

Bruggen Bouwen

werk
schrift **7**

Voorwoord

“If you think work is bad for people with mental illness, try poverty, unemployment, and social isolation.”

— MARONE & GOLOWKA, 2000

Personen met een psychische kwetsbaarheid ervaren vaak heel wat drempels bij het vinden of behouden van werk. Toch is werk voor deze groep een belangrijke factor op weg naar herstel en sociale inclusie. Om deze mensen te helpen werk te vinden of hun werk te houden, is het belangrijk dat werk- en zorgbegeleiders samenwerken als één team, zij het elk met hun eigen expertises.

Vanuit die visie ontstond het Vlaamse project **Bruggen Bouwen**, waarin figuurlijk bruggen werden gebouwd tussen het beleidsdomein **werk** en de **geestelijke gezondheidszorg**.

We baseerden ons hierbij op de beleidsontwikkelingen in het domein **werk** (de beleidstekst ‘W², van arbeidszorg naar een nieuw geïntegreerd beleidskader’) en in het domein **zorg** (met name de evoluties onder art. 107).

In elke provincie gingen zogenaamde **Bruggenbouwers** aan de slag. Per provincie werden eigen accenten gelegd bij het ontwikkelen van een **gezamenlijke visie en tools** om de samenwerking tussen zorg en werk te optimaliseren. Een Vlaamse klankbordgroep zorgde voor ondersteuning, inspiratie en disseminatie.

Voor de concrete uitbouw van een **zorg/werk-visie** werd een samenwerkingsmodel opgesteld en werd de visie van recovery uitgewerkt met het oog op de dagelijkse taken van begeleiders.

Om degelijke bruggen te bouwen is degelijk gereedschap nodig. Daarom werkten we aan goede **tools voor klanten met psychische problemen**: een communicatiestructuur en een begeleidingsplan voor overleg, een ICF-tool voor klanten voor wie werk (tijdelijk) niet haalbaar is, en een groepsmodule. We werkten ook aan een **opleiding Bruggen Bouwen voor de werk- en zorgbegeleiders**. Tot slot bouwden we ook een **overlegplatform voor hun organisaties** uit.

Dit gereedschap, die tools, vindt u in dit Werkschrift terug. We hopen dat ze werk- en zorgbegeleiders mogen inspireren om met hun klanten en samen met elkaar aan de slag te gaan!

Luc Henau,
algemeen directeur GTB

Inhoud

Voorwoord	1		
1. Bruggen Bouwen: samenwerking loont!	4		
2. Visie	8		
2.1 Recovery	9		
2.1.1 Kernbegrippen	9		
2.1.2 Recovery in de praktijk	11		
2.1.3 Tools	18		
2.1.4 Inbedding en disseminatie	19		
2.2 Samenwerkingsmodel	21		
2.2.1 Visie	21		
2.2.2 Routing	25		
2.2.3 Aanbod	28		
2.2.4 Draaiboeken	31		
3. Voor de klant	32		
3.1 Klantoverleg	33		
3.1.1 Begeleidingsplan	34		
3.1.2 Communicatiestructuur	35		
3.2 ICF: leidraad voor warme overdracht	38		
3.3 Groepsmodule	45		
4. Voor de begeleider	46		
4.1 Achtergrond	47		
4.2 Programma	48		
4.3 Evaluatie	50		
4.4 Inbedding en disseminatie	51		
5. Voor de organisatie	52		
5.1 Doelstellingen van het provinciaal platform	54		
5.2 Werking	54		
5.3 Structuur	55		
5.4 Inbedding en disseminatie	57		
Conclusie	63		
Colofon	64		

1.

Bruggen Bouwen: samen- werking loont!

In de verschillende Vlaamse provincies gingen projectmedewerkers aan de slag om nieuwe samenwerkingen tussen zorg en werk tot stand te brengen en om bestaande samenwerkingen te verstevigen. We noemen hen de **Bruggenbouwers**.

Vanuit zorg werden er in alle provincies netwerken gevormd rond functie 1, 2, 3 en 4 (zie www.PSY107.be). Werkbegeleiders sloten aan bij deze netwerken. Enkele voorbeelden:

FUNCTIE 1: **preventie, vroegdetectie en vroeginterventie bij psychische problemen**

Werkbegeleiders in de West-Vlaamse regio Noord maakten verbinding met functie 1 door aan te sluiten bij het PETeam (Psychiatrisch Expertise Team). De focus lag op casusbesprekingen. Dit kadert binnen de de-institutionalisering en vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het is een samenwerkingsverband tussen GGZ, eerstelijnszorg (huisartsen, OCMW, CAW ...) en reguliere thuiszorg. Door hun deelname ging er voldoende aandacht naar de functie van werk als middel tot preventie en herstel.

FUNCTIE 2: **de behandelteams in de thuisomgeving**

Het doel van deze functie is mensen in de maatschappij te houden zodat er geen opname nodig is. Werk wordt hierbij beschouwd als een belangrijk middel tot maatschappelijke integratie.

In West-Vlaanderen maakte men verbinding met functie 2 door aan te sluiten bij het Mobiel Team Langdurige Zorg. GTB maakte hierdoor concrete klantsituaties/cases met werkvragen bespreekbaar.

In Oost-Vlaanderen werd een samenwerking uitgebouwd met de stuurgroep en de teamvergaderingen van de MOBIL-teams in de regio Gent - Meetjesland. In de stuurgroep neemt men beslissingen rond de werking van de teams en worden samenwerkingsafspraken gemaakt. Deze groep vond samen met de Psychiatrische ziekenhuizen, CAW, OCMW, psychiatrische thuiszorg en CGG plaats. GTB richtte zich in deze vergaderingen op personen met psychische problemen die gemotiveerd zijn om de stap naar betaalde arbeid te zetten.

“Teamwork is the secret that makes common people achieve uncommon results.”

— Ifeanyi ENOCH ONUOHA

FUNCTIE 3:

rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie

In Antwerpen werkte men met een werkgroep die ontstond vanuit functie 3 van het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Kempen, samen met OPZ Geel, GOB, GA, CGG, De Meander, PVT Salto, PAAZ Turnhout en Beschut Wonen Kempen.

FUNCTIE 4:

intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is

Deze functie is bedoeld voor personen die zich in een zodanig ernstige fase van hun problematiek bevinden dat hulpverlening in de eigen leef- of woonomgeving tijdelijk niet aangewezen is.

In de West-Vlaamse regio Midden maakte een trajectbegeleider aansluiting met het klantoverleg van het psychiatrisch Sint-Jozefsziekenhuis in Pittem. Hij stippelde samen met het ziekenhuis een arbeidstraject uit dat al startte tijdens de opname, met de bedoeling beter te oriënteren en gericht te verwijzen naar het juiste arbeidstraject.

Het investeren in deze samenwerkingen heeft geloond:

- er kwam een gedeelde visie op herstel. Zorg- en werkbegeleiders werkten actief samen om de persoon met een psychische problematiek toe te leiden naar de arbeidsmarkt;
- de zorgpartners waren zich beter bewust van mogelijke arbeidsvragen bij hun klanten en maakten kennis met de arbeidsmarkt;
- de werkbegeleiders namen sneller contact op met de zorgpartners wanneer ze vragen hadden over het omgaan met een psychische beperking of het opstarten van een netwerk rond een klant;
- de afstand tussen de zorg- en de werksector werd kleiner, waardoor men niet langer langs elkaar, maar met elkaar begon te werken.

Binnen deze samenwerkingen tussen werk en zorg ontwikkelden we een **GEZAMENLIJKE visie en tools**.

2.1 Recovery

Ons geloof in de mogelijkheden en de krachten tot herstel van personen met psychische problemen vormde in Oost-Vlaanderen de basis voor onze ideeën over het toepassen van recovery binnen de werking van het gespecialiseerde werkneta. Bruggenbouwers werkten aan de hand van gemeenschappelijke brainstormsessies rond recovery.

Die sessies vormden de voedingsbodern voor maandelijkse dossierbesprekingen vanuit de samenwerking met de regionale mobiele teams.

2.1.1 Kernbegrippen

In het kader van de begeleiding naar werk heeft 'recovery' niet de betekenis van 'genezing'. Het verwijst veeleer naar een zeer persoonlijk en uniek proces.

Centraal staan drie kernbegrippen: hoop, controle en mogelijkheden.

Recovery gaat over het creëren van een goed leven, optimale maatschappelijke participatie en een positieve identiteit, en dit rekening houdend met moeilijkheden en uitdagingen die eigen zijn aan een psychische problematiek. Tijdens dit recoveryproces doen personen een beroep op interne bronnen (veerkracht, coping, moed ...) en op externe bronnen (goede relaties, ondersteunende instanties, betekenisvolle activiteiten ...).

In wat volgt beschrijven we globaal op welke manier we deze kernbegrippen kunnen implementeren in de begeleiding naar werk.

1. Partners in dit project zijn: UCRO en CADOR (Gespecialiseerd Arbeidsonderzoek). De GOB's (Gespecialiseerde Opleiding, Bemiddeling en Begeleiding) Compaan en UCBO namen deel aan de stuurgroep en hebben vanuit die rol reflecties op de visie en de tekst geleverd. Vanaf 1 juli 2014 werd de GA geïntegreerd binnen de werking van GTB.

HOOP

Als begeleiders nemen we een coachende, faciliterende rol aan. We benaderen de klant op een empowerende manier. Er zijn twee experts betrokken bij het traject:

- de klant: met kennis over zichzelf, zijn mogelijkheden, zijn competenties, zijn inzicht in zijn functioneren (inclusief zijn psychische kwetsbaarheid);
- de begeleider: met expertise in de interactie tussen arbeidsbeperking en arbeidsmarkt.

We vertrekken vanuit het perspectief van de klant en het geloof dat betaalde tewerkstelling de levenskwaliteit verhoogt. Betaald werk betekent immers meer financiële mogelijkheden, betekenisvolle relaties, het gevoel iemand te zijn en zich te kunnen ontwikkelen, zingeving ... Wanneer een actie niet lukt, bekijken we dit als een leerervaring. Mislukken bestaat niet! We analyseren en bepalen wat we moeten doen om een volgende ervaring succesvoller te maken.

CONTROLE

De klant zelf heeft de controle over het traject. Het netwerk van begeleiders reikt de nodige informatie aan en stelt expertise ter beschikking: we vertellen over het positieve effect van betaalde tewerkstelling, we schetsen de tewerkstellingsmaatregelen, we expliciteren het netwerk. Maar het is de klant die bepaalt en beslist. Hierbij focussen we ook op risicomanagement. Bepaalde acties houden risico's in. We zoeken samen met de klant naar manieren om hiermee om te gaan. Maar we laten de uiteindelijke keuze aan de klant zelf. Dit betekent ook dat de klant zelf beslist hoe hij omgaat met de verplichtingen vanuit de RVA, het RIZIV ...

MOGELIJKHEDEN

Vanuit het netwerk creëren we mogelijkheden om betaald werk te vinden. We empoweren personen met een functiebeperking. We vertrekken van hun wensen en hun mogelijkheden. Laat personen met een functiebeperking zelf ervaren of betaald werk mogelijk is: zet zo snel mogelijk de stap naar de werkvloer, in de vorm van een stage of een andere hierop gerichte methodiek.

Deze recoveryvisie is herkenbaar. We werken vandaag al volgens verschillende methodieken die deze visie kwalitatief ondersteunen: oplossingsgericht coachen, waarderende benadering, disability casemanagement, empowerment ... Maar recovery gaat nog verder. Recovery legt de nadruk op het **inschakelen en centraal stellen van de klant** als ervaringsdeskundige, als effectieve (be)stuurder van zijn traject.

2.1.2 Recovery in de praktijk

Wanneer een klant een vraag heeft naar gespecialiseerde trajectbepaling en trajectbegeleiding, hoe pakken we dit dan recovery-faciliterend aan?

Het aspect 'controle' binnen recovery vinden we onder meer terug in de kernopdracht van GTB. Deze kernopdracht krijgt vorm doordat we als regisseur werken vanuit het trajectmodel.

Het trajectmodel dient als basis voor een **begeleiding op maat**, in voortdurend overleg met de klant en doorheen alle trajectstappen. De werkbegeleider is als het ware het gezicht van het traject en heeft steeds een totaalbeeld van de klant.

De trajectbegeleiding heeft een **regisserend** karakter. De trajectbegeleider 'regisseert' het individuele traject van de klant door hem te informeren en hem te ondersteunen bij het nemen van de juiste beslissingen.

Wanneer een klant voldoende zelfredzaam is om zijn trajectstappen te realiseren, dan is de klant **actor**. Ook dan blijft GTB op de achtergrond regisseren en de stappen van de klant ondersteunen.

Wanneer de klant op basis van zijn eigen acties zijn doelstellingen naar werk niet kan realiseren, doen we een beroep op partners. Die zijn dan samen met de klant actor. In dat geval neemt de trajectbegeleider ook ten aanzien van de partners een regisserende houding aan. Hij zorgt ervoor dat alle betrokken partijen dezelfde doelen beogen en dat acties naadloos in elkaar overvloeien. Hierbij bewaakt hij steeds het evenwicht tussen enerzijds de vraag van de klant en anderzijds de begeleiding door de partners.

“Nobody can go back and start a new beginning, but anyone can start today and make a new ending.”

— Maria ROBINS

**Wanneer een klant een vraag heeft naar
gespecialiseerd arbeidsonderzoek,
hoe pakken we dit dan recovery-faciliterend aan?**

Recovery-faciliterende dienstverlening betekent dat de klant en zijn netwerk zelf het traject sturen en de controle hebben over de stappen die de klant zet.

- Help de klant zijn doel te zoeken en bepalen. Maak van dit doel het vertrekpunt.
 - Wat is jouw doel?
 - Waar wil je uitkomen?
 - Wat wil je bereiken?
 - Welke stappen wil je daartoe zetten?
 - Waar wil je wat uitproberen?
 - Welk soort activiteit wil je uitproberen?
 - in een reële of gesimuleerde situatie?
 - via een stage?
 - in groep?
 - individueel?
 - Wil je dat we je vroegere werkgever bevragen?
 - Wil je dat we je netwerk bevragen of betrekken?
 - Wil je een verslag van wat we samen ontdekken?
 - Wil je dit verslag kunnen gebruiken en doorgeven?

- Ga uit van aanwezige krachten en zet **enkel die stappen die de klant zelf aangeeft** en waarvan je in overleg met je klant oordeelt dat ze kunnen lukken. Bijvoorbeeld: indien de klant dit na overleg ziet zitten, kan je een stage organiseren (in de huidige werking zou je hier allicht langer mee wachten om geen risico op mislukken te lopen).
 - Verander de manier waarop we omgaan met het inschatten van risico. Mislukken kan een vorm van leren zijn, het betekent niet per se voor iedereen een faalervaring. Expliciteer dit ook aan de klant. Bekijk de mogelijke resultaten en effecten van een actie en ga na wat dit voor de klant betekent. Leg hierbij het accent op de leermogelijkheden.
 - Werk samen met je klant diens individuele stappenplan uit en volg zijn tempo. Werk steeds met het oog op zijn individueel doel naar werk. Wees niet bang om bij sterke twijfel tussen wel of niet kunnen werken een duwtje in de rug te geven.

Recovery-faciliterende dienstverlening biedt op de juiste momenten antwoorden en diensten aan.

- Wachtlijsten worden vermeden maar zijn soms onvermijdelijk.
- Het aanbod van de dienstverlening is uitnodigend.
- Het aanbod is gekend.
- Zoek steeds naar het best passende moment, de best passende plaats en de best passende actie voor je klant.
- Ook het onderzoekswerk is een procesmatig gebeuren. Het kan op eender welk moment in het traject zinvol zijn, indien de klant hier nood aan heeft.

Recovery-faciliterende dienstverlening vertrekt van een gelijkwaardige relatie met de klant.

- De ervaringsdeskundigheid van de klant is gelijkwaardig aan de professionele deskundigheid van de dienstverlener.
- Betrek de klant in alle contacten.
- Geef over elk contact feedback en koppel steeds terug naar het gestelde doel.
- Vertrek vanuit het huidige functioneren van de klant, niet enkel vanuit de diagnose.
- Geef samen met de klant vorm aan de onderzoeksetting en inhoud/opzet en leg de link met zijn stappenplan.
- Benader elk voorstel van de klant op een bevestigende positieve manier om samen tot een realistische stap te komen. Zoek samen naar de al aanwezige copingvaardigheden en reik eventueel passende alternatieve copingvaardigheden of manieren om die te verwerven aan.

Recovery-faciliterende dienstverlening biedt veiligheid en vertrouwen.

- Je slaagt erin een vertrouwenssfeer te creëren waarin de klant zich veilig voelt. Hou er wel rekening mee dat dit voor elke klant anders zal zijn.
- Je geeft de klant steeds de mogelijkheid om zich te laten vergezellen van een zelfgekozen vertrouwd persoon.
- Je bepaalt samen met de klant waar en bij wie je welke info opvraagt en je geeft hierover telkens feedback.
- Je accepteert dat terugval mogelijk is, dat de toekomst onzeker is, en dat mislukken ook leren is.
- Je probeert risico's toe te laten in de mate dat de klant die toelaat.
- Jouw verslag is vooral geschreven vanuit sterktes, krachten en hoop op recovery, zonder evenwel de kwetsbaarheden uit de weg te gaan.
- Je overloopt met de klant het verslag en je bereidt de nabespreking voor.
- Je geeft de klant een duidelijke plek in de nabespreking. Overleg wie het verslag van het onderzoek brengt.

Recovery-faciliterende dienstverlening maakt maximaal gebruik van de interne en externe bronnen van de klant.

- Je vertrekt van de nog aanwezige krachten en positieve successen, hoe klein ook. Je toont geloof in die krachten en je geeft hoop. Je reikt voorbeelden aan uit je eigen levenservaring: dit inspireert en geeft hoop.
- Je betreft alle krachtgevendende en stimulerende bronnen uit het netwerk van de klant.
- Je bespreekt met de klant welke bijkomende faciliterende tussenkomsten van experts uit het netwerk hij wil inzetten.

Wanneer een klant een vraag heeft naar gespecialiseerde opleiding, begeleiding en bemiddeling, hoe pakken we dit dan recovery-faciliterend aan?

We proberen bij elke klant een zeer persoonlijk en uniek proces te ondersteunen. We werken naar een optimale participatie op de arbeidsmarkt, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de klant en hoe hij daar zelf mee omgaat. In dit proces zijn we een externe bron. Samen met de klant zoeken we zijn positieve interne bronnen waarop hij en wij in dit proces een beroep kunnen doen.

We gaan **dadelijk aan de slag**: beroepsoriëntatie, in kaart brengen van sterke punten waarop verder kan worden gebouwd, verhelderen van het jobdoelwit, verduidelijken van de mogelijke impact van de beperking op de werkvloer ... Het traject wordt volledig in overleg met de klant opgebouwd. Het traject is actief en ervaringsgericht: we stimuleren elke klant om in actie te treden en ervaring op te doen.

HOOP

Wij geloven dat betaalde tewerkstelling de levenskwaliteit verhoogt, op voorwaarde dat er een goede 'match' is. Met andere woorden, het werk moet werkbaar zijn voor elke betrokkene: werknemer, werkgever en collega's. We zetten dan ook vooral in op deze match, alsook op ondersteuning bij de tewerkstelling en indienstreding.

*“If you believe it will work out,
you’ll see opportunities.
If you believe it won’t,
you will see obstacles.”*

— Dr. Wayne DYER

CONTROLE

Om controle en vertrouwen te kunnen hebben in het traject moeten alle partijen voldoende relevante informatie krijgen. De informatie die nodig is voor een goed traject halen we in eerste instantie bij de klant zelf.

Vervolgens luisteren we welke informatie de klant van ons nog nodig heeft: we informeren de klant over wat wij te bieden hebben en welke rol wij in het netwerk opnemen. We informeren hem ook over zijn rechten en plichten, en over de gevolgen van beslissingen in het traject. Verder geven we hem advies in verband met jobdoelwit, haalbaarheid, arbeidsregime ...

De *werkgever* of de *stageaanbieder* heeft het recht op correcte relevante informatie en ondersteuning. We proberen de communicatie tussen klant en werkgever zoveel mogelijk rechtstreeks te laten verlopen. We geloven dat een goede en vertrouwensvolle relatie met de werkgever het mogelijk maakt meer kansen te bieden aan onze klanten.

MOGELIJKHEDEN

We vertrekken vanuit de mogelijkheden van de klant, op het ogenblik dat de klant vindt dat er effectief stappen naar de werkvloer kunnen worden gezet. Die stappen worden individueel en in overleg bepaald. Voor sommigen werkt het om al op dag 1 op de werkvloer te staan; anderen hebben liever eerst wat meer zicht op de risico's en gaan liever stap per stap.

Wat kunnen we uit de recoveryvisie meenemen voor onze huidige werking van *gespecialiseerde opleiding, begeleiding en bemiddeling*, binnen onze opdracht om toe te leiden naar duurzaam werk op de reguliere arbeidsmarkt?

Om vanuit recovery mensen kansen te geven, is er ondersteuning van werkgevers nodig:

- de werkgever moet geloven in het nut van dit initiatief voor zijn werkvloer;
- de werkgever moet vertrouwen hebben en krijgen. Hij moet controle over het gebeuren hebben en voldoende informatie krijgen om de risico's en de haalbaarheid voor zijn bedrijf te kunnen inschatten. Klant, coach en werkgever moeten hierin gelijkwaardige partners zijn;
- ten slotte moet dit alles ook gebeuren vanuit de mogelijkheden van de werkgever en zijn bedrijf.

Om de recoveryvisie te implementeren hebben de begeleiders enkele concrete tools nodig.

Wij verzamelden een aantal 'huistaken' voor klanten rond de drie kernbegrippen. Met die taken empoweren we de klant om zelf zijn begeleiding in handen te nemen en helpen we de begeleider om zich in het gesprek te focussen op de herstelbenadering. Deze taken of opdrachten zijn bruikbaar in elk traject. Je vindt ze als bijlagen terug op www.gtb-vlaanderen.be/bruggen-bouwen.

HOOP

In bijlage 1 tot en met 6 vind je mogelijke opdrachten om samen met de klant zijn kennis over zichzelf en zijn competenties in kaart te brengen.

CONTROLE

In bijlage 7 tot en met 8 vind je een aantal tools om samen met je klant risico's in kaart te brengen, stresserende omstandigheden te benoemen en te bekijken hoe hiermee kan worden omgegaan.

MOGELIJKHEDEN

In bijlage 9 tot en met 11 vind je een aantal tools om samen met de klant zijn wensen in kaart te brengen. Wat vindt hij belangrijk in een werksituatie, wat heeft hij nodig om goed te kunnen functioneren ...

Om de recoveryvisie in te bedden in de eigen organisatie en verder te verspreiden, ondernemen we al volgende stappen:

- interne opleiding rond recovery voor trajectbegeleiders, met focus op de drie kernbegrippen en de concrete omzetting naar de praktijk;
- samenwerking met mobiele teams vanuit de recoveryvisie;
- deelname van trajectbegeleiders aan externe opleidingen rond recovery vanuit de PSY 107-netwerken;
- opname van de recoveryvisie in de 'Bruggen Bouwen'-opleiding.

In de volgende fase van het project willen we verder werken aan de inbedding en verspreiding, met volgende doelstellingen:

- de recoveryvisie is doorgedrongen bij elke medewerker. Deze visie kan men ook gebruiken in (in)directe contacten met de klant, ICT-toepassingen ...;
- elke trajectbegeleider kent de recoverytools en kan ze gebruiken;
- de Bruggenbouwers dragen de visie en de tools uit naar de partners.

We zien ook **drempels** waarmee we vandaag geconfronteerd worden en we willen kijken hoe we hiermee in de toekomst kunnen omgaan. We denken hierbij aan:

- informatieplicht van sollicitanten tegenover werkgevers i.v.m. veiligheid op de werkvloer (bv. medicatiegebruik, hoogtevrees ...);
- 2-klantenverhaal: de werkgever heeft ook het recht op relevante informatie waardoor hij ook zelf keuzes kan maken. Hij heeft ook het recht op een kwalitatieve service van onze diensten. De werkgever moet ook rekening houden met andere aspecten in zijn bedrijf;
- een verhaal van rechten en plichten: we vinden dat iemand die een werkloosheidsuitkering krijgt actief moet zoeken naar werk. In dat opzicht heeft de klant niet de vrijheid om ervoor te kiezen niet te werken;
- we hebben geen 'lade' met werk- of stageplaatsen toegespitst op de wensen van de klant;
- wat doen we met klanten waarvan een gebrek aan inzicht in de eigen mogelijkheden en beperkingen juist deel uitmaakt van zijn beperking?
- de realiteit: capaciteitstekort, administratieve rompslomp, uitvallen van medewerkers, drempels op de arbeidsmarkt, werkloosheidsval ...

2.2 Samenwerkingsmodel

In heel Vlaanderen krijgt en stelt GTB vragen naar samenwerking met de gezondheidssector. In dit samenwerkingsmodel stellen we een methodiek voor die de kansen op een professionele re-integratie van herstellende klanten verhoogt en die inzetbaar is in heel Vlaanderen.

Het samenwerkingsmodel maakt duidelijk vanuit welke **visie** we samenwerken, via welke **routing**, en welk **aanbod** de Werkwinkel hierin kan doen. Het model moedigt de terugkeer naar de eigen werkgever aan, omdat we weten dat dit de kansen op tewerkstelling vergroot.

Het samenwerkingsmodel is algemeen, maar de routing zal steeds aangepast moeten worden per doelgroep en per dienst uit de gezondheidssector. De noden van de verschillende doelgroepen, de netwerken en de betrokken partners zullen steeds anders zijn en zullen daarom een aangepaste versie van de routing vereisen. Naast het algemene samenwerkingsmodel worden er twee **draaiboeken** meegegeven, vanuit een **residentiële** setting en vanuit een **ambulante** setting.

2.2.1 Visie

Voor de uitwerking van het samenwerkingsmodel zijn we vertrokken van volgende criteria:

- het model is **inpasbaar in de reguliere werking** van **alle** betrokken diensten;
- het model bevat een routing waarin **de taken** van de verschillende partijen beschreven zijn;
- het model biedt de mogelijkheid tot **expertise-uitwisseling** tussen alle betrokken diensten;
- het model is maximaal gericht op het **empoweren** van de klant zodat hij zijn traject zoveel mogelijk **zelf kan sturen**;
- het model ondersteunt een **afstemming van de adviezen naar wedertewerkstelling** van de **verschillende betrokken artsen** (behandelend geneesheer, arbeidsgeneesheer, revalidatiearts, verzekeringsarts, adviserend geneesheer);
- het model is maximaal gericht op **behoud van de eigen werkgever**;
- het model biedt indien nodig ondersteuning bij het **zoeken naar een andere werkgever**;

- het model kadert in het inclusief beleid: ‘regulier waar mogelijk, gespecialiseerd waar nodig’. Met andere woorden: gespecialiseerde diensten worden enkel ingezet wanneer de klant effectief nood heeft aan deze begeleiding;
- het model kadert binnen de afspraken die werden gemaakt in de samenwerkingsovereenkomst VI-RIZIV-VDAB-GTB.

SUCCEFACTOREN

De ervaring heeft ons geleerd dat onderstaande factoren onontbeerlijk zijn voor een goede samenwerking en een geslaagd traject:

- A. Snelle interventie
- B. Betrokkenheid van alle actoren uit het netwerk rond de patiënt
- C. Jobbehoud: gepaste terugkeer naar werk als primair doel
- D. Communicatie: om laagdrempeligheid en uitwisseling van expertise te bevorderen
- E. Vrijwillig engagement
- F. Een methodiek die zo nauw mogelijk aansluit bij de reguliere trajectbegeleiding

A. Snelle interventie

Langdurige gezondheidsproblemen en/of functionele beperkingen behoren tot de belangrijkste oorzaken van werkloosheid en uitsluiting van de arbeidsmarkt. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat hoe langer een werknemer afwezig blijft van het werk, hoe kleiner de kans wordt dat hij het werk bij de eigen werkgever ooit nog zal hervatten:

- de waarschijnlijkheid dat een werknemer na een afwezigheid van drie tot zes maanden het werk bij de eigen werkgever weer hervat is minder dan 50%
- de waarschijnlijkheid dat een werknemer na een afwezigheid van meer dan een jaar het werk bij de eigen werkgever weer hervat bedraagt slechts 20%
- slechts een kleine 10% van de werknemers keert terug naar de eigen werkgever na een afwezigheid van twee jaar.

Het komt er dus op aan om via een methodiek van professionele re-integratie te vermijden dat werknemers langdurig een beroep moeten doen op compensatiesystemen, zoals de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Het is belangrijk om er zo snel mogelijk achter te komen bij welke personen de kans het grootst is dat zij zonder interventie terug aan het werk gaan. Bij de restgroep is het cruciaal om het re-integratietraject zo vroeg mogelijk op te starten. Zowel voor het ‘uitfilteren’ van de doelgroep als voor een snelle start ligt een grote verantwoordelijkheid bij de actoren uit de gezondheidszorg.

Wanneer vindt de interventie plaats?

a) Tijdens de hospitalisatiefase

Zo snel mogelijk na de opname wordt de patiënt aangesproken over zijn professionele activiteiten en wordt gekeken hoe de patiënt de relatie met zijn werkgever kan onderhouden en welke perspectieven er eventueel zijn.

b) Tijdens de revalidatie

Na de start van de revalidatie- of herstelperiode ziet de patiënt zijn krachten groeien waardoor zijn angsten afnemen. In die fase spreekt de begeleider uit de gezondheidssector hem aan en wordt er gekeken over welke vaardigheden de patiënt dient te beschikken om zijn oorspronkelijke job weer op te nemen. Indien mogelijk wordt hij in deze vaardigheden verder getraind.

Een goede timing is belangrijk

Een goede timing van de (start van) het traject is belangrijk. Als de klant te lang buiten het arbeidsproces staat, kan dit leiden tot een wederzijdse onthechting en een nieuw leefpatroon waarin werk minder belangrijk lijkt.

Een te snelle re-integratie (op een moment dat de patiënt, zijn omgeving of zijn werkplek er nog niet aan toe is) kan echter wel leiden tot teleurstelling en demotivatie van alle betrokkenen. Het is dus cruciaal om niet alleen oog te hebben voor onderschatting, maar ook voor overschatting van de mogelijkheden door de patiënt.

B. Betrokkenheid van alle actoren uit het netwerk rond de klant

De kracht van de methodiek schuilt in de multidisciplinaire aanpak en de samenwerking tussen de trajectbegeleider, de behandelende geneesheer, de verantwoordelijken van het revalidatiecentrum en/of andere zorgbegeleiders.

C. Jobbehoud: gepaste terugkeer naar werk als primair doel

De methodiek focust in eerste instantie op jobbehoud en re-integratie bij de eigen werkgever. Ervaren personeel blijft op die manier inzetbaar op de werkvloer.

De werkplek is bovendien de meest doeltreffende plaats om aan re-integratie te werken. Deze erkenning moet verzekeren dat de waardigheid van werknemers behouden blijft en dat zij actief participeren in het proces.

2.2.2 Routing

We geven eerst het algemene routingschema en behandelen vervolgens elke stap in detail.



AANMELDING

Wanneer kan een klant aangemeld worden?

De begeleider uit de gezondheidssector en de klant overleggen samen of stappen naar werk een optie zijn en bekijken welke mogelijkheden al gekend zijn.

Een klant kan zichzelf aanmelden of kan aangemeld worden. Het is belangrijk dat zowel de klant als het zorgnetwerk verder willen bekijken of (weder-)tewerkstelling (op termijn) mogelijk is. De klant hoeft in deze fase dus nog niet 'helemaal klaar' te zijn.

De klant of de verwijzer neemt contact op met een aangeduide contactpersoon bij de Werkwinkel. Indien de klant nog opgenomen is, spreken de partijen af hoe het contact met een trajectbegeleider bij voorkeur verloopt. Bij voorkeur is er een fysiek contact, maar dit zal niet altijd mogelijk zijn.

Streefdoel is de terugkeer van de werknemer, met aandacht voor volgende hiërarchie:

- zelfde taak/job, zelfde werkgever;
- aangepaste taak/gelijkaardige job, zelfde werkgever;
- alternatieve taak/nieuwe job, zelfde werkgever;
- aangepaste taak/gelijkaardige job, andere werkgever;
- alternatieve taak/nieuwe job, andere werkgever;
- indien tijdens het traject blijkt dat betaalde tewerkstelling op dat moment niet haalbaar is, biedt onbezoldigde arbeid (arbeidszorg, vrijwilligerswerk ...) een (tijdelijk) alternatief. In ieder geval moet vermeden worden dat de klant totaal inactief wordt.

D. Communicatie: om laagdrempeligheid en uitwisseling van expertise te bevorderen

De trajectbegeleider onderhoudt het contact met het revalidatiecentrum/de dienst gezondheidszorg. Informeel contact maakt de begeleiding laagdrempeliger en zorgt voor meer uitwisseling tussen werk- en zorgbegeleider over het 'beleven van de handicap' en de mogelijkheden tot wedertewerkstelling. Beide partijen kunnen met hun vragen bij elkaar terecht. Dergelijke contacten slaan de brug tussen de gezondheidssector en de arbeidsmarkt.

E. Vrijwillig engagement

De begeleiding naar werk gebeurt steeds op vrijwillige basis. Wanneer de klant het om een of andere reden niet haalbaar acht om het werk te hervatten, zal de trajectbegeleider nagaan waarom de klant niet gemotiveerd lijkt. Indien de oorzaak ligt in bv. het ongelooft in de mogelijkheden, zal de trajectbegeleider proberen dit te doorprikken. Als de klant echt geen acties wil ondernemen, wordt de begeleiding stopgezet.

F. Een methodiek die zo nauw mogelijk aansluit bij de reguliere trajectbegeleiding

De rol van de trajectbegeleider binnen dit traject is vergelijkbaar met zijn rol in de reguliere trajectbegeleiding. Er zijn echter een aantal verschillen, bijvoorbeeld op het vlak van de communicatie met de zorgbegeleiders. Bovendien moet de trajectbegeleider over voldoende expertise beschikken in het begeleiden van personen met een gezondheidsprobleem.

TRAJECTBEPALING

Het contact met de klant en/of het zorgnetwerk

De trajectbegeleider neemt contact op met de klant en peilt naar zijn verwachtingen. Hij gaat na of hij de meest gepaste begeleiding kan bieden. Hij spreekt af met het zorgnetwerk wanneer en hoe ze met elkaar contact onderhouden om de vorderingen van de klant te bespreken.

De trajectbegeleider verwerft informatie over het functioneren van zijn klant. De klant kan met zijn vragen rond professionele re-integratie terecht bij de trajectbegeleider. De trajectbegeleider kan terugvallen op het zorgnetwerk voor informatie en ondersteuning.

START BEGELEIDING

Een klant is klaar om het traject te starten van zodra hij effectief acties kan ondernemen, bv. een opleiding volgen of stage lopen op een werkvloer. Het akkoord van de adviserende en behandelende geneesheer is noodzakelijk. Vanaf dan wordt het intakegesprek gepland. Indien het een ongeval betreft dat nog niet geconsolideerd is, is het wenselijk dat de advocaat van de klant betrokken wordt. Dit voorkomt een negatieve houding van de advocaat ten aanzien van het zetten van stappen naar werk.

Het gesprek is bij voorkeur een triogesprek met klant, trajectbegeleider en zorgbegeleider, met een duidelijke focus op werk.

De trajectbegeleider en de zorgbegeleider ondersteunen de klant samen bij het bepalen van de doelstellingen en de acties om die doelstellingen te bereiken.

ARBEIDSONDERZOEK

Indien de beschikbare informatie onvoldoende is om een advies te formuleren omtrent het traject naar werk, kan de trajectbegeleider de klant doorverwijzen naar een arbeidsonderzoek.

TRAJECTOVEREENKOMST

Indien duidelijk is welke stappen ondernomen kunnen worden, kan een trajectovereenkomst worden opgemaakt.

Volgende acties zijn mogelijk:

- **Rechtstreekse bemiddeling**
De trajectbegeleider
 - bemiddelt indien mogelijk naar de bestaande werkgever. Is dit niet mogelijk dan wordt er gezocht naar een andere werkgever;
 - stemt de adviezen van de betrokken diensten/artsen op elkaar af.
- **Bemiddeling via opleiding en ondersteuning op de werkvloer.**
De trajectbegeleider
 - verwijst naar de gepaste partner;
 - verduidelijkt de vraag en verwachtingen van de klant;
 - zorgt voor een warme overdracht;
 - verstrekt relevante informatie aan de partner;
 - volgt de uitvoering van de acties op via regelmatige contacten.
- **Bemiddeling via tewerkstellingsmaatregelen.**
Indien er sprake is van een blijvend rendementsverlies op de werkvloer, of indien er nood is aan blijvende ondersteuning of speciaal vervoer van en naar het werk, dan informeert de trajectbegeleider de klant en de werkgever over de tewerkstellingsmaatregelen en ondersteunt hij hen bij het aanvragen ervan. Indien er nood is aan een aanpassing van de arbeidspost en/of het arbeidsgereedschap, dan schakelt de trajectbegeleider een arbeidshandicapdeskundige in.
- Indien het wenselijk is dat de klant een ander statuut krijgt, ondersteunt de trajectbegeleider de klant bij het zetten van de eerste stappen.

AFSLUITPROCES

De trajectbegeleider

- sluit de begeleiding af indien de doelstelling bereikt is of indien de begeleiding geen meerwaarde meer heeft;
- maakt steeds afspraken over nazorg met het oog op een duurzaam resultaat;
- communiceert hierover duidelijk met de klant en de betrokken partners en maakt afspraken rond de communicatie naar de actor uit de gezondheidssector.

De zorgbegeleider kan klanten naar VDAB/GTB verwijzen. Het aanbod van GTB omvat begeleiding op of naar de bovenste treden van de participatieladder.



TREDE 6: NEC (NORMAAL ECONOMISCH CIRCUIT = BETAALD WERK OP DE REGULIERE ARBEIDSMARKT)

Een aantal mogelijke scenario's:

■ De klant krijgt een ziekte-uitkering en wil terug naar de bestaande werkgever.	Samen met de klant, eventueel de adviserende geneesheer en de werkgever, worden mogelijke pistes bekeken. Deze klanten kunnen rechtstreeks bij GTB aangemeld worden. Zie bijlage 12 'Terug naar de eigen werkgever' op www.gtb-vlaanderen.be/bruggen-bouwen .
■ De klant is aan het werk en begeleiding is aangewezen.	De klant is aan het werk, maar er zijn problemen op de werkvloer. De klant kan in dat geval aangemeld worden bij een GOB.
■ De klant kan werken in het NEC, maar moet op zoek naar een nieuwe werkgever.	Het kan gaan om begeleiding (door GTB of de VDAB) of opleiding (door de VDAB, GOB of een andere partner). Ook nood aan/recht op ondersteuningsmaatregelen, zoals voorzien door de VDAB, wordt onderzocht.

TREDE 5: SOCIALE ECONOMIE (= BETAALD WERK OP EEN WERKVLOER IN DE SOCIALE ECONOMIE)

De klant kan betaalde tewerkstelling aan, maar heeft hierbij tijdelijk of blijvend intensieve ondersteuning nodig. Elke werkvorm binnen de sociale economie (bv. maatwerkbedrijf of -afdeling, lokale diensteneconomie) heeft eigen formele criteria. De trajectbegeleider kan de klant ondersteunen bij het aanvragen van de nodige erkenningen.

TREDE 4: ONBETAALDE ARBEID (IN DE REGULIERE OF SOCIALE ECONOMIE)

Als een klant niet meteen in staat is om te starten in een betaalde job, kan onbetaalde tewerkstelling een oplossing zijn. Dit wordt steeds gezien als een tijdelijke oplossing, een opstap naar betaald werk.

De klant, de zorgbegeleider en de trajectbegeleider moeten samen overwegen welke vorm van arbeidszorg of vrijwilligerswerk het beste bij de klant past.

Activeringsbegeleiding (TAZ)

Activeringsbegeleiding wordt aangeboden aan klanten die ver van de arbeidsmarkt staan. De haalbaarheid van een traject naar werk is onvoldoende duidelijk, maar nog niet alle mogelijkheden en kansen zijn aangewend. Bovendien zijn er duidelijk elementen aanwezig op psychisch en sociaal vlak, waaraan nog gewerkt moet worden.

Het aanbod bestaat uit zorgacties en empowermentacties.

ZORGACTIES: aanpak van medische en/of psychische drempels door een 'zorgpartner'.

De behandeling van de problematiek wordt uitgevoerd door de zorgpartner, op maat van de klant, en kan onder meer volgende acties inhouden:

- creëren van voldoende zelfinzicht, zelfaanvaarding en zelfvertrouwen;
- de klant leren omgaan met de problematiek met als gevolg voldoende stabilisatie, neutralisatie en controle van de belemmeringen;
- psycho-educatie tijdens individuele gesprekken;
- werken rond zelfbeeld: overschatting/onderschatting;
- inschatten van het functioneringsniveau;
- verhogen van de psychische draagkracht;
- bespreekbaar maken van stress en spanningen in verband met tewerkstelling;
- doorverwijzen naar een arts/specialist met het oog op het effectief laten stellen van diagnoses.

EMPOWERMENTACTIES: aanpakken van sociaal-economische, sociale en/of psychosociale drempels door een empowermentpartner.

Empowerment gebeurt op maat van de klant en kan onder meer volgende acties inhouden:

- werken aan de motivatie;
- bijbrengen van een realistisch beeld van de arbeidsmarkt;
- aanleren en verbeteren van communicatieve vaardigheden, assertiviteit, conflictbeheersing, attitudetraining ...;
- opnemen van budgetbegeleiding;
- doorverwijzen naar organisaties op het vlak van huisvesting, vrije tijd ...;
- verbeteren van de mobiliteit;
- versterken van de weerbaarheid en zelfredzaamheid.

2.2.4 Draaiboeken

Op www.gtb-vlaanderen.be/bruggen-bouwen vind je twee uitgewerkte draaiboeken op basis van het samenwerkingsmodel. Zie hiervoor bijlagen 13 en 14: 'Draaiboek samenwerking tussen werkwinkel en residentiële zorgsetting' en 'Draaiboek samenwerking tussen werkwinkel en ambulante zorgsetting'.

Deze routings zijn zeer concreet, maar kunnen vlot worden aangepast en gebruikt in eender welke samenwerking met een ambulante of residentiële zorgsetting.

Als begeleider ben je vaak niet de enige die stappen zet met de klant, hem ondersteunt, richting geeft enzovoort. Heeft hij andere hulpverleners? Wie begeleidt hem nog op gebied van werk? Op wie doet hij een beroep bij problemen?

Het is belangrijk om – in samenspraak en liefst samen met de klant – te **communiceren** met de andere betrokken diensten/begeleiders.

Dit zorgt ervoor dat:

- jullie als één team met de klant werken. Hierdoor staan ‘de neuzen in dezelfde richting’ en heeft de klant het gevoel dat zijn doelstellingen en stappen op het vlak van zorg en werk gedragen zijn;
- jullie optimaal aan expertise-uitwisseling kunnen doen (bv. over de aanpak van de problematiek, kennis van de arbeidsmarkt);
- jullie een gedeelde visie uitdragen naar de klant. Dit ‘empowert’ hem zodat hij zijn weg naar herstel zoveel mogelijk zelf in handen kan nemen.

Communicatie gebeurt veelal via informeel contact. Maar je kan ook een **klantoverleg** inlassen. Een overleg is altijd zinvol, maar komt in het bijzonder van pas wanneer je aanvoelt:

- dat er randvoorwaarden/psychische problemen zijn die stappen naar werk belemmeren;
- dat er problemen zijn op verschillende gebieden waarvoor je hulp van een andere begeleider kan gebruiken;
- dat er onduidelijkheid is of dat er vragen zijn over de rol die andere begeleiders op zich nemen;
- dat andere begeleiders een andere visie op de klant lijken te hebben, dat de klant tegenstrijdige boodschappen krijgt ...

Bij een overleg gaat iedereen rond de tafel mee op zoek. Je kan een beroep doen op bestaande provinciale structurele vormen van overleg. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan een Lokaal Cliënt Overleg georganiseerd door een OCMW of een Multi Disciplinair Overleg, bv. een MDO-psy overleg vanuit de SEL's.

In Vlaams-Brabant ontwikkelden Bruggenbouwers uit de sectoren werk (GTB) en zorg (UPC KU Leuven, campus Kortenberg) **twee tools voor klantoverleg**: een **begeleidingsplan** en een **communicatiestructuur**. Zij deden dit na een literatuurstudie en een brede bevraging naar de noden in hun respectieve sectoren. Ook de PSY 107-netwerkcoördinatoren van Kortenberg en Walden vzw waren hierbij betrokken.

ACHTERGROND

Bij de start van het project bleek dat er al verschillende begeleidingsplannen bestonden, gelinkt aan de specifieke vorm van klantoverleg en de context (regio, setting ...). Die bestaande plannen zijn in de eerste plaats een hulpmiddel voor de begeleiders om het overleg te registreren en onderling afspraken te maken.

Maar begeleiders gaven aan ook nood te hebben aan een plan **van en voor de klant**. Helemaal in lijn met de recoveryvisie was er dus vraag naar een plan waarvan de **klant eigenaar** is en dat hem stimuleert om zelf stappen te ondernemen. Dit plan werd uitgewerkt in samenspraak met ervaringsdeskundigen (mensen met een psychische kwetsbaarheid) van UilenSpiegel en Denk.

BEGELEIDINGSPLAN

Dit begeleidingsplan kan in elk werk/zorg-klantoverleg gebruikt worden. Tijdens het overleg overloopt de klant samen met de begeleiders zijn levensdomeinen zodat hij zelf zijn toekomst kan uitstippelen, prioriteiten en acties kan bepalen en een duidelijk zicht krijgt op de rol van zijn begeleiders.

Het is belangrijk dat het plan zowel door werk- als door zorgpartners gebruikt kan worden en dat het verstaanbaar is voor/op maat van elke klant. Op die manier **helpt** het plan de klant in zijn **herstel**. Om die doelen te bereiken zorgden we ervoor dat:

- de **focus ligt op het functioneren** van de klant: al zijn levensdomeinen worden besproken, met focus op de **gewenste situatie** en **concrete acties en ondersteuningsbronnen** om deze te bereiken. Dit zorgt voor een positieve toekomstvisie;
- de gebruikte taal is gebaseerd op ICF, wat tal van voordelen biedt (zie 3.2);
- de klant na het overleg een duidelijke en persoonlijke **tijdslijn** meekrijgt: dit is een visuele voorstelling van zijn weg naar herstel met een overzicht van de geplande acties. Dit zorgt voor een goede onderlinge afstemming tussen de klant en de begeleiders. De duidelijke timing legt ook de focus op een haalbare en betere toekomst;

- de begeleiders in het overleg vlot onderling én met de klant kunnen **communiceren** over zijn functioneren. Dit is niet altijd evident wegens het **beroepsgeheim** van zorgbegeleiders en de **discretieplicht** van de werkbegeleiders. Zoals in elk overleg geldt als richtlijn dat de begeleiders gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de correcte begeleiding van de klant. Hierdoor kan er onder elkaar informatie uitgewisseld worden die nodig is om deze verantwoordelijkheid op te nemen. Voor de uitwisseling van gevoelige medische gegevens in dit plan gaan we uit van volgende principes en richtlijnen:
 - volgens een akkoord van de orde van geneesheren mag medische info aangeleverd worden voor de aanvraag van BTOM's, mits toestemming van de klant;
 - we sluiten ons aan bij de maatschappelijke evolutie waarbij het zelfbeschikkingsrecht (eigenaarschap) van de klant omtrent zijn privacy centraal staat. Bij de voorbereiding van het overleg is het dan ook cruciaal dat de klant aangeeft (met schriftelijke toestemming) welke info er uitgewisseld mag worden in het kader van zijn weg naar herstel. De klant bepaalt dan ook zelf wat er nodig is om goed begeleid te kunnen worden. Hierdoor wordt er op een respectvolle manier omgegaan met de persoonlijke levenssfeer van de klant;
 - doordat de focus in het plan op het functioneren ligt, hoeft er ook niet gesproken te worden over specifieke diagnoses of andere medische info. Centraal staat de vertaalslag naar het gedrag van de klant en het effect op werk. Zorgpartners reiken handvatten aan om met het gedrag van de klant om te gaan, zonder het hierbij te hebben over de achterliggende problematiek.

Het plan en de handleiding vind je terug op www.gtb-vlaanderen.be/bruggen-bouwen, bijlage 15: 'Begeleidingsplan'.

3.1.2 Communicatiestructuur

ACHTERGROND

Tijdens het project gaven begeleiders aan dat ze vaak nood hebben aan overleg, maar hiervoor geen beroep kunnen doen op een bestaande vorm. Het is niet evident om dit overleg zelf te organiseren.

Daarom ontwikkelden we een structuur om ook in deze gevallen een klantoverleg te kunnen voorbereiden en vlot te laten verlopen, samen met het begeleidingsplan.

Deze tool vindt je www.gtb-vlaanderen.be/bruggen-bouwen, bijlage 16: 'Communicatiestructuur voor een klantoverleg'.

*“Knowledge is like money:
to be of value it must circulate,
and in circulating it can increase
in quantity and, hopefully,
in value.”*

— Louis L'AMOUR

COMMUNICATIESTRUCTUUR

Dit is een handvat om een overleg rond een klant die zowel bij een zorg- als bij een werkpartner in begeleiding is, te stroomlijnen.

Deze structuur kan je toepassen in een overleg met verschillende begeleiders, maar ook in telefonisch overleg, afhankelijk van de noden en de omvang van het betrokken netwerk.

De vraag naar een overleg kan afkomstig zijn van de zorgpartner, de werkpartner, de klant of diens persoonlijk netwerk.

Het kan ook zinvol zijn om de adviserende geneesheer van de klant uit te nodigen op het klantoverleg zodat hij op de hoogte blijft van de stappen die met de klant gezet worden en zodat de klant een betere vertrouwensrelatie met zijn adviserende geneesheer kan opbouwen.

INBEDDING EN DISSEMINATIE

Voor de inbedding en disseminatie van de tools voor klantoverleg houden we rekening met de evaluaties uit de testfase:

- het begeleidingsplan vraagt de inzet van begeleiders om het overleg goed voor te bereiden, te houden en op te volgen. Deze inzet werd vooral beloond bij een **subgroep van klanten met psychische problemen**. Het gaat hierbij over klanten die weinig stabiliteit kennen en op verschillende levensdomeinen problemen hebben, waardoor acties moeilijk gecoördineerd kunnen worden. Ook voor klanten die zich moeilijk aan afspraken kunnen houden, helpt het plan om gedragen acties te plannen en de klant te motiveren om ze ook uit te voeren;
- de huidige ontwikkelingen rond PSY 107 en de recoveryvisie zijn nog in volle ontwikkeling. Voor zorgbegeleiders die voorheen weinig in aanraking kwamen met werk of met werk als hefboom naar herstel, vraagt dit proces meer tijd. Het is dan ook moeilijker om ingang te vinden bij deze groep voor het gebruik van het plan. We willen dit plan uitrollen in de werk/zorg-samenwerkingen in TAZ/DAZ-trajecten en hierbij ook de link leggen naar de registratiesystemen van Mijn Loopbaan bij de VDAB. Het plan krijgt een plaats in het vertrouwelijke luik waarop de zorg- en werkpartners op elk moment een beroep kunnen doen en dat ze dus gedurende het hele groeiproces van de klant kunnen gebruiken;
- het is belangrijk dat de **trekker vanuit zorg** in deze fase betrokken blijft en het mandaat krijgt van het PSY 107-netwerk om hierin te investeren.

3.2 ICF: leidraad voor warme overdracht

We hechten veel belang aan het bouwen van een goede brug tussen zorg en werk tijdens de begeleiding naar werk. Hierbij denken we onder meer aan een goed uitgebouwd aanbod aan klantoverleg, initiatieven zoals activeringsbegeleiding, en andere werk/welzijn-trajecten.

In Bruggen Bouwen willen we ook zorgen voor een 'goede brug' voor klanten die tijdens de begeleiding 'niet-toeleidbaar naar werk' blijken. Door een combinatie van niet-arbeidsmarktgerelateerde problemen, zoals psychosociale problemen, ernstige medische beperkingen, verslaving, generatiearmoede ... kan de afstand tot de arbeidsmarkt op dat moment niet overbrugd worden.

Voor die klanten stopt de begeleiding naar werk en is een **warme overdracht** naar **zorgbegeleiders** nodig, opdat ze de problemen kunnen aanpakken en verder kunnen groeien op hun weg naar herstel.

In de huidige manier van werken bespreek je als werkbegeleider samen met de klant waarom stappen naar werk niet haalbaar zijn. Je overloopt in welke levensdomeinen de klant kan groeien en wie hem hierbij zou kunnen helpen. Daarna stopt de begeleiding. Er is vaak weinig communicatie met de (nieuwe of bestaande) zorgbegeleider. Hierdoor gaat heel wat informatie verloren. De klant zelf onderneemt ook niet altijd de nodige stappen naar zorg en blijft hierdoor vaak 'stilstaan'.

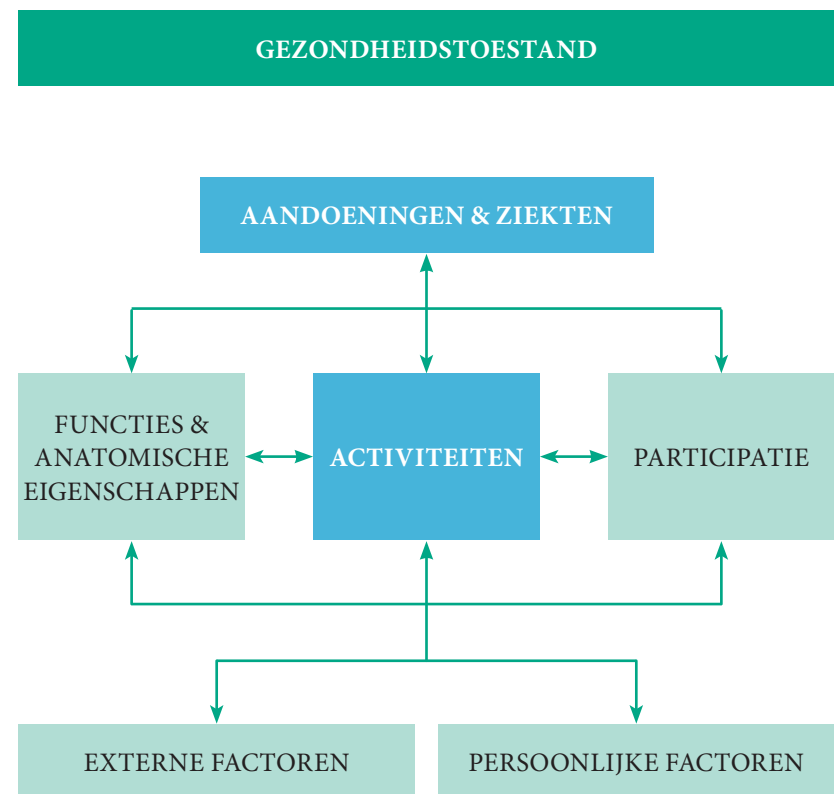
We ontwikkelden daarom een **communicatietool** gebaseerd op de ICF, zodat je:

- als **werkbegeleider**: op een eenvoudige manier samen met de klant zijn **functioneren en groeimogelijkheden** in kaart kunt brengen en dit kunt gebruiken voor de warme overdracht naar / communicatie met zorgbegeleider(s);
- als **zorgbegeleider**: vlot met de klant aan de slag kan gaan, doordat je start met een duidelijk beeld op zijn functioneren en met doelstellingen die door hemzelf gedragen zijn. Je kan de communicatietool ook gebruiken in je verdere communicatie met de werkbegeleider (bv. wanneer stappen naar werk terug haalbaar zijn).

WAT IS DE ICF?

ICF staat voor International Classification of Functioning, disability and health. Het is een internationaal classificatiesysteem, ontwikkeld in de schoot van de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie). In de ICF wordt het volledige functioneren van mensen in kaart gebracht aan de hand van categorieën, gestructureerd in componenten, hoofdstukken, subhoofdstukken ... Na een intensief proces werden 43 categorieën als core-set weerhouden, die de afstand tot de arbeidsmarkt het best kunnen inschatten. Voor elk van deze 43 categorieën werd er een operationele definitie geformuleerd en werden gedragsindicatoren bepaald.

De categorieën worden geordend binnen deze structuur:



Schema: ICF (WHO, 2001; RIVM, 2002)

Met de ICF kan iemands functioneren worden beschreven vanuit drie verschillende perspectieven:

- het perspectief van de mens als organisme: als **lijf en brein** (hoe goed functioneren bijvoorbeeld de gewrichten, het hart en de bloedvaten, de hersenen en de zenuwen, de longen? Zijn ze onbeschadigd?);
- het perspectief van het menselijk handelen: **wat iemand doet** (welke activiteiten voert iemand zelf uit en welke zou hij zelf kunnen of willen uitvoeren?);
- het perspectief van participatie: **wat iemand doet in relatie tot zijn omgeving** (deelname aan het maatschappelijk leven: kan iemand meedoen op alle levensterreinen – werk, gezin, hobby ... – en doet hij dat ook? Gedraagt hij zich als een volwaardig lid van de maatschappij?).

In ICF erkent men dat het menselijk functioneren door verschillende factoren wordt beïnvloed: medische factoren (ziekte, aandoening of letsel), persoonlijke factoren (leeftijd, geslacht, opleiding, persoonlijkheid, bewegings- en voedingsgewoonten) en externe factoren.

Voor meer informatie over de ICF, zie www.gtb-vlaanderen.be/bruggen-bouwen, bijlage 17.

WAAROM DE ICF?

Als communicatietool biedt de ICF diverse voordelen:

- de ICF is een kapstok om het volledige **functioneren** van personen in kaart te brengen;
- klanten willen goede informatie krijgen in een begrijpelijke taal, en hebben daar ook recht op. De ICF is een **heldere, duidelijke taal** die iedereen kan gebruiken en begrijpen;
- omdat de ICF door iedereen gebruikt kan worden, biedt ze een **gedeelde taal in de samenwerking** met partners uit andere sectoren. Langs elkaar heen werken, elkaar onvoldoende informeren etc. kunnen we deels voorkomen door voor dezelfde soort dingen dezelfde termen te gebruiken. Er wordt niet gesproken over bv. diagnoses, wat de communicatie vergemakkelijkt: over diagnoses kan niet iedereen spreken, maar over het functioneren van mensen wel;
- de termen uit de ICF zijn geschikt om eenieders functioneren te beschrijven, niet alleen het functioneren van (chronisch) zieken en gehandicapten;
- ICF-termen zijn geschikt om aan te geven waar de begeleiding zich op richt, wat de **doelen, prioriteiten en resultaten** zijn.

Tine was werkzaam als beveiligingsagent maar verloor haar werk als gevolg van een ernstige depressie en middelengebruik. Bij de start van haar traject bij GTB stelde ze de vraag naar betaald werk. Er was weinig probleeminzicht. De wens van de klant werd gevolgd: ze kon tijdens een korte stage aan de slag in een winkel. De stage werd al na één dag stopgezet als gevolg van een paniekaanval. Ook werk in een arbeidszorg-initiatief, als opstap naar betaald werk, mislukte door psychische problemen. In de loop van dit proces kreeg de klant wel een beter probleeminzicht en ontstond een hulpvraag naar zorg. Ze kreeg het advies 'niet-toeleidbaar' en vulde samen met de trajectbegeleider de ICF-tool in. Enkele voorbeelden:

Psychische stabiliteit: Je geeft aan je voortdurend angstig en gestresseerd te voelen en niet te weten hoe hiermee om te gaan. Tijdens je stage en werk reageerde je erg emotioneel bij kleine opmerkingen (bv. bij de vraag om kleren op een andere manier te sorteren) en was je vaak zo gespannen dat je er niet meer in slaagde om te werken en naar huis ging. Je doelstelling hierbij is dat je rustiger kan blijven bij tegenslagen en terug 'steviger in je schoenen staat'.

Hunkering: Dit is op dit moment een ernstig probleem. Je geeft aan dat je cocaïne nodig hebt om te kunnen functioneren en erg nerveus wordt wanneer je dit middel meer dan drie uur niet kunt gebruiken. Je beseft dat dit niet gezond is, maar op dit moment heb je het gevoel je gebruik niet meer in de hand te hebben. Op de werkvloer was het niet mogelijk voor je om een hele dag te werken zonder gebruik: je gedroeg je dan erg nerveus en prikkelbaar tegenover collega's en bezoekers van de winkel. Je kreeg dan ook het gevoel dat een collega je aan het 'bespieden' was. Zelf herken je dit als een ontwenningverschijnsel. Je doelstelling hierbij is dat je in staat wil zijn om enkel buiten de werkuren te gebruiken en je goed en ontspannen te voelen op het werk.

De ingevulde ICF werd gebruikt om samen met de klant contacten te leggen naar de gepaste hulpverlening. De zorgbegeleiding door CAD werd opgestart na een driegesprek met de klant en de trajectbegeleider. In dit gesprek werden de ICF-doelstellingen als startpunt genomen en gebruikt voor het maken van een actieplan.

VDAB en GTB gebruiken de ICF op dit moment al in een afgeschermd, vertrouwelijk luik in **Mijn Loopbaan** (ML). Niemand heeft automatisch toegang tot dit luik. De Dienst Arbeidsbeperking (DAPB) van de VDAB en de trajectbegeleider kunnen zichzelf toegang verschaffen. Ze kunnen ook toegang verlenen, mits toestemming van de klant, aan werk- en zorgpartners. De klant kan altijd zien wie er toegang heeft en wie de laatste drie maanden in dit luik actief was.

De ICF wordt bijvoorbeeld al gebruikt bij het rapporteren van een arbeidsonderzoek en van bepaalde trajecten, en bij het aanvragen van rechten van de klant. Begeleiders worden momenteel getraind om de ICF ook te gebruiken als begeleidingstool. Het wordt dan ook een logische en kleine stap om de ICF ook in te zetten voor de warme overdracht naar de zorg.

HOE GEBRUIKEN WE DE ICF?

ML bevat een overzicht van 43 werkgerelateerde ICF-categorieën. Voor elk van die categorieën werd er een operationele definitie geformuleerd en werden gedragsindicatoren bepaald.

Bij elke categorie kan men een keuze maken tussen: dit is een sterkte, geen probleem, een licht probleem of een ernstig probleem. Elke keuze moet gemotiveerd worden en er kan ook een doelstelling geformuleerd worden (wat willen de klant en de begeleider bereiken?).

In de warme overdracht van een niet-toeleidbare klant vul je als **werkbegeleider de ICF-categorieën** in. Je moet niet alle categorieën invullen, wel de relevante: de sterktes van de klant die een hulp zijn voor zijn groei en de problemen die een zorgbegeleider kan aanpakken. Het invullen van deze categorieën doe je bij voorkeur samen met, en zeker in samenspraak met de klant.

Deze ingevulde communicatietool bezorg je samen met de klant aan de zorgbegeleider die jullie inschakelen. De tool kan in het ideale geval tijdens een driegesprek worden overhandigd, maar kan ook via de klant 'meereizen' naar de zorgbegeleider.

Als **zorgbegeleider** krijg je waardevolle informatie over het functioneren van je klant en kan je de ICF verder gebruiken tijdens je begeleiding of communicatie naar de werkbegeleider.

Hiernaast vind je een casusvoorbeeld waarbij de ICF ingevuld werd na een traject richting werk.

3.3 Groepsmodule

GOB Jobcentrum ontwikkelde samen met GTB een persoonsgerichte oriënterende groepsmodule van ca. 6 maanden voor klanten met een psychische/psychiatrische problematiek, gericht op het zetten van verkennende stappen naar werk. Deze module ('Op-Stap²') beoogt een inschakeling op de arbeidsmarkt op die trede van de participatieladder die op dat moment voor de klant het meest wenselijk en haalbaar is. De deelnemers komen uit de samenwerking tussen GTB en PETeam voor een groep in Oostende en het mobiele team voor de regio Kortrijk/Menen.

Dit is een 'gemengde' module: de helft van de klanten krijgt nog actieve begeleiding binnen zorg en heeft dus nog een actief zorgnetwerk. De andere helft van de klanten heeft de zorg al (een tijdje) achter de rug. Hierdoor kunnen de klanten die nog zorgbegeleiding krijgen terug een toekomstperspectief en hoop op werk krijgen, dankzij de andere helft van de groep. Andersom kan dit deelnemers zonder zorgbegeleiding stimuleren om die toch (weer) op te pikken, indien aangewezen.

Deelnemers zijn bijvoorbeeld personen die lang in een psychiatrische instelling hebben verbleven en die nu in beschut wonen terechtkomen, of personen waarbij de vraag naar werk nog niet duidelijk is.

De groepsmodule omvat:

- werken rond hygiëne en het aanbieden van een dagstructuur;
- zicht krijgen op verschillende arbeidsmogelijkheden;
- psycho-educatie: werken rond inzicht, omgaan met verlies, problemen vertalen naar arbeid, verwoorden van beperking;
- vormen van een toekomstbeeld: wat wil ik nog bereiken met mijn beperking?
- werken rond statuten (rechten en plichten);
- zicht krijgen op het belang van arbeid, de manifeste en latente functies van arbeid;
- werken rond sociale vaardigheden;
- werken rond randvoorwaarden zoals mobiliteit en kinderopvang.

Na de groepssessies doet men één of meerdere bedrijfsbezoeken op verschillende treden van de participatieladder en wordt er een stage op de werkvloer voorzien.

Op-Stap² wil een participatielift zijn. De lift houdt halt op de verschillende treden van de participatieladder, geeft de klant de mogelijkheid om op die verdieping te toetsen of het aanbod tot zijn wensen en mogelijkheden behoort. De lift stopt op de verdieping die voor de klant wenselijk en haalbaar is. De mogelijkheid om (ook na verloop van tijd) opnieuw in de lift te stappen blijft altijd open.

Voor de begeleider

De Bruggenbouwers ontwikkelden samen met hogeschool PXL een **gemeenschappelijke opleidingsmodule** voor zorg- en werkbegeleiders.

Veel aandacht ging uit naar een goede vertegenwoordiging van werk en zorg, met het oog op een grotere **gedragenheid** en **toepasbaarheid** hiervan in de eigen context.

Een werkgroep met vertegenwoordigers van de Limburgse PSY 107-netwerken (Noolim en Reling), VDAB, GTB, LITP en PXL werkte een eerste concept voor de opleiding uit. Die opleiding werd verder concreet vormgegeven door een focusgroep van een 20-tal organisaties uit de zorg- en werksector. Daarbij golden een aantal belangrijke **principes en richtlijnen**:

- de herstelgerichte visie is de rode draad doorheen de hele vorming. De inbreng van ervaringsdeskundigen is hierbij nodig;
- het principe van ‘train the trainer’ maakt deel uit van de vorming. Op die manier kan de opgedane kennis zich verspreiden in de eigen organisatie en kunnen ook eerstelijns hulpverleners – indirect – gebruikmaken van het aanbod;
- we werken met een vaste groep van begeleiders die het volledige programma volgen. Dit creëert de nodige veiligheid binnen de groep om aan expertisedeling te kunnen doen en knelpunten te bespreken. Het nadeel hiervan is dat sommige thema’s al erg vertrouwd kunnen zijn voor de deelnemer;
- de vorming is een combinatie van theorie en praktijkgerichte leerervaringen. Er wordt gewerkt met casuïstiek en huistaken. Zowel het individuele traject van een klant als processen van (her)structurering van samenwerkingsverbanden tussen organisaties worden in cases uitgediept. De bespreking van casussen gebeurt in gemengde zorg/werk-groepen. Om dit op een vlotte manier te laten verlopen hebben de deelnemers wel enige werkvloerervaring nodig;
- de aangeboden thema’s zijn geïnspireerd op de werk- of zorgsector, maar zijn bruikbaar voor elke begeleider. Ze bieden handvatten om de samenwerking te optimaliseren en brengen inzichten bij die moeten leiden tot concrete sectoroverschrijdende samenwerkingsverbanden om mensen met psychosociale problemen te versterken in hun arbeidsparticipatie.

Deze principes en richtlijnen werden zoals gezegd in het programma en in de aangeboden thema’s geïntegreerd. Het eigenlijke lesmateriaal is afhankelijk van de spreker en de regio van de vorming. Het is bovendien veranderlijk, aangezien de thema’s zelf vaak voortdurend in ontwikkeling zijn.

Het programma omvat zes dagen, met een frequentie van een dag per maand. Dat laatste is een bewuste keuze van de focusgroep: niet te frequent, zodat de dagelijkse werking van de begeleiders gewaarborgd blijft; maar ook niet te sporadisch, zodat de (30) begeleiders doordrongen worden van de boodschap van herstel en samenwerking. De invulling van het programma gebeurde aan de hand van deze thema's:

HERSTELGERICHTE BENADERING

Doelstelling:

- de begeleiders bekendmaken met en doordringen van de herstelgerichte benadering als de bindende visie tussen hun verschillende diensten, elk met hun eigen accenten en specialismen.

Onderdelen:

- fasen en kernbegrippen van herstel;
- werk als hefboom voor herstel, met focus op betaald werk en mogelijkheden;
- herstelbenadering bij ernstige chronische psychische problemen: managen van kwetsbaarheid in plaats van 'genezen';
- link tussen de eigen organisatie en deze visie: hoe bekijkt mijn organisatie rehabilitatie? Welke elementen zijn al herstelgericht? Aan welke aspecten kunnen we nog werken?
- herstelgericht denken en werken als begeleider.

PSYCHOPATHOLOGIE

Doelstellingen:

- verleggen van de focus van 'diagnose' naar het gedrag en het functioneren van de klant met een psychisch probleem;
- aanbieden van handvatten aan begeleiders om met dit gedrag om te gaan;
- stimuleren van zowel expertisedeling van zorg- naar werkbegeleiders als communicatie tussen de begeleiders.

Onderdelen:

- technieken om klanten met dubbeldiagnoses en depressies te begeleiden;
- algemene gesprekstechnieken en motiverende gespreksvoering (bv. schaal-/competentievragen, reflecties ...).

ROL VAN ARBEID

Doelstellingen:

- een duidelijk overzicht bieden op de arbeidsmarkt, evoluties en verschillende actoren in het domein 'werk' (Wie doet wat? Wanneer doorverwijzen?);
- handvatten bieden om het thema werk op te nemen met personen met psychische problemen;
- stimuleren van expertisedeling van werk- naar zorgbegeleiders.

Onderdelen:

- schetsen van werkmogelijkheden voor personen met psychische problemen op de verschillende treden van de participatieladder: arbeidszorg, TAZ (Tender Activerings Zorg) & DAZ (Doorstroom Arbeidszorg), W², Maatwerk, Reguliere circuit;
- werk als hefboom voor herstel, verbinding met 'appreciative inquiry';
- spel Sociopoly (van vzw Jobcentrum West-Vlaanderen) als handvat om sociale vaardigheden te trainen, en deze toe te passen in werksituaties en het bekomen van tewerkstelling.

WERKEN ROND FUNCTIONEREN & PARTICIPATIE

Doelstellingen:

- de focus leggen op functioneren (in plaats van diagnose/pathologie), volgens de toenemende vermaatschappelijking van de zorg en de herstelgerichte benadering;
- het gebruik van de ICF stimuleren in de samenwerking tussen beide sectoren en zo de kloof in het taalgebruik wegnemen.

Onderdelen:

- gebruik van de ICF als biopsychosociaal model: schema om het functioneren in kaart te brengen en te evalueren, en een gemeenschappelijke taal voor zorg/werk-overleg te bieden;
- vragenlijsten voor indicatiestelling aan de hand van de ICF.

WIE BEN IK ALS HULP- OF DIENSTVERLENER?

Doelstelling:

- stimuleren van ethisch handelen en denken van begeleiders in de omgang met de klant en in het onderlinge overleg.

Onderdelen:

- zelfreflectie over waarden en normen van de begeleider en de eigen organisatie, ethisch nadenken over het eigen handelen, oog hebben voor de waarden en normen van de klant;
- omgaan met crises van de klant;
- omgaan met macht en machteloosheid (kan ook gaan over machteloosheid tegenover bepaalde maatschappelijke structuren);
- omgaan met eigen waarden en normen;
- omgaan met wisselend functioneren van de klant.

BRUGGEN BOUWEN

Doelstellingen:

- stimuleren van klantoverleg als middel voor het bouwen van bruggen tussen werk en zorg;
- stimuleren van bruggen bouwen tussen de deelnemer aan de opleiding en de eigen organisatie om de herstelgedachte te kunnen overbrengen.

Onderdelen:

- transfer naar mijn organisatie, opgedeeld in vier fasen: de beleidskeuze, de voorbereiding, de start en de fase van verdieping, met aandacht voor systematische communicatie;
- vormen, doelstellingen en gebruik van klantoverleg: (PSY)MDO, LCO;
- evoluties art. 107 met vermaatschappelijking van de zorg. Focus op mobiele teams en zorgoverleg voor de samenwerking met partners.

4.3 Evaluatie

Deelnemers kregen de kans om na de opleiding een anonieme tevredenheidsenquête in te vullen.

De resultaten tonen aan dat de opleiding door de deelnemers positief werd ervaren: 36% van de deelnemers vond de opleiding 'goed', de overige 64% vond de opleiding 'geslaagd'. 9% vond het lesmateriaal 'erg goed', 55% 'goed' en 36% 'geslaagd'.

Men gaf aan dat men een beter zicht kreeg op diensten uit de andere sector en het eigen zorg/werk-netwerk kon uitbreiden. De momenten van interactie

met begeleiders uit de andere sector waren erg zinvol. Door het herhaaldelijk beklemtonen van het belang van samenwerken werd dit ook meer een spontane reflex in de begeleiding van klanten.

Belangrijke aandachtspunten waren:

- de deelnemers waardeerden vooral praktische, concrete info waarmee ze in de samenwerking aan de slag konden;
- regionaal organiseren van de opleiding is belangrijk: zo kan men praktische info geven en gebruiken over de provinciale invulling van hulpverlening en werkbegeleiding;
- deelnemers waardeerden de focus op de mogelijkheden van de klant. Er mocht ook wel meer aandacht gaan naar de knelpunten die werknemers met een arbeidshandicap in hun tewerkstelling ervaren (bv. stress, verwachtingen werkgevers, voorwaarden voor tewerkstelling). Het onderscheid tussen 'bezigheid' en 'werk' mocht ook meer aan bod komen;
- sommige werkbegeleiders hadden het gevoel dat de opleiding te sterk op zorgpartners gericht was.

4.4 Inbedding en disseminatie

Ondertussen bood PXL de vormingsmodule al een tweede keer aan. De principes uit de focusgroep en de thema's uit de opleiding werden gebruikt voor een vorming van de FOD voor de revalidatiecentra.

In een volgende fase wordt nagegaan hoe op de vormingsvragen over recovery en werk/zorg-samenwerkingen een gestructureerd antwoord kan worden gegeven. Mogelijk biedt de vzw SUEM hiervoor een kapstok (zie www.suem.be).

5.

Voor de organisatie

Er zijn heel wat beleidsontwikkelingen binnen het domein werk en sociale economie die betrekking hebben op de brede doelgroep van personen met een arbeidsbeperking. Denken we maar aan de hervormingen die bezig zijn binnen het thema *maatwerk* en de ontwikkelingen van *W² (werk-welzijn)*.

Doel van al die ontwikkelingen is mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt een aangepaste begeleiding te bieden om een zo juist mogelijke plaats op de participatieladder te vinden. Waar mogelijk voor de klant, wordt doorstroming gefaciliteerd. Waar dit niet haalbaar is, wordt de klant een plaats binnen maatwerk of binnen vormen van onbetaalde arbeid aangeboden.

Op alle treden van de participatieladder wordt er samengewerkt tussen trajectbegeleiders uit de sector werk en begeleiders uit de sector welzijn of gezondheidszorg. Die samenwerking is echter het sterkst op trede 3 en 4.

Ook in andere beleidsdomeinen zien we gelijkaardige stromingen. Zie bijvoorbeeld de ontwikkelingen in het kader van *art. 107* binnen de *geestelijke gezondheidszorg* waar rehabilitatie (o.a. naar werk en/of dagbesteding) een van de vijf functies is. Rehabilitatie vormt een van de vijf bouwstenen van het proces naar vermaatschappelijking van de zorg.

Ook de *samenwerking met RIZIV en mutualiteiten* is een belangrijke prioriteit. Ook hier staat activering hoog op de agenda. Een citaat uit de samenwerkingsovereenkomst RIZIV-ziekenfondsen-VDAB-GTB: “Doel van de samenwerking is het streven naar een verbetering van kwaliteit in de samenwerking, en een verbetering van de kwaliteit van de begeleiding van de doelgroep om op die manier tot betere activering naar werk te komen.”

Deze beleidsevoluties worden uitgewerkt op federaal of Vlaams niveau, maar staan uiteraard niet los van de dagelijkse vormen van samenwerking en netwerking tussen diverse organisaties die vaak provinciaal georganiseerd zijn.

Vanuit dit kader installeerden VDAB en GTB voor de provincie Limburg een platform waarbij de bovengeschetste thematiek het uitgangspunt is.

5.1 Doelstellingen van het provinciaal platform

Het provinciaal platform heeft als algemene doelstelling de evoluties en ontwikkelingen in de begeleiding en tewerkstelling van personen met een arbeidsbeperking op te volgen.

Dit kunnen we verder concretiseren in volgende punten:

- informeren over de stand van zaken van diverse ontwikkelingen (bv. maatwerk, W², art. 107 binnen de geestelijke gezondheidszorg met de component activering en de verdere bespreking hiervan);
- informatie delen over lopende projecten omtrent de doelgroep (bv. TAZ en TAZbis, DAZ ...);
- uitnodigen van sprekers met expertise in een bepaald domein;
- opzetten van organisatie-overschrijdende vormingsmomenten over thema's waarvoor er gezamenlijke interesse bestaat;
- organiseren van studiereizen naar organisaties met expertise in een bepaald domein;
- verstrekken van beleidsaanbevelingen;
- initiëren, opzetten of uitwerken van nieuwe projecten met betrekking tot de doelgroep.

5.2 Werking

Dit platform wordt twee tot vier keer per jaar bijeengeroepen door VDAB, GTB en ERSV.

De agenda wordt samengesteld op basis van de ontwikkelingen die zich voordoen met betrekking tot personen met een arbeidsbeperking.

ERSV verzorgt ook het secretariaat van dit platform. Het voorzitterschap wordt waargenomen door GTB.

Hierbij een eerste idee van de samenstelling van dit provinciaal platform:

- VDAB (zowel regie, expert als DAH)
- GTB
- GOB's
- GA's
- BEWEL (= vertegenwoordiger van VLAB)
- Vertegenwoordiging sociale werkplaatsen (bv. de penhouders DAZ)
- Steunpunt Arbeidszorg
- Een vertegenwoordiger van Reling en Noolim, de twee netwerken vanuit art. 107 binnen de geestelijke gezondheidszorg
- Een vertegenwoordiger van de mutualiteiten / RIZIV
- CAW Limburg
- Een vertegenwoordiger van het Limburgs Steunpunt OCMW's
- DOP
- Link met werkgroep arbeidsmarkt van het ERSV

5.3 Structuur

Zoals hierboven aangegeven is het de bedoeling om via dit platform het totaalbeeld op te volgen van de evoluties en ontwikkelingen in de begeleiding en tewerkstelling van personen met een arbeidsbeperking.

Onder het platform worden volgende bestaande werkgroepen ondergebracht:

- penhoudersoverleg DAZ;
- provinciaal overleg TAZ en TAZbis.

Globaal gezien zal het provinciaal platform voor 'personen met een arbeidsbeperking' passen onder de werkgroep arbeidsmarkt, die ressorteert onder SERR Limburg.

De W²-trajecten worden op mesoniveau afgestemd en opgevolgd in regionale W²-netwerken. Elk regionaal netwerk heeft volgende opdrachten:

- stimuleren van overleg en samenwerking tussen de welzijns- en zorgorganisaties, OCMW's en partners werk en empowerment die een rol opnemen in de W²-trajecten binnen een regio;
- het maken van afstemmingsafspraken zodat de samenwerking tussen de partners in het W² netwerk vlotter verloopt;

“Never give up on someone with a mental illness. When ‘I’ is replaced by ‘We’, illness becomes wellness.”

— Shannon L. ALDER

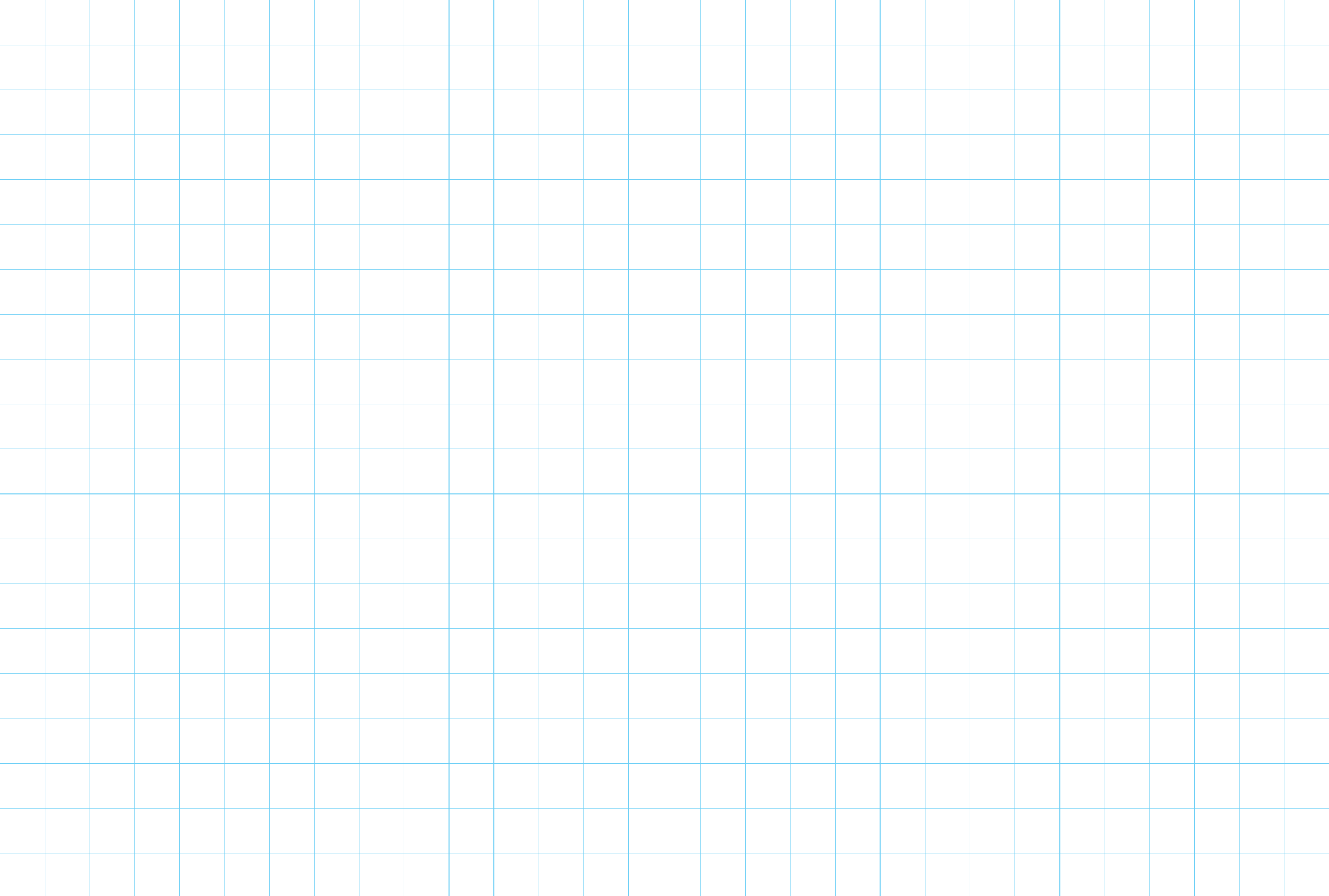
- signaleren van hiaten in het aanbod van welzijn, zorg, empowerment of werk in het netwerk, waardoor de uitwerking van W² trajecten bemoeilijkt wordt;
- signaleren van knelpunten in de werking en samenwerking betreffende W² en formuleren van aanbevelingen om de werking en samenwerking inzake W² te verbeteren.

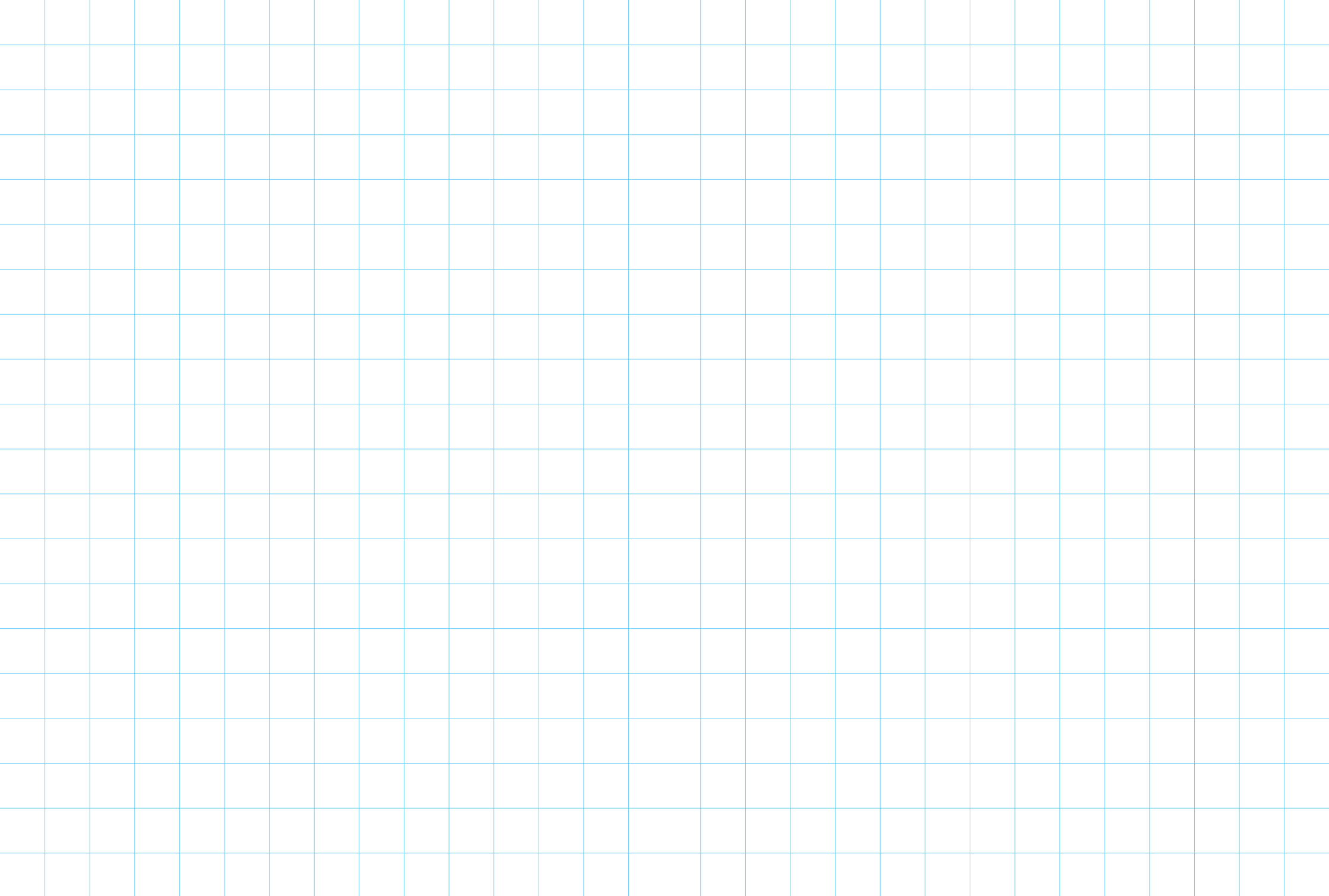
Mogelijk kan dit overlegplatform van vandaag de voorbode zijn voor het installeren van een regionaal W²-netwerk. Het is in elk geval de bedoeling om een zo efficiënt mogelijk overleg uit te bouwen, provinciaal en/of (sub)regionaal.

5.4 Inbedding en disseminatie

- Tijdens de eerste platformvergadering werd er gefocust op volgende vragen:
- Wat zijn de verwachtingen met betrekking tot het platform?
 - Moeten er nog andere personen/organisaties betrokken worden?
 - Welke thema's wil men graag behandelen?
 - Zijn de organisaties rond de tafel bereid om in dit platform te stappen?

We onderzoeken hoe we dit kunnen uitrollen in de rest van Vlaanderen.





Conclusie

Doorheen dit project bouwden we heel wat bruggen. Zoals vaak het geval is, was het **proces** hierbij minstens even belangrijk als de concrete resultaten.

Zorg- en werkbegeleiders gingen samen met elkaar en met de klant op zoek naar een goede samenwerking. Dit leidde tot een gevoel van evenwaardigheid, een optimaal gebruik van elkaars expertise en een focus op mogelijkheden en werk bij een groep van klanten bij wie deze topics vaak te veel op de achtergrond blijven.

Dit proces is zeker nog niet afgerond: de gebouwde bruggen kunnen we nog verstevigen, andere bruggen moeten nog gebouwd worden.

We blijven inzetten op het visieverhaal rond recovery, als ultiem 'bindmiddel' tussen de domeinen werk en zorg.

De tools voor de klant, begeleider en organisatie zijn praktische handvatten om blijvend in te zetten op deze vormen van samenwerking. Doordat de tools op deze drie 'partijen' gericht zijn, ontstaat er een stevige basis voor begeleiders om verder te exploreren en elkaar nog beter aan te vullen.

Ontdek ze snel op www.gtb-vlaanderen.be/bruggen-bouwen.

Colofon

Eerste druk: april 2015, in de reeks werkschriften

Auteur: redactieleiding Hannelore Geebels

Eindredactie: Lode Demetter

Concept werkschriften: GTB i.s.m. Handelsreizigers in Ideeën

Vormgeving en omslagontwerp: Sharon Neiryndck voor Handelsreizigers in Ideeën

ISBN/EAN: 9789082371109

NUR-omschrijving: Mens en maatschappij algemeen

Verantwoordelijke uitgever: Luc Henau, GTB, Kongostraat 7, 9000 Gent

Alle rechten voorbehouden

Dit werkschrift kwam tot stand in samenwerking met heel wat partners.

In de eerste plaats danken we het Europees Sociaal Fonds voor de financiële steun.

Verder danken we de vele zorg- en werkpartners die samen met ons zochten naar manieren om samen te werken in de begeleiding van klanten met een psychische kwetsbaarheid naar werk. Dank aan onze projectmedewerkers:

CADOR: Hilde Van Overbeke, Marie Josée Meeus

CGG Kempen: Koen Vanberghen

Consultatiebureau Turnhout: Dorien Buijs

GOB De Ploeg: Nele Van Hove

GOB Jobcentrum: Christel Witgeers

GTB: Anita Berx, Sien Bevernage, Kristoff Cornelis, Brecht Devoldere, Marc Docx, Lieve Franssen, Hannelore Geebels, Veerle Hulsbosch, Dietrich Kuch, Wout Maris, Nele Pareit, Isabelle Standaert, Tinne Steeman, Jo Uytterhoeven, Griet Van Baelen, Koen Vandamme, Sylvia van der Heyde, Karine Van Dessel, Ine Vergarabenito, Kim Vervaeck en Mario Verzele.

LITP: Patrick Ruppel

OPZ Geel: Anke Alen

UCRO: Marie-Anne Staessens

VDAB: Marjan Boenders

Walden vzw Bierbeek: Mieke Vermeulen

Verder danken we de vele bruggenbouwers, zorg- en werkpartners, die dit project mogelijk maakten vanuit ons geloof in de klant!

Personen met een psychische kwetsbaarheid ervaren vaak heel wat drempels bij het vinden of behouden van werk. Toch is werk voor deze groep een belangrijke factor op weg naar herstel en sociale inclusie.

In 'Bruggen Bouwen' bekijken we hoe werk- en zorgbegeleiders nauwer kunnen samenwerken. Per provincie werkten 'Bruggenbouwers' uit de domeinen werk en zorg vanuit de praktijk aan een gezamenlijke visie en tools, gericht op klanten, begeleiders en organisaties. Een Vlaamse klankbordgroep zorgde voor ondersteuning, inspiratie en verspreiding.

Het werkschrift 'Bruggen Bouwen' bevat een bundeling van deze ideeën. We hopen dat het een bron van inspiratie mag zijn voor werk- en zorgbegeleiders om met hun klant én samen met elkaar aan de slag te gaan.

Met de werkschriften werkt GTB Vlaanderen aan een reeks om haar eigen medewerkers en haar partners in het brede werkveld denkstof en inspiratie aan te reiken. Elk werkschrift behandelt een ander aspect en biedt stof tot debat. Denk met ons mee op www.werkschriften.be

In deze reeks verschenen:

- werkschrift 1: Klantwerking
- werkschrift 2: Groeikansen
- werkschrift 3: Arbeidsrehabilitatie
- werkschrift 4: Transpop
- werkschrift 5: Werk Werkt!
- werkschrift 6: Net-werkt
- werkschrift 7: Bruggen Bouwen

