplaatsen??
 - Individueel:
 - Collectief:
- Op welk type van zorgprofessionals willen jullie hiermee inzetten? (artsen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, psychologen, ...)
- Verschilt jullie aanpak naargelang vindplaats?

REGISTRATIE VAN GEGEVENS in het kader van het project

Elk project is verplicht om een aantal gegevens bij te houden en te registreren.

- Welke gegevens houden jullie bij of plannen jullie te registreren in de nabije toekomst?

[Indien de vereiste gegevens niet worden vermeld]

Verzamelen jullie ook gegevens met betrekking tot het bereik van jullie individuele en collectieve acties?

- Verzamelen jullie ook gegevens met betrekking tot het resultaat van jullie acties?
Waarom wel/niet?
- Registreren jullie nog andere gegevens?
- Hoe pakken jullie de registratie aan?
 - Wie is binnen het project verantwoordelijk en betrokken bij de registratie van de gegevens?
 - Maken jullie voor de registratie een indeling naar vindplaats?
 - Welke moeilijkheden ervaren jullie bij de registratie van gegevens in het kader van het project?
- Waarvoor worden de gegevens/registraties momenteel gebruikt? Doen jullie zelf ook iets met deze gegevens?

REFLECTIE

Projectwerking

- Zijn er zaken die je nog zou willen veranderen aan jullie huidige werking/ acties?
- Zijn er bepaalde acties die jullie nog zouden willen doen, maar die niet lukken omwille van een gebrek aan mensen, middelen?

Onderzoeksaanpak

- Op welke vragen of aspecten van deze oproep moet het onderzoek volgens jou/jullie focussen? Waarom?
- Met welke zaken moeten we zeker rekening houden bij het uittekenen en uitvoeren van het onderzoek?

We zijn aan het einde van het interview. Zijn er nog zaken die je graag zou willen vermelden?

11.3.2 Leidraad verdiepend interview projectcoördinatoren

Inleiding & geïnformeerde toestemming
Dag xxx, Hartelijk dank om tijd te maken voor dit vervolgesprek. Het vorige gesprek was erop gericht om goed te begrijpen op welke manier jullie project wordt geïmplementeerd zodat wij onze aanpak daarop konden afstemmen. De bedoeling van dit gesprek is vooral om dieper in te gaan op bepaalde aspecten van de dienstverlening en eventuele evoluties te bespreken. Daarnaast willen we ook graag jullie perspectief horen op enkele voorlopige inzichten vanuit de case studies. Dit interview kadert in een evaluatie die wordt uitgevoerd door de studiedienst van het Vlaams Departement Werk, Economie, Wetenschap, innovatie en Sociale Economie. Het gesprek zelf is vertrouwelijk. Enkel de resultaten van de analyses worden geanonimiseerd gedeeld in het eindrapport, er worden geen namen van personen vermeld in de eindrapportering. Voor we met het gesprek van start gaan, willen we vragen of het goed is dat het gesprek wordt opgenomen. Enkel de betrokken onderzoekers beluisteren de opname indien nodig om onze notities aan te vullen. We geven de opname of transcripten aan niemand door intern of extern. Als je tijdens dit gesprek graag iets <i>'off the record'</i> zegt, dan mag je dat zeker aangeven. Het interview zal ongeveer één uur in beslag nemen. Heb je nog vragen? Zo niet, ben je akkoord om het interview en de opname te starten? [enkel interview en opname starten indien interviewee mondelinge toestemming geeft om deel te nemen aan dit interview met opname] [indien interview via MS Teams en interviewee geen headphone draagt, vragen om dicht genoeg bij laptop/microfoon te zitten.]

HUIDIGE PROJECTSTATUS EN EVOLUTIE DOORHEEN HET PROJECT

[Actuele projectstatus]

1. In welke mate is [jullie project] ondertussen operationeel of geïmplementeerd zoals je het als projectcoördinator voor ogen had?
2. Op welke **drempels of uitdagingen** bots je of ben je gebotst om het project te kunnen implementeren zoals voorzien?
3. Zijn er **zaken of aspecten van het project waarop werd bijgestuurd** omwille van
 1. ... moeilijkheden die werden ervaren in de implementatie van het project?
 2. ... opportuniteiten die zich voordeden tijdens de implementatie van het project?

[Verschillende praktijken in de vindplaatsen]

We stellen vast dat er sterke verschillen zijn tussen de vindplaatsen onderling in het bereiken van de finale doelgroep en in de samenwerking met de zorgprofessionals op de vindplaats.

4. Wat zijn volgens jou de **ideale omstandigheden of voorwaarden** om het project succesvol te kunnen implementeren? *(vb. profiel van coach werk, beschikbaarheid lokaal, deelname teamoverleg/MDO, type en visie vindplaats, mogelijkheid tot directe inschrijving van cliënten bij coach werk of enkel op doorverwijzing van betrokken zorgprofessionals, multidisciplinaire aanpak afdeling/vindplaats, ...)*

DOELSTELLINGEN EN RESULTATEN

5. In welke mate heb je het gevoel dat [jullie project] de doelstellingen die het voor ogen had heeft gerealiseerd of zal realiseren tegen het einde van het project?

Wat was hierin bepalend volgens jou? (cruciale hindernis of cruciale succesfactor)
6. Wat is volgens jou het **belangrijkste resultaat of meerwaarde** dat jullie met [jullie project] hebben gerealiseerd?
7. Heb je het gevoel dat [jullie project] ook **andere resultaten** heeft geboekt die eigenlijk niet voorzien waren binnen het kader van het project? Zo ja, welke?
8. Welke afspraken werden gemaakt omtrent **doorverwijzing naar jullie eigen dienstverlening / activeringstrajecten** (vb. ECHO, job assist, GTB, emino)?
 - Wat kan wel/niet?
 - Werden de mensen die worden doorverwezen naar de eigen dienstverlening / activeringstrajecten ook ingeschreven bij VDAB?
 - Wie maakt de finale beslissing of een cliënt in begeleiding gaat bij VDAB of bij een andere organisatie?

- Hoe verschillen deze begeleidingstrajecten / activeringstrajecten van de projectpartners van de intensieve begeleiding bij VDAB?

BESPREKING RESULTATEN / TUSSENTIJDSE INZICHTEN

[OPSTART EN REKRUTERING VINDPLAATSEN]

9. We stellen vast dat het voor veel projecten tijd heeft gekost alvorens operationeel te zijn op de verschillende vindplaatsen. Had dit volgens jou op een bepaalde manier kunnen worden voorkomen of geremedieerd?

[DIENSTVERLENING]

10. We stellen vast dat de meeste coaches werk een **breder benadering** (iedereen met vragen over werk) **hanteren van de doelgroep** dan initieel in de oproep werd geformuleerd.
 - In welke mate vind je dit eerder wenselijk of eerder problematisch?
 - In welke mate hebben jullie vanuit het project richtlijnen meegegeven met de coaches werk betreffende de afbakening van de doelgroep?
11. We stellen vast dat coaches werk op **verschillende manieren samenwerken met de zorgprofessionals** op de vindplaats. Welke afspraken of instructies hebben jullie hieromtrent gemaakt met de coaches werk?
12. We stellen vast dat coaches werk hun rol op verschillende manieren invullen en de afstemming/uitwisseling met andere dienstverleners op verschillende manieren aanpakken.
 - Werden er op het niveau van de oproep (over alle projecten heen) **afspraken/richtlijnen opgesteld m.b.t. de rol** van de coach werk en de aanpak voor informatie uitwisseling of afstemming met andere dienstverleners (vb. mutualiteiten, VDAB, OCMW, werkgevers)
 - Wat is volgens jou of jullie project de **rol van de coach werk**? Waar stopt volgens jou de rol van de coach werk?

[FINANCIERING]

13. De oproep heeft een deel resultaatsfinanciering ingebouwd op basis van de inschrijvingen bij VDAB. Hoe heeft deze **financieringswijze** volgens jou een effect (positief of negatief) gehad op de werking en de resultaten die werden behaald met [jullie project]?

14. Sommige projecten of organisaties kiezen ervoor om **betrokken zorgprofessionals te financieren** met middelen vanuit dit project. Wat is volgens jou het effect van het al dan niet financieren van de zorgprofessionals op de vindplaats?

(SAMEN)WERKING

[Samenwerking met mutualiteiten]

15. Hoe wordt er door de verschillende functies/personen binnen [jullie project] samengewerkt of afgestemd met de **mutualiteiten**, in het bijzonder met de **adviserend artsen** en de **terug naar werk coördinatoren**)?
- **Welke afspraken** werden gemaakt? Wanneer en door wie?
[Welke afspraken werden gemaakt over de keuze tussen route B (via TNWC coördinator) of route C (rechtstreeks naar VDAB)]
 - Hoe werden deze **afspraken opgevolgd**? En door wie?
 - Wat **verloopt er goed** aan de samenwerking of afstemming met de mutualiteiten?
 - Wat kan er **nog worden verbeterd** aan de samenwerking of afstemming met de mutualiteiten?

[Samenwerking met VDAB]

16. Hoe wordt er door de verschillende functies/personen binnen [jullie project] samengewerkt of afgestemd met de **verschillende diensten van VDAB** (servicelijn, intensieve dienstverlening, regionale expert) ?
- **Welke afspraken** werden gemaakt? Wanneer en door wie?
 - Hoe werden deze **afspraken opgevolgd**? En door wie?
 - Wat **verloopt er goed** aan de samenwerking of afstemming met de diensten van VDAB?
 - Wat kan er **nog worden verbeterd** aan de samenwerking of afstemming met de diensten van VDAB?

[Samenwerking met zorgverleners en vindplaatsen]

17. Hoe tevreden ben je momenteel over de samenwerking of afstemming met de zorgprofessionals en coördinatoren van de **vindplaatsen** betrokken in [jullie project]?
[Worden de afspraken uit de engagementverklaring – indien opgesteld – nageleefd?]
- Wat **verloopt er goed** aan de samenwerking of afstemming met de vindplaatsen?
 - Wat kan er **nog worden verbeterd** aan de samenwerking of afstemming met de vindplaatsen?

[Samenwerking met Departement WEWIS, het vroegere Departement WSE]

18. Hoe tevreden ben je momenteel over de samenwerking of afstemming met de beleidsmedewerker van het departement WEWIS (voormalig WSE)?
- Wat **verloopt er goed** aan de samenwerking of afstemming met de beleidsmedewerker?
 - Wat kan er **nog worden verbeterd** aan de samenwerking of afstemming met de beleidsmedewerker?

REFLECTIE EN GELEERDE LESSEN

19. Wat is de **belangrijkste les** over [jullie project], over de oproep of over de problematiek... die je zou willen delen met de bevoegde minister van Werk en de minister van Zorg?
20. Heb je het gevoel dat wat [jullie project] heeft gerealiseerd, ook op een andere manier mogelijk was geweest?
- Zo ja, op welke manier?
 - Zo neen, waarom niet?

TOEKOMSTIG BELEID

[IMPACT ANDER BELEID OP OPROEP]

21. Er komt een **verplichte inschrijving bij VDAB** van personen met ziekte-uitkering voor personen bij wie arbeidspotentieel wordt vastgesteld op basis van een screening.
- Wat zijn de mogelijke implicaties voor deze en een toekomstige oproep waarvan de doelstelling is om mensen toe te leiden naar VDAB?
 - Wat zou jouw aanbeveling zijn om hier vanuit Vlaamse Overheid een bijdrage te leveren / meerwaarde te kunnen betekenen?
22. Zie je nog andere **beleidsmaatregelen of beslissingen** die een invloed hebben op de relevantie en haalbaarheid van jullie project?
- Zo ja, welke en op welke manier?

[TOEKOMST OPROEP / BELEID]

23. Wat moet volgens jou **zeker behouden** worden bij een verderzetting van deze oproep of bij de opmaak van nieuw beleid?
24. Wat moet volgens jou **zeker wijzigen** of worden stopgezet bij een verderzetting van deze oproep of bij de opmaak van nieuw beleid?
25. Wat zou volgens jou de **impact zijn van een eventuele stopzetting** van deze oproep?

26. Zou je met jullie organisatie opnieuw een **projectvoorstel indienen** indien de oproep in zijn huidige vorm wordt verdergezet?

- Zo ja, waarom?
- Zo nee, wat zou er moeten wijzigen?

27. Heb je zelf nog zaken die niet aan bod zijn gekomen tijdens dit gesprek, maar die je belangrijk vindt om met ons te delen?

11.3.3 Leidraad interview coach werk geselecteerde vindplaatsen

Inleiding & geïnformeerde toestemming

Dag xxx,

Hartelijk dank om tijd te maken voor dit gesprek. De bedoeling van dit gesprek is vooral om een zicht te krijgen op de type en aanpak van de acties die jij onderneemt op de vindplaats [naam van de vindplaats] en jouw inschatting van het effect van deze acties op jullie doelgroep.

Dit interview kadert in een evaluatie die wordt uitgevoerd door de studiedienst van het Vlaams Departement Werk en Sociale Economie. Het gesprek zelf is vertrouwelijk. Enkel de resultaten van de analyses worden geanonimiseerd gedeeld in het eindrapport, er worden geen namen van personen vermeld in de eindrapportering

Voor we met het gesprek van start gaan, willen we vragen of het goed is dat het gesprek wordt opgenomen. Enkel de betrokken onderzoekers beluisteren de opname indien nodig om onze notities aan te vullen. We geven de opname of transcripten aan niemand door intern of extern. Als je tijdens dit gesprek graag iets '*off the record*' zegt, dan mag je dat zeker aangeven.

Het interview zal ongeveer anderhalf uur in beslag nemen.

Heb je nog vragen? Zo niet, ben je akkoord om het interview en de opname te starten?

[enkel interview en opname starten indien interviewee mondelinge toestemming geeft om deel te nemen aan dit interview met opname]

[indien interview via MS Teams en interviewee geen headphone draagt, vragen om dicht genoeg bij laptop/microfoon te zitten.]

DE COACH EN DE ORGANISATIE

Om te starten stellen we graag enkele vragen over jezelf en jouw organisatie.

1. Op welke **vindplaatsen** werk je in het kader van het project?
 - 1.1. Weet je waarom er voor op deze vindplaats [naam vindplaats case] werd gekozen?
 - 1.2. Richt je je voor de vindplaats [naam vindplaats] op specifieke afdelingen ?
[indien actief op specifieke afdelingen]
 - 1.3. Weet je waarom er voor deze specifieke afdelingen werd gekozen? Was dit een keuze van de vindplaats of vanuit jullie inschatting?
 - 1.4. Werk je nog op andere 'vindplaatsen' buiten dit project?
2. Op algemene lijnen, **welke taken** neem jij vanuit jouw functie op in het kader van het project?
 - 2.1. Wat moet een coach werk volgens jou kennen en kunnen om deze taken op te nemen in functie van een geslaagd traject? (vb. kennis van het landschap, expertise van noden/situatie doelgroep, specifieke kennis van de wetgeving...)
3. Hoeveel coaches werk zitten er op jullie project en op deze vindplaats? Hoe werken jullie samen?

[voor de rest van het interview zoomen we specifiek in op xxx [vindplaats]]

DE SAMENWERKING MET EN ACTIES GERICHT AAN DE ZORGPROFESSIONALS OP DE VINDPLAATS

[acties gericht aan zorgprofessionals]

4. Doe je als coach ook acties gericht aan de **zorgprofessionals** om hen te **informer**, **sensibiliseren en motiveren** met betrekking tot re-integratie of terugkeer naar werk?
 - 4.1. **Welke aanpak** hanteer je hierbij? [welke acties doe je gericht naar zorgprofessionals? Hoe ziet dit eruit? Ook betrekken van ervaringsdeskundigen?]
 - 4.2. **Welke thema's** behandelen jullie in de acties gericht aan de zorgprofessionals?
 - 4.3. **Welk effect** hebben deze acties (vb. op het gedrag van de zorgprofessional, het draagvlak voor de werking, aantal doorverwijzingen, de samenwerking...)
 - 4.4. Beschikken de zorgprofessionals al over bepaalde kennis mbt re-integratie of terugkeer naar werk?

[Praktische/logistieke organisatie van de aanpak]

5. Vanuit **welke locatie** opereer je (vindplaats of niet)?
6. **Sinds wanneer** ben je actief op deze vindplaats?
7. **Hoeveel tijd** heb je beschikbaar voor deze vindplaats en **hoe vaak** ben je op de vindplaats aanwezig?
 - 7.1. Ben je op **vaste momenten** aanwezig op de vindplaats [vast kantoor]? Zo ja, hoe frequent?

AANPAK EN ACTIES GERICHT AAN DE PERSONEN MET GEZONDHEIDSUITDAGING

We willen je nu graag een aantal vragen stellen over jouw aanpak en de acties gericht aan personen met gezondheidsuitdagingen. We willen het graag hebben over 3 zaken: (1) identificeren van personen, (2) het informeren en sensibiliseren van personen en (3) de toeleiding.

[Identificatie / outreachen / bereiken]

8. Hoe komen de personen (met gezondheidsuitdagingen) bij jou terecht? Of omgekeerd, hoe kom jij bij de personen terecht? -> Hoe vinden jullie elkaar?
 - 8.1. Hoe werk je samen met de zorgprofessionals voor het identificeren en bereiken van personen met een gezondheidsuitdaging met een mogelijke interesse in werk? [welke afspraken worden gemaakt/ gebruikte criteria mbt doorverwijzing?]
 - 8.2. Wat is de **rolverdeling** tussen jou en zorgprofessionals?
 - 8.3. Met welk **type zorgprofessionals** werk je samen? [vb. sociaal werkers, behandelend artsen, ergotherapeuten]
9. Hoe gaat **de samenwerking met zorgprofessionals** in zijn werk? Hoe worden (werk)afspraken gemaakt?
 - 9.1. Hoe verloopt de **informatieoverdracht**? [vb. wordt er overlegd tussen de zorgprofessional die doorverwijst en de coach zorg? Koppelt de coach werk terug naar de zorgprofessional? ...]
 - 9.2. Hoe **tevreden** ben je over de samenwerking met de zorgprofessionals op de vindplaats? Wat ervaar je hierbij als helpend of hinderend?
 - 9.3. Indien aanwezig op de vindplaats: hoe beïnvloedt jouw aanwezigheid op de vindplaats het bereik van de beoogde doelgroep? (vb. vast kantoor met signalisatie, actieve rekrutering)?
 - 9.4. Indien niet aanwezig op de vindplaats: hoe beïnvloedt jouw (fysieke) locatie het bereik van de beoogde doelgroep?
10. Hoe **stel je jezelf voor** aan de cliënt?
 - 10.1. Onder welke naam kennen ze jou (vb. arbeidscoach, coach werk, VIP coach...)?
 - 10.2. Hoe omschrijf je jouw rol en verhouding ten opzichte van andere actoren of organisaties aan de cliënt? [maakt coach werk duidelijk tot welke organisatie hij/zij behoort?]
 - 10.3. Hoe omschrijf je jouw rol en verhouding ten opzichte van andere actoren of organisaties aan de cliënt? [maakt coach werk duidelijk tot welke organisatie hij/zij behoort?]
11. Wat is volgens jou de **beoogde doelgroep** van deze oproep?
 - 11.1. Hoe bepaal jij of een persoon wel of niet tot de beoogde doelgroep behoort?
 - 11.2. Hoe bepaal jij of een persoon wel of niet tot de beoogde doelgroep behoort?

12. Welke zijn de voornaamste **redenen om geen (vervolg)gesprek** in te plannen voor een (potentiële) cliënt?

- 12.1. [Bij actieve rekrutering, maar mag ook ruimer] Zijn er ook mensen die **weigerachtig of angstig** zijn om bij jou op gesprek te komen? Hoe ga je hiermee om?

[Informeren / sensibiliseren / motiveren]

13. Hoe **verloopt het contact** met je cliënt meestal?

- 13.1. Hoe verloopt een groepssessie?
13.2. Hoe verloopt een individueel gesprek?

14. Met welke zaken hou je rekening bij het **bepalen van jouw aanpak** voor een bepaalde persoon? [invulling van 'begeleiding op maat']

- 14.1. In welke mate is jouw **aanpak dezelfde** als de aanpak die wordt gehanteerd door andere coaches uit jouw organisatie?
14.2. In welke mate is jouw **aanpak door jouw organisatie vormgegeven** of bepaald?

15. Wat vind je belangrijk om te bewaken of na te streven bij het contact met je cliënt? [visie van de coach]

- 15.1. Hoe houd jij rekening met de **noden en kenmerken** van jouw cliënt?

16. Welke aanpak hanteer je als coach om de cliënt te **informeren**?

- 16.1. **Welke thema's** behandel jij in de gesprekken met de cliënt? Welke thema's niet?
16.2. Gebruik je hiervoor ook bepaalde **informatiebronnen/materialen** (vb. websites, brochures...)? [die aan cliënt worden meegegeven?] [indien mogelijk: kunnen we hier een exemplaar van krijgen?]

17. Welke aanpak hanteer je als coach om de cliënt te **sensibiliseren en motiveren**?

[Toeleiding & nazorg]

18. Wanneer is een traject met de cliënt voor jou **afgerond**?

- 18.1. Hoeveel keer wordt een cliënt gemiddeld gezien tijdens zo'n traject?
18.2. Wat is de looptijd van een traject (vanaf het eerste tot het laatste gesprek)?
18.3. Blijven jullie in contact met de cliënt na afronding van het traject? Zo ja, hoe? [ook op andere manier contact dan F2F gesprekken?]

19. Waarin mondt het traject met jouw cliënt meestal uit? **Welke stappen naar werk** zie je de cliënten zetten? Waar staan de cliënten na afronden van hun traject?

- 19.1. Welk aspect overtuigt personen om zich in te schrijven bij VDAB?
19.2. Waarom schrijven personen zich (soms) niet in bij VDAB?

- 19.3. Hoe haalbaar acht jij zelf de activering naar tewerkstelling voor de cliënten op jouw vindplaats?
20. Heb je ook **andere effecten of veranderingen** waargenomen bij jouw cliënten als gevolg van jouw ondersteuning? (Bijv. veranderingen in attitudes, vaardigheden, gedrag, motivatie...?)
21. Hoe ondersteunen jullie de cliënten bij de **inschrijving bij VDAB**?
- 21.1. Bij welke profielen van cliënten is de kans op (her)inschrijving bij VDAB het grootst?
- 21.2. Welke drempels ervaar jij en jouw cliënten bij de (her)inschrijving bij VDAB?
- 21.3. Hoe gebeurt de informatieoverdracht bij de (her)inschrijving bij VDAB?

DE SAMENWERKING MET ANDERE DIENSTVERLENERS (BUITEN VINDPLAATS)

22. Werk je in het kader van dit project op deze vindplaats nog met **andere mensen of dienstverleners** samen? [ook externen]
- VDAB bemiddelaars
 - Terug naar werk-coördinatoren (mutualiteiten)
 - Werkgevers
 - Preventieadviseur-arbeidsartsen
 - Adviserend arts
 - andere dienstverleners (vb. Adviserend arts of begeleidend team ziekenfonds)?
23. **Op welke manier** werk jij met hen samen?
- 23.1. Wat ervaar je hierbij als **helpend of hinderend**?
24. Waar ligt volgens jou de **meerwaarde van dit project** ten opzichte van de dienstverlening van de andere actoren?

DE HEFBOMEN EN DREMPELS

25. Hoe vaak heb jij het gevoel dat het traject **voldoet aan de noden** van de cliënt?
- 25.1. **Aan welke noden of hulpvragen** kun jij over het algemeen **wel** tegemoet komen?
Aan welke noden of hulpvragen kun jij over het algemeen **niet of onvoldoende** tegemoet komen?
- 25.2. **Aan wiens noden of hulpvragen** kun jij over het algemeen wel tegemoet komen?
Aan wiens noden of hulpvragen kun jij over het algemeen niet of onvoldoende tegemoet komen?
26. Welke zijn volgens jou de **belangrijkste ingrediënten** van jouw aanpak
27. Heeft de **resultaat gebaseerde financiering** binnen dit project impact op jouw aanpak

TOEKOMST

28. Wat moet volgens jou **zeker behouden** worden bij een verderzetting van deze oproep of bij de opmaak van nieuw beleid?
29. Wat moet volgens jou **zeker wijzigen** of worden stopgezet bij een verderzetting van deze oproep of bij de opmaak van nieuw beleid?

11.3.4 Leidraad groepsinterview zorgprofessionals geselecteerde vindplaatsen

Inleiding & geïnformeerde toestemming

Dag xxx,

Hartelijk dank om tijd te maken voor dit gesprek. Dit gesprek kadert in het evaluatie onderzoek van de oproep vindplaatsgericht en outreachend bereiken van personen met gezondheidsuitdagingen. Hier in [vindplaats] is het [coach werk] die in het kader van dit project de rol van coach werk opneemt. De bedoeling van dit gesprek is vooral om een zicht te krijgen op welke noden jullie ervaren bij de ondersteuning van patiënten richting werk en wat jullie inschatting is van de ondersteuning van de coach werk op jullie als zorgprofessionals en op jullie patiënten.

Mijn naam is Sara Vissers, ik ben onderzoeker bij het departement werk, economie, wetenschap en innovatie, ik trek dit onderzoek samen met mijn collega, Lisa Popelier.

Dit gesprek zelf is vertrouwelijk. Enkel de resultaten van de analyses worden gedeeld in het eindrapport, er worden geen namen van mensen vernoemd in de rapportering. We hebben aan iedereen het document voor de geïnformeerde toestemming bezorgd. Check: heeft iedereen dit ondertekend? [check van wie ontvangen, indien deelnemers nog niet ondertekend, laten ondertekenen].

We gaan dit gesprek opnemen, enkel Lisa en ikzelf kunnen indien nodig de opnames achteraf beluisteren om onze notities aan te vullen. We geven de opname of transcripten aan niemand door intern of extern. Als je tijdens dit gesprek graag iets '*off the record*' zegt, dan mag je dat zeker aangeven.

Het gesprek zal ongeveer anderhalf uur in beslag nemen.

DE ZORGPROFESSIONAL, DE VINDPLAATS EN DE CLIËNTEN

Voorstellingsrondje

We zouden graag starten met een heel kort voorstellingsrondje. Kan je op algemene lijnen zeggen welke functie je hier [vindplaats] hebt en op welke afdeling of afdelingen je werkt?

1. Wat zijn volgens jullie de voornaamste **noden van patiënten met betrekking tot werk**?
2. Welke patiënten sturen jullie door **(of aanraden) naar** Cree, de coach werk?
 - Wie verwijst jij (wel of niet) door naar de coach werk?
 - Wordt rekening gehouden met de fase in het herstelproces? inschatting over de haalbaarheid om terug te gaan werken?
 - Wie initieert het thema werken: zorgverlener of patiënt?....
3. Welke **effecten of veranderingen zien jullie bij de patiënten zelf** n.a.v. hun ondersteuning vanuit de coach werk? [vb. Bijv. veranderingen in attitudes, vaardigheden, gedrag, motivatie, herstelproces...?]
4. Ik zou graag peilen naar jullie noden. Ervaren jullie zelf **noden of drempels om patiënten te ondersteunen in hun terugkeer naar werk** of in hun vragen rond werk?
5. Welke effecten of veranderingen **ervaren jullie zelf ook van het project met de coach werk? (ondersteuning van de coach werk)** (vb. aandacht voor thema werk in dienstverlening, sneller introduceren van thema werk bij patiënten)
 - Heeft de aanwezigheid van de coach werk een impact op de manier waarop jullie het thema werken bij patiënten aanbrengen?)
 - Kunnen jullie iets **leren** van de coach werk?
 - (Heb je het gevoel dat je **voldoende informatie** krijgt van de coach werk?)
 - (Heb je het gevoel dat je kan terugvallen op de coach werk bij vragen over werk?)
 - Hebben jullie bepaalde **noden** mbt het thema werken die met dit project **niet konden worden ingevuld**?
6. Hoe **ervaren jullie de manier van samenwerken met de coach werk** (op de vindplaats)? (goed=> wat zorgt ervoor dat dit zo vlot verloopt? Wat zijn succesfactoren? Minder goed => wat dan wel nodig?)
 - Zijn er duidelijke afspraken gemaakt tussen coach werk en zorgverleners over inboeken van patiënten, doorverwijzing van patiënten, terugkoppeling over patiënten door coach werk naar zorgverleners, ...?
 - (Hebben jullie momenten ingebouwd om tussentijds feedback aan elkaar te geven of bij te sturen?)

7. Ik zou graag even naar de **toekomst** kijken. Dit project in zijn huidige vorm loopt af eind 2025 en we weten nog niet of het verlengd wordt. **Wat is er voor jullie minimaal nodig om werk vragen van patiënten te beantwoorden?** Of anders gesteld, wat zou volgens jullie zeker moeten behouden blijven of eventueel moeten worden aangepast bij de opmaak van nieuw beleid?

EXTRA:

- Wordt er tussen de zorgprofessionals samengewerkt rond de opvolging van patiënten met betrekking tot een terugkeer naar werk?
- Zijn er afspraken rond wie het thema werken introduceert?
- Wordt er opgevolgd nadat patiënten zijn begeleid door de coach werk, patiënten ingeschreven bij VDAB?

11.3.5 Leidraad groepsgesprek rekrutering vindplaatsen

1. **Welke types zorg en welzijnsettings** hebben jullie allemaal benaderd in het kader van de projecten?

- a. **Waarom** kozen jullie voor deze types zorg- en welzijnsettings?
Wat waren jullie achterliggende redenen of criteria voor selectie?
- b. Hoe gaan jullie om met de **aanwezigheid van meerdere projecten** binnen een regio (of vindplaats)?

2. **Hoe werd jullie vraag voor deelname in het project over het algemeen onthaald** door de zorg- en welzijnsettings die jullie hebben benaderd?

- a. Welke zijn de voornaamste redenen die door de vindplaatsen worden aangehaald om
 - **WEL** deel te nemen?
 - **NIET** deel te nemen?
- b. Ervaren jullie **verschillen in de reacties/bereidheid** om in te stappen tussen de types vindplaatsen? (kleine vs. grote organisaties; geestelijke vs. algemene gezondheidszorg; zorg vs. welzijnsettings; bestaande of nieuwe samenwerking; visie over rol van vindplaats in ondersteuning bij activering van cliënten)

3. **Wat vergt het van de vindplaats** om deel te nemen in het project?

- a. Welke verwachtingen uiten jullie naar de vindplaatsen voor deelname in het project?
- b. Zien jullie **evolutie in het engagement/draagvlak bij vindplaatsen** ten aanzien van het project?
- c. Zijn er vindplaatsen die ondertussen uit het project zijn gestapt? Zo ja, waarom?

4. **Welke aanpak of informatie** hanteren jullie zelf om een zorg- of welzijnssetting te benaderen voor deelname in het project?

- a. Wie is jullie **'toegangspoort' / contactpersoon** meestal op de vindplaatsen?
- b. **Welke argumenten** halen jullie zelf aan om vindplaatsen te overtuigen van deelname? Hoe schetsen jullie de potentiële meerwaarde?

- c. Welke factoren of actoren hebben jullie als **helpend** ervaren voor het rekruteren van de vindplaatsen?
- d. Welke factoren of actoren hebben jullie als **hinderend** ervaren voor het rekruteren van de vindplaatsen? (factor tijd opstart)

5. Welk **inzicht of leerles** willen jullie delen op basis van jullie ervaring met het rekruteren van vindplaatsen binnen dit project voor toekomstig beleid?

- a. Indien het project wordt verlengd, wat zou je eventueel anders doen in het rekruteren van de vindplaatsen? (selectiecriteria vindplaatsen, benaderingsaanpak....)?

11.4 Online bevraging personen met gezondheidsuitdaging

Dank u wel dat u mee wilt doen aan deze vragenlijst van het Vlaams Departement Werk en Sociale Economie. **Uw ervaring met coach [xxx] in het [xxx] is voor ons van groot belang.** Met uw antwoorden kunnen we verbeterpunten vinden om mensen in de toekomst nog beter te helpen in hun stappen richting werk.

U kunt de vragenlijst alleen invullen of met hulp van iemand die u vertrouwt. Meedoen is vrijwillig. Als u een vraag niet wilt beantwoorden, kunt u deze overslaan. **Uw antwoorden zijn anoniem** en worden vertrouwelijk behandeld.

Het invullen duurt ongeveer 10 à 15 minuten.

Praktische tips:

- Wilt u later verdergaan? Laat de vragenlijst dan openstaan op uw gsm, tablet of computer.
- Heeft u vragen? Neem contact op via sara.vissers@vlaanderen.be.
- Voor vragen over privacy en gegevensverwerking kunt u mailen naar de functionaris voor gegevensbescherming: dpo.wse@vlaanderen.be.

Door deel te nemen aan deze vragenlijst bevestigt u dat u voldoende geïnformeerd bent over het doel van dit onderzoek.

Vragen over uzelf.

Q2 Hoe oud bent u?

- ☐ Jonger dan 30 jaar (1)
- ☐ Tussen 30 en 39 jaar (2)
- ☐ Tussen 40 en 49 jaar (3)
- ☐ Tussen 50 en 59 jaar (4)
- ☐ 60 jaar en ouder (5)

Q3 Hoe identificeert u zich?

- ☐ Vrouw (0)
- ☐ Man (1)
- ☐ Anders (2)

Q4 Hoe goed spreekt u Nederlands?

- ☐ Moedertaal (5)
- ☐ Zeer goed (4)
- ☐ Goed (3)
- ☐ Redelijk (2)
- ☐ Een beetje (1)

Q5 Wat is uw hoogste diploma?

- ☐ Geen (1)
 - ☐ Lager onderwijs (2)
 - ☐ Secundair onderwijs (beroeps, technisch of algemeen vormend) (3)
 - ☐ Hoger onderwijs (hogeschool, universiteit of HBO5) (4)
 - ☐ Ander studieniveau, namelijk: (5)
-

Q6 Hoe goed kunt u rondkomen met uw gezinsinkomen?

- ☐ Zeer moeilijk (1)
- ☐ Moeilijk (2)
- ☐ Gemakkelijk (3)
- ☐ Zeer gemakkelijk (4)
- ☐ Ik weet het niet (5)

Vragen over uw situatie bij het eerste gesprek met coach [xxx].

Q7 Was u arbeidsongeschikt* toen u voor het eerst op gesprek kwam bij coach [xxx]? Indien u hervallen bent, dan mag u tellen van het begin van uw arbeidsongeschiktheid.

- ☐ Ja, ik was minder dan 6 maanden arbeidsongeschikt (1)
- ☐ Ja, ik was tussen 6 maanden en 1 jaar arbeidsongeschikt (2)
- ☐ Ja, ik was tussen 1 jaar en 2 jaar arbeidsongeschikt (3)
- ☐ Ja, ik was langer dan 2 jaar arbeidsongeschikt (4)
- ☐ Nee, ik was niet arbeidsongeschikt (5)
- ☐ Ik weet het niet: (8) _____
- ☐ Zeg ik liever niet (9)

Q8 Had u een arbeidscontract toen u voor het eerst op gesprek kwam bij coach [xxx]?

- ☐ Ja (1)
- ☐ Nee (0)

Q9 Wat was uw situatie toen u voor het eerst op gesprek kwam bij coach [xxx]?

- ☐ Werknemer of ambtenaar (1)
- ☐ Zelfstandige (2)
- ☐ Student (3)
- ☐ Werkloos, actief op zoek naar werk (4)
- ☐ Huisman/ huisvrouw, niet actief op zoek naar werk (5)
- ☐ Ik ontving een leefloon van het OCMW (6)
- ☐ Andere, namelijk: (7)

Q10 Wat was uw situatie vóór uw arbeidsongeschiktheid*?

- ☐ Werknemer of ambtenaar (1)
- ☐ Zelfstandige (2)
- ☐ Student (3)
- ☐ Werkloos, actief op zoek naar werk (4)
- ☐ Huisman/ huisvrouw, niet actief op zoek naar werk (5)
- ☐ Ik ontving een leefloon van het OCMW (6)
- ☐ Andere, namelijk: (8)

Q11 Wat was de reden van uw arbeidsongeschiktheid*?

- ☐ Burnout of stress (1)
 - ☐ Conflict op het werk (bv met een collega of een leidinggevende) (2)
 - ☐ Depressie of andere mentale reden (bv angststoornis, psychose) (3)
 - ☐ Rug- of nekproblemen, klachten in armen of handen, klachten aan heupen, knieën of voeten (4)
 - ☐ Operatie of letsel (bv gebroken voet of arm, schouder- of knieletsel) (5)
 - ☐ Andere medische reden, zoals kanker of andere aandoening (bv Multiple sclerose (MS), Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), diabetes) (6)
 - ☐ Andere reden, namelijk: (8)
-
- ☐ Zeg ik liever niet (9)

Q12 Bij welke personen bent u sinds de start van uw arbeidsongeschiktheid langs geweest voor een vraag over werk voordat u met [coach werk] in contact kwam?

	Geen enkele keer (1)	Eén of meerdere keren (2)	Nog nooit van gehoord (3)
Adviserend arts/ paramedici van het ziekenfonds (Q12_1)	☐	☐	☐
Terug naar werk-coördinator van het ziekenfonds (Q12_2)	☐	☐	☐
Preventieadviseur-arbeidsarts van uw (vorige) werkgever (Q12_3)	☐	☐	☐
Leidinggevende van uw (vorige) werkgever (Q12_4)	☐	☐	☐
Personeelsdienst van uw (vorige) werkgever (Q12_5)	☐	☐	☐
Trajectbegeleider/ bemiddelaar VDAB (Q12_6)	☐	☐	☐
Loopbaanbegeleider (Q12_7)	☐	☐	☐
Behandelend arts of specialist (Q12_8)	☐	☐	☐

Q13 Bij welke personen bent u langs geweest voor een vraag over werk voordat u met [coach werk] in contact kwam?

	Geen enkele keer (1)	Eén of meerdere keren (2)	Nog nooit van gehoord (3)
Adviserend arts/ paramedici van het ziekenfonds (Q12_1)	☐	☐	☐
Terug naar werk-coördinator van het ziekenfonds (Q12_2)	☐	☐	☐
Preventieadviseur-arbeidsarts van uw (vorige) werkgever (Q12_3)	☐	☐	☐
Leidinggevende van uw (vorige) werkgever (Q12_4)	☐	☐	☐
Personeelsdienst van uw (vorige) werkgever (Q12_5)	☐	☐	☐
Trajectbegeleider/ bemiddelaar VDAB (Q12_6)	☐	☐	☐
Loopbaanbegeleider (Q12_7)	☐	☐	☐
Behandelend arts of specialist (Q12_8)	☐	☐	☐

Q14 Hoeveel vertrouwen heeft u in volgende personen?

weinig vertrouwen				Veel vertrouwen				geen mening		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Coach [xxx] ()	
Adviserend artsen/ paramedici van het ziekenfonds ()	
Preventieadviseurs/ arbeidsartsen van werkgever ()	
Terug naar werk-coördinatoren van het ziekenfonds ()	
Trajectbegeleider/ bemiddelaar VDAB en partners ()	

Vragen over uw gesprek(ken) met de coach.
--

Q16 Hoe bent u bij [coach werk] terechtgekomen? *Meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Coach [xxx] heeft mij aangesproken (1)
- ☐ Doorverwezen door mijn arts of specialist (2)
- ☐ Doorverwezen door mijn kinesist, ergotherapeut, fysiotherapeut (3)
- ☐ Doorverwezen door een verpleegkundige of zorgkundige (4)
- ☐ Doorverwezen door de sociale dienst of een sociaal werker (5)
- ☐ Via een andere patiënt (6)
- ☐ Via een familielid, vriend of kennis (7)
- ☐ Via een poster of een folder (8)
- ☐ Via sociale media (9)
- ☐ Via een info- of groepssessie (10)
- ☐ Via een webinar (11)
- ☐ Op een andere manier, namelijk: (88)

Q17 Waarom had u interesse in een gesprek met coach [xxx]? *Meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Vragen over de financiële impact van werken/ impact op mijn uitkering (1)
- ☐ Algemene informatie over werk (2)
- ☐ Inzicht over bij wie ik terecht kan met vragen over werk of begeleiding (3)
- ☐ Hulp bij administratie (4)
- ☐ Inzicht of werken nog iets voor mij is (5)
- ☐ Inzicht in wat ik nog kan en welke werkmogelijkheden ik heb (6)
- ☐ Voorbereiding op een gesprek met een andere dienstverlener (vb. bemiddelaar van VDAB, adviserend arts van ziekenfonds, werkgever) (7)
- ☐ Zorgen/angst over werken (8)
- ☐ Onzeker of ik mijn huidige job kan blijven doen (9)
- ☐ Anders, namelijk: (88) _____

Q18 Hoeveel keer bent u op gesprek geweest bij coach [xxx]?

- ☐ 1 gesprek (1)
- ☐ 2 gesprekken (2)
- ☐ 3 gesprekken (3)
- ☐ 4 gesprekken (4)
- ☐ 5 of meer gesprekken (5)

Q44 Bent u bij [coach werk] op gesprek geweest in [vindplaats] of op een andere locatie? *Meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ In [vindplaats] (1)
- ☐ Op een andere locatie (2)

In welke mate bent u het eens met volgende stellingen?

Q20 De gesprekken met de coach kwamen te vroeg in mijn ziekteproces/ behandelingsproces.

- ☐ Helemaal niet akkoord (7)
 - ☐ Niet akkoord (8)
 - ☐ Neutraal (9)
 - ☐ Akkoord (10)
 - ☐ Helemaal akkoord (11)
 - ☐ Niet van toepassing (12)
-

Q21 Ik vind het fijn om bij de coach terecht te kunnen in [vindplaats].

- ☐ Helemaal niet akkoord (7)
- ☐ Niet akkoord (8)
- ☐ Neutraal (9)
- ☐ Akkoord (10)
- ☐ Helemaal akkoord (11)

Q22 Ik heb het gevoel dat de coach de tijd neemt om mijn vragen te begrijpen.

- ☐ Helemaal niet akkoord (8)
 - ☐ Niet akkoord (9)
 - ☐ Neutraal (10)
 - ☐ Akkoord (11)
 - ☐ Helemaal akkoord (12)
-

Q23 De coach houdt rekening met mijn situatie en achtergrond.

- ☐ Helemaal niet akkoord (8)
- ☐ Niet akkoord (9)
- ☐ Neutraal (10)
- ☐ Akkoord (11)
- ☐ Helemaal akkoord (12)

Q24 Ik weet welke informatie de coach over mij bijhoudt.

- ☐ Helemaal niet akkoord (8)
- ☐ Niet akkoord (9)
- ☐ Neutraal (10)
- ☐ Akkoord (11)
- ☐ Helemaal akkoord (12)

Q25 De coach geeft duidelijke informatie.

- ☐ Helemaal niet akkoord (8)
- ☐ Niet akkoord (9)
- ☐ Neutraal (10)
- ☐ Akkoord (11)
- ☐ Helemaal akkoord (12)

Q26 De coach en de zorgverleners in [vindplaats] werken goed samen om mij te helpen.

- ☐ Helemaal niet akkoord (8)
 - ☐ Niet akkoord (9)
 - ☐ Neutraal (10)
 - ☐ Akkoord (11)
 - ☐ Helemaal akkoord (12)
-

Q27 In het gesprek met de coach voelde ik mij gedwongen om contact op te nemen met VDAB of mij in te schrijven bij VDAB.

- ☐ Helemaal niet akkoord (8)
- ☐ Niet akkoord (9)
- ☐ Neutraal (10)
- ☐ Akkoord (11)
- ☐ Helemaal akkoord (12)

Q28 Door het gesprek of de gesprekken met de coach: Weet ik bij wie ik terecht kan met vragen over werk.

- ☐ Helemaal niet akkoord (7)
- ☐ Niet akkoord (8)
- ☐ Neutraal (9)
- ☐ Akkoord (10)
- ☐ Helemaal akkoord (11)

Q29 Door het gesprek of de gesprekken met de coach: Heb ik voldoende informatie gekregen over mijn mogelijkheden om te werken.

- ☐ Helemaal niet akkoord (7)
- ☐ Niet akkoord (8)
- ☐ Neutraal (9)
- ☐ Akkoord (10)
- ☐ Helemaal akkoord (11)

Q30 Door het gesprek of de gesprekken met de coach: Voel ik mij beter.

- ☐ Helemaal niet akkoord (7)
- ☐ Niet akkoord (8)
- ☐ Neutraal (9)
- ☐ Akkoord (10)
- ☐ Helemaal akkoord (11)

Q31 Door het gesprek of de gesprekken met de coach: Ben ik beter voorbereid op gesprekken met andere instanties (vb. adviserend arts van ziekenfonds, terug naar werk-coördinator ziekenfonds, arbeidsarts, VDAB trajectbegeleider)

- ☐ Helemaal niet akkoord (7)
- ☐ Niet akkoord (8)
- ☐ Neutraal (9)
- ☐ Akkoord (10)
- ☐ Helemaal akkoord (11)

Q32 Door het gesprek of de gesprekken met de coach: Heb ik meer inzicht in mijn eigen kwaliteiten.

- ☐ Helemaal niet akkoord (7)
- ☐ Niet akkoord (8)
- ☐ Neutraal (9)
- ☐ Akkoord (10)
- ☐ Helemaal akkoord (11)

Q33 Door het gesprek of de gesprekken met de coach: Weet ik beter wat ik wil.

- ☐ Helemaal niet akkoord (7)
- ☐ Niet akkoord (8)
- ☐ Neutraal (9)
- ☐ Akkoord (10)
- ☐ Helemaal akkoord (11)

Q34 Door het gesprek of de gesprekken met de coach: Begrijp ik beter wat werk kan betekenen voor mijn herstel.

- ☐ Helemaal niet akkoord (7)
- ☐ Niet akkoord (8)
- ☐ Neutraal (9)
- ☐ Akkoord (10)
- ☐ Helemaal akkoord (11)

Q36 Welke stappen heeft u genomen of wilt u nemen om weer aan het werk te gaan?
Meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Ik heb mij (met hulp van de coach) ingeschreven bij VDAB om stappen naar werk te zetten (11)
- ☐ Ik wil mij binnenkort inschrijven bij VDAB als werkzoekende (12)
- ☐ De coach heeft mij doorverwezen naar een terug naar werk-coördinator bij mijn ziekenfonds (13)
- ☐ De coach heeft mij doorverwezen naar de arbeidsarts/ bedrijfsadviseur van mijn (toekomstige) werkgever (14)
- ☐ Ik heb bij VDAB een aanvraag voor ondersteuning op de werkvloer ingediend (individueel maatwerk, aanpassing arbeidskledij) (15)
- ☐ Ik ben een opleiding gestart of wil een opleiding starten (16)
- ☐ Ik ben terug aan het werk (17)
- ☐ Ik ben vrijwilligerswerk gestart of wil vrijwilligerswerk starten (18)
- ☐ Ik ga voorlopig geen verdere stappen nemen richting werk (19)
- ☐ Anders, namelijk: (20) _____

Q37 Werkt u bij uw vorige of een nieuwe werkgever?

- ☐ Bij een nieuwe werkgever (4)
- ☐ Bij mijn vorige werkgever (5)
- ☐ Ik ben gestart als zelfstandige (6)

Q38 In welk stelsel werkt u?

- ☐ Voltijds (4)
- ☐ Deeltijds (5)
- ☐ Deeltijds met ziekte- of invaliditeitsuitkering (6)

Q39 Hoe sterk zou u de gesprekken met de coach willen aanbevelen aan anderen?

niet aanbevelen Sterk aanbevelen

1 2 3 4 5 6 6 7 8 9 10

()



Q40 Wat vond u goed aan de gesprekken met de coach?

Q41 Wat vond u minder goed of overbodig aan de gesprekken met de coach?

11.5 Monitoringsgegevens projecten voor de acties in de periode januari-juni 2025 (situatie op 30/09/2025)

Bereik personen met gezondheidsuitdagingen, waarvan:	
Individueel	4.518
Collectief (infosessie in de welzijns- en zorgsetting, online webinar,...)	2.188

Resultaat van de acties (inschatting door het project)*	
Vermoedelijke inschrijving bij VDAB	Totaal: 2.350
Waarvan personen met een erkenning arbeidsongeschiktheid	1.769
Doorverwijzing arbeidsarts	246
Doorverwijzing ziekenfonds	851
Aanvraag indicering individueel/collectief maatwerk	298

Zonder tussenkomst van VDAB:	
Opstart van een opleiding (vb. via CVO,...)	237
(Gedeeltelijke) werkhervatting	776
Vrijwilligerswerk	351
Arbeidsmatige activiteiten in het kader van het welzijns- of gezondheidsbeleid (AMA WVG)	85
Geen verdere stappen richting werk	295
Andere:	701

* Een persoon kan in meerdere categorieën voorkomen

12 BIBLIOGRAFIE

Brouwers, E. P. M., Mathijssen, J. J. P., van Bortel, T., Knifton, L., Wahlbeck, K., & van Weeghel, J. (2020). *Mental health and employment: A review of the current knowledge*. European Journal of Public Health, 30(3), 408–415.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz208>

Chen, H.T. (2012). Theory-driven evaluation: Conceptual framework, application and advancement. In Strobl, R., Lobermeier, O., & Heitmeyer, W. (Eds.), *Evaluation von Programmen und Projekten für eine demokratische Kultur* (pp. 17–40). Springer Fachmedien Wiesbaden.

Commissie Diversiteit (SERV). (2020). *Advies: Een outreachende aanpak in trajecten naar werk voor moeilijk bereikbare werkbereide niet-beroepsactieven*. Brussel: Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen.

Connell, J., & Kubisch, A. (1998). Applying a theory of change approach to the evaluation of comprehensive community initiatives: Progress, Prospects, and Problems. In [Fullbright-Anderson, K.](#), [Kubisch, A.C.](#) & [Connell, J.P.](#) (Eds.), *New approaches to evaluating community initiatives: Theory, measurement, and analysis*. Queenstown: Aspen Institute.

Dewson, S., Davis, S., & Casebourne, J. (2006). *Maximising the role of outreach in client engagement*. Department for Work and Pensions Research Report.

De Coninck, A., De Wispelaere, F., Pacolet, J., & Lamberts, M. (2016). *Activeren uit arbeidsongeschiktheid: Hoe de dubbele handicap overwonnen wordt*. Leuven: HIVA – KU Leuven / VIONA Onderzoek.

Godderis, L. (2019) Re-integratie: keer je terug of de rug naar het werk? *Over.Werk, Tijdschrift van het Steunpunt Werk*, 29 (1), 87-92. Steunpunt Werk / Uitgeverij Acco. Goffin, K., Sempels, Y., De Coen, A., Valsamis, D., & Vansteenkiste, S. (2022). *Het arbeidspotentieel van niet-beroepsactieven: een vraagzijdebenadering*. Leuven: IDEA Consult / VIONA Onderzoek.

Hedley, D., Uljarević, M., Bury, S. M., Dissanayake, C., & Young, R. (2017). *Employment programmes and interventions targeting adults with autism spectrum disorder: A systematic review of the literature*. *Autism*, 21(8), 929–941.

Holmlund, L., Sandman, L., Hellman, T., Kwak, L., & Brämberg, E. B. (2023). Ethical aspects of the coordination of return-to-work among employees on sick leave due to common mental disorders: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 45(13), 2118–2127

Knipprath, H., & Bogaerts, Y. (2021). *Re-integratie van arbeidsongeschikten: een overzicht van drempels en hefboomen*. Leuven: Steunpunt Werk (beleidsnota).

Loisel, P., Durand, M.J., Pelletier, M., et al. (2005). *Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain*. *Disease Management & Health Outcomes*, 13(2), 94-106.

OECD. (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – A Synthesis of Findings across OECD Countries*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264088856-en>

Rekenhof. (2021). *Langdurig zieken: maatregelen tot re-integratie op de arbeidsmarkt*. Brussel: Rekenhof.

RIZIV (2022) *Exploratie “practice based evidence” gericht op behoud/hervatten van het werk voor kankerpatiënten in België*, 74 p.

Rooman, C., Sterkens, P., Schelfhout, Van Royen, A., Baert, S. & Deros, E. (2021). Successful return to work after burnout: an evaluation of job, person- and private-related burnout determinants as determinants of return-to-work quality after sick leave for burnout, *Disability and rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2021.1982025.

- Rymenans, I., Vanovenberghe, C., Du Bois, M., Van den Broeck, A., & Lauwerier, E. (2024). *Process evaluation of a motivational interviewing intervention in a social security setting: a qualitative study among work-disabled patients*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 34(1), 141–156.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). *A critical review of the Job Demands-Resources Model: Implications for improving work and health*. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Eds.), *Bridging Occupational, Organizational and Public Health* (pp. 43–68). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_4
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Sterkens, P. (2024). *Burn-out stigma as a barrier to re-integration*. Universiteit Gent.
- Struyven, L., Van der Beken, W., Vanoeteren, V., Stepman, M., Jansen, B., & Pollet, I. (2023). *Markt of netwerk? Overheidssturing via marktwerving en samenwerking in het domein van werk en integratie van werkzoekenden. Afwegingskader en lessen voor de door ESF ondersteunde lokale partnerschappen* (Onderzoek in opdracht van Europa WSE). Leuven/Brussel: HIVA & IDEA Consult.
- Van der Klink, J. J. L., Bültmann, U., Burdorf, A., Schaufeli, W. B., Zijlstra, F. R. H., Abma, F. I., Brouwer, S., & van der Wilt, G. J. (2016). Sustainable employability—Definition, conceptualization, and implications: A perspective based on the capability approach. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 42(1), 71–79.
<https://doi.org/10.5271/sjweh.3531>
- Van Dooren, W., Struyven, L., & Van Parys, L. (2011). *Anders toeleiden naar werk. De effectiviteit van het vindplaatsgericht werken bij de activering van moeilijk bereikbare werkzoekenden in Antwerpen*. Leuven: HIVA – KU Leuven.
- Van Regenmortel, T., et al. (2016). *Arbeidsgerichte ondersteuning door eerstelijnszorg: nood aan versterking*. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 40(4), 30-45.
- Van Wambeke, P., Van den Broeck, A., Morlion, B. (2020). *Effectiviteit van een werkgerichte interventie ‘Werkbaar werken met een gewijzigde arbeidscapaciteit’ voor patiënten met chronische pijn*. 40p.
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* The Stationery Office.
<https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130124052412/http://www.dwp.gov.uk/docs/hwwb-is-work-good-for-you.pdf>

Colofon

Samenstelling

Vlaamse overheid

Departement Werk, Economie, Wetenschap, Innovatie & Sociale Economie

Koning Albert II-laan 15 bus 380

1012 BRUSSEL

02 553 42 56

info.wewis@vlaanderen.be

www.vlaanderen.be/departement-wewis

Verantwoordelijke uitgever

Johan Hanssens

Secretaris-generaal

Overname is alleen toegestaan met bronvermelding. Het Departement WEWIS aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van de in dit rapport opgenomen informatie

Uitgave

december 2025

depotnummer D/2025/3241/437

