

# **Aan het werk met een psychische kwetsbaarheid. Wat werkt?**

Een kwalitatief onderzoek naar de visie van zorgverleners en ervaringsdeskundigen over het Individuele Plaatsing & Steun (IPS) model

---

**Opleiding: Bachelor Toegepaste Psychologie**

**Academiejaar: 2018 - 2019**

**Student: Anke Boone**



ARTESIS PLANTIJN  
HOGESCHOOL ANTWERPEN



## VOORWOORD

Om te beginnen wil ik iedereen bedanken die me gesteund heeft in mijn denk- en schrijfproces, zodat dit eindwerk mogelijk was. Het gaat in eerste instantie over mensen die mee hebben nagedacht, me hebben geïnspireerd en me nieuwe inzichten hebben gegeven. Maar het gaat ook over mensen die er steeds waren voor een babbel of die me een hart onder de riem staken om vol te houden.

In het bijzonder wil ik mijn promotor en tevens experte onderzoek & ontwikkeling vanuit het RIZIV - Saskia Decuman - bedanken voor het veelvuldig nalezen van de tekst, het stellen van kritische vragen en het vorm geven van de data uit de focusgroepen. Dit werk was enkel mogelijk dankzij haar expertise, betrokkenheid en actiegerichtheid.

Ook Els Pazmany en Lode Frederix van de Artesis Plantijn Hogeschool wil ik bedanken om me methodologisch te ondersteunen en steeds klaar te staan om vragen te beantwoorden gedurende het hele proces; van de onderzoeksvraag tot de conclusies.

Uiteraard wil ik ook de deelnemers van het kwalitatief onderzoek bedanken voor de tijd die ze vrijmaakten om te participeren aan de focusgroepen. Hun verhalen en inzichten waren de basis van dit onderzoek, meer nog – zonder hen was er geen eindwerk geweest.

Ik wil ook de mensen bedanken die me op een bepaald moment in het denkproces hebben verder geholpen. Veerle Van Den Bosch, mijn toenmalige directie bij Emino, was de eerste die me sprak over de IPS-methode waardoor ik in het IPS-project in Amsterdam terecht kwam.

Ook mijn huidige werkgever GTB mag ik niet vergeten te bedanken voor de steun en de tijd die ik kreeg om dit onderzoek te verwezenlijken. In het bijzonder Pieter Vaes, Toon Derison, Jo Uytterhoeven en Stefany Tan, maar zeker ook Chari De Wilde en Frederik Verhaeghe.

Voor het nalezen op schrijffouten en logische opbouw bedank ik Kasper Vanden Bussche, Katelijne Van Heukelom en Jarne Boone. Tenslotte wil ik iedereen bedanken van familie, vrienden en collega's die geregeld vroegen hoe men eindwerk vorderde en begrip hadden als ze me een periode wat minder zagen.



# INHOUDSOPGAVE

<b>INLEIDING</b> .....	<b>13</b>
<b>1. PROBLEEMSTELLING</b> .....	<b>15</b>
1.1 Werken met een psychische kwetsbaarheid.....	15
1.1.1 Enkele cijfers ter introductie .....	15
1.1.2 IPS: kort samengevat .....	16
1.2 De twee geselecteerde basisprincipes toegelicht.....	19
1.2.1 Waarom deze twee basisprincipes, en geen andere? .....	19
1.2.2 Basisprincipe 1: Een geïntegreerde samenwerking .....	19
1.2.3 Basisprincipe 2: <i>Place-then-Train</i> .....	25
1.3 Het praktijkprobleem .....	27
1.3.1 Probleemstelling 1: een beperkte geïntegreerde samenwerking .....	27
1.3.2 Probleemstelling 2: Focus op <i>train-then-place</i> , in plaats van <i>place-then-train</i> .....	28
1.4 De onderzoeksvraag .....	29
<b>2. METHODOLOGIE</b> .....	<b>31</b>
2.1 Literatuurstudie .....	31
2.2 Onderzoeksvorm .....	31
2.3 Dataverzameling .....	31
2.4 Thematische inhoudsanalyse.....	32
2.5 Kwaliteitscriteria: betrouwbaarheid en validiteit .....	33
2.6 Omschrijving van de participanten .....	33
Focusgroep 1 & 2: Zorgverleners in regio Vilvoorde-Halle-Asse.....	34
Focusgroep 3: Ervaringsdeskundigen .....	35
<b>3. RESULTATEN</b> .....	<b>36</b>
3.1 Een tocht met hindernissen naar een betaalde job .....	36
3.2 Werk en zorg: een Siamese tweeling? .....	40
3.3 Een onbetaald en stapsgewijs voortraject .....	42
3.3.1 Voordelen .....	42
3.3.2 Enkele kritische opmerkingen.....	45
3.4 Wanneer is een traject meteen gericht op betaald werk een goed idee?.....	47
3.5 De “ideale” ondersteuning naar werk (betaald of onbetaald).....	49
<b>4. CONCLUSIES</b> .....	<b>53</b>
4.1 De samenwerking tussen de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten.....	53
4.2 Meteen naar betaald werk of eerst een voortraject? .....	53
4.3 Wat met de andere IPS-basisprincipes?.....	55
<b>5. DISCUSSIE</b> .....	<b>56</b>
5.1 Verbinding tussen resultaten en onderzoek.....	56
5.1.1 De ‘mobiele’ IPS-coach: een samenwerkingsmodel op maat .....	56
5.1.2 Een langzame evolutie naar het <i>place-then-train</i> principe? .....	57

5.1.3	De superioriteit van betaald werk in vraag gesteld.....	59
5.1.4	Een blik op de arbeidsmarkt van morgen.....	60
5.2	Beperkingen, suggesties en aanbevelingen .....	62
5.2.1	Beperkingen.....	62
5.2.2	Suggesties en aanbevelingen .....	62
<b>6.</b>	<b>LITERATUURLIJST .....</b>	<b>65</b>
<b>7.</b>	<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>75</b>
7.1	Bijlage A: De IPS-modelgetrouwheidsschaal.....	75
7.2	Bijlage B: Inhoudelijke leidraad van de focusgroepen .....	102
7.3	Bijlage C: Algemene brief aan de deelnemers.....	104
7.4	Bijlage D: Blanco versie van de schriftelijke geïnformeerde toestemming .....	106

## AFKORTINGEN

AP	Artesis Plantijn
AWVN	Algemene WerkgeversVereniging Nederland
AZ	Algemeen Ziekenhuis
BBP	Bruto Binnenlands Product
CGG	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
CV	Curriculum Vitae
DENK	Door Ervaring Naar Kennis
DS	Document reviewS
EBP	Evidence Based Practices
EQOLISE	Enhancing the Quality Of Life of Individuals with Supported Employment
FOD	Federale OverheidsDienst
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
GOB	Gespecialiseerd Opleidings-, begeleidings- en Bemiddelingscentrum
GTB	Gespecialiseerde Team Bemiddeling
INT	Interviews
IPS	Individuele Plaatsing & Steun
IPS-A	Individuele Plaatsing & Steun – Arbeid
IPS-O	Individuele Plaatsing & Steun - Opleiding
ISEW	Index of Sustainable Economic Welfare
ISP	Individualized Service Plan
MIS	Management Information reviewS
MMPP	Medische, Mentale, Psychische en/of Psychiatrische (problemen)
NCBI	National Center for Biotechnology Information
NEC	Normaal Economisch Circuit
OBS	Observaties
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PTSS	PostTraumatische-StressStoornis
PZ	Psychiatrisch Ziekenhuis
RCT	Randomized Controlled Trial
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering
SCION	Study of Cost-effectiveness of IPS on Open employment in the Netherlands
SE	Supported Employment
SUEM	Belgische Vereniging voor SUpported EMployment
TAZ	Tender ActiveringsZorg
ULB	Université Libre de Bruxelles
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VETE	Vocational Education, Training and Employment
VLABO	Vlaams-Brabant Overlegplatform (omtrekt de Geestelijke Gezondheidszorg)
VOKA	Vlaams netwerk voor Ondernemingen en Kamers van koophandel in Alle sectoren
VS	Verenigde Staten
VZW	Vereniging Zonder Winstoogmerk
WELT	Werk Ervarings- en Leer Trajecten
WHO	World Health Organisation





## FIGUREN, GRAFIEKEN EN TABELLEN

<b>Figuur 1:</b> Rolverdeling zorgpartner, VETE-coach en arbeidsre-integratiediensten .....	21
<b>Figuur 2:</b> Arrondissement Halle-Asse-Vilvoorde .....	30
<b>Figuur 3:</b> Vicieuze cirkel van lage verwachtingen .....	58
<b>Grafiek 1:</b> Aandeel klanten met een psychische kwetsbaarheid die een betaalde job hebben, opgedeeld in hoge en lage graad van geïntegreerde samenwerking .....	20
<b>Grafiek 2:</b> Aandeel klanten met een psychische kwetsbaarheid die meer dan 40u/maand werken, opgedeeld in hoge en lage graad van geïntegreerde samenwerking .....	20
<b>Tabel 1:</b> Voor- en nadelen van een “ <i>enhanced intersectoral links approach</i> ” .....	22
<b>Tabel 2:</b> De eerste categorie betreffende een geïntegreerde samenwerking volgens de IPS-getrouwheidsschaal .....	23
<b>Tabel 3:</b> De tweede categorie betreffende een geïntegreerde samenwerking volgens de IPS-getrouwheidsschaal .....	24
<b>Tabel 4:</b> De categorie betreffende het snel zoeken naar een betaalde job volgens de IPS-getrouwheidsschaal .....	26
<b>Tabel 5:</b> Overzicht van de zorgverleners die aanwezig waren op focusgroep 1 en 2 .....	34
<b>Tabel 6:</b> Overzicht van de ervaringsdeskundigen die aanwezig waren op focusgroep 3 .....	35
<b>Tabel 7:</b> Voor- en nadelen van betaald werken volgens de deelnemers van de drie focusgroepen....	39
<b>Tabel 8:</b> Mogelijkheden van begeleiding volgens de deelnemers .....	44



## SAMENVATTING

Voor ieder van ons is het hebben van een betaalde job een belangrijk onderdeel in het leven. Tewerkstelling voorziet in inkomsten, een dag- en weekstructuur, sociale contacten, zingeving en een toename van het zelfvertrouwen. De laatste jaren groeit het bewustzijn dat dit niet anders is voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Het hebben van een job kan psychische klachten doen afnemen, terwijl werkloosheid ze net versterkt. Jammer genoeg zijn de werkloosheidscijfers bij mensen met een psychische kwetsbaarheid significant hoger dan bij de rest van de bevolking, respectievelijk 18% tegenover 7%.

Dit onderzoek focust op het Individuele Plaatsing & Steun (IPS) model, een wetenschappelijk onderbouwde methodiek die bewezen heeft dat het de tewerkstellingskansen van mensen met een psychische kwetsbaarheid vergroot. Dit model is ontstaan in de jaren '90 in Amerika en vertrekt vanuit het principe dat iedereen in staat is om betaald te werken indien men de juiste functie en werkomgeving vindt.

Ondertussen is het IPS-model wijdverspreid en wordt het sinds februari 2018 ook geïmplementeerd in België - als een vijfjarig pilootproject. Binnen het IPS-model staan acht basisprincipes<sup>1</sup> centraal die zo nauwgezet mogelijk moeten nageleefd worden om tot goede resultaten te komen. Dit onderzoek gaat dieper in op twee van deze basisprincipes:

- (1) Een geïntegreerde en gestructureerde samenwerking tussen de professionele arbeidsre-integratiediensten en de geestelijke gezondheidszorg.
- (2) Het *place-then-train* principe, wat betekent meteen een job zoeken op de reguliere arbeidsmarkt zonder langdurige training of assessment vooraf.

Er werd gekozen voor een kwalitatief praktijkonderzoek, waarbij meningen en ideeën verzameld werden vanuit drie focusgroepen. In deze focusgroepen werden zorgpartners en ervaringsdeskundigen uitgenodigd om hun visie te geven op de arbeidsre-integratie van mensen met een psychische kwetsbaarheid – met een nadruk op de twee geselecteerde basisprincipes.

Wat betreft de resultaten omtrent het eerste geselecteerde basisprincipe, valt op dat er in de bestudeerde regio nog geen gestructureerde samenwerking is tussen de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten. De huidige samenwerking situeert zich voornamelijk op individueel niveau, namelijk binnen het traject van de klant<sup>2</sup>. Er is echter wel een engagement om deze samenwerking te optimaliseren, door bijvoorbeeld de introductie van een 'mobiele' arbeidscoach in een zorgteam.

Wat betreft het tweede geselecteerde basisprincipe zijn de bevroegde zorgverleners en ervaringsdeskundigen eerder voorstander van een laagdrempelig voortraject als eerste opstap naar een betaalde job. Dit vooral om stress en herval te vermijden. Desondanks zag men verschillende voordelen van een traject naar werk zonder langdurige training vooraf: de klant gaat er financieel op vooruit, voelt zich sneller weer 'normaal' en is meer gemotiveerd. Het *place-then-train* principe lijkt voor de zorgverleners en ervaringsdeskundigen een interessante denkpiste.

---

<sup>1</sup> De acht IPS principes zijn (1) De focus ligt op het zoeken van een reguliere betaalde job (2) *Zero-exclusion*: iedereen kan een traject opstarten als hij/zij dit wil (3) Er is een geïntegreerde samenwerking tussen de zorgsector en de IPS-coach (4) De wens van de klant staat centraal (5) Er wordt ondersteuning geboden over de gevolgen van betaald werk op het inkomen (6) Het *place-then-train* principe wordt gevolgd: meteen een job zoeken, nadien *on-the-job* training (7) De IPS-coach zet in het uitbreiden van het werkgeversnetwerk (8) De ondersteuning is van onbepaalde duur (Burns et al, 2007; GTB, 2012; Knaeps, 2013; Modini et al, 2016).

<sup>2</sup> Met de benaming 'klant' wordt in dit onderzoek verwezen naar de werkzoekende met een psychische kwetsbaarheid.

Omwille van de open vraagstelling tijdens de focusgroepen kwamen nog andere aspecten omtrent arbeidsre-integratie aan bod. Ten eerste geeft de complexiteit van het huidige uitkeringssysteem aanleiding tot heel wat frustraties en onzekerheden. Dit weerhoudt veel mensen om de stap naar betaald werk te zetten uit angst om hun statuut te verliezen. Daarnaast hopen zowel zorgverleners als ervaringsdeskundigen op een zorgzame en inclusieve arbeidsmarkt met meer aandacht voor de mens *an sich* en minder discriminatie tegenover psychische problemen. Bovendien pleiten de ervaringsdeskundigen voor een opwaardering van niet-betaald werk. Dit is vaak heel nuttig werk, maar wordt door de maatschappij als minderwaardig gezien tegenover betaald werk.

Tenslotte geeft dit onderzoek enkele aanbevelingen en suggesties voor vervolgonderzoek op drie domeinen. In eerste instantie worden suggesties gegeven over een structurele samenwerking tussen alle stakeholders, waarbij ook werkgevers, adviserend artsen, uitbetalingsinstellingen en andere arbeidsre-integratiediensten een belangrijke rol spelen. In tweede instantie doet men aanbevelingen voor verder onderzoek naar het *place-then-train* principe. De impact van de Vlaamse arbeidsmarktwetgeving en het uitkeringssysteem op de implementatie van het *place-then-train* principe vormen een relevant onderzoeksdomein. Maar ook onderzoek naar initiatieven om stigma's op de arbeidsmarkt te doorbreken zijn interessant. In derde instantie wordt gekeken naar de effectiviteit van de IPS methode op een arbeidsmarkt gekenmerkt door digitalisering en automatisering. Mogelijk worden mensen met een psychische kwetsbaarheid harder getroffen door deze wijzigingen, maar het bestaande onderzoek hieromtrent is nog te beperkt om conclusies te trekken.

## INLEIDING

Voor iedereen jonger dan 65 jaar, die in zijn of haar leven geconfronteerd werd met een periode van arbeidsongeschiktheid wegens een gezondheidsproblematiek, is de terugkeer naar de arbeidsmarkt een belangrijke stap. Dit eindwerk focust op de re-integratie van mensen met een psychische problematiek naar een reguliere job, die moeilijkheden hebben bij het zelfstandig vinden van werk en vragen naar ondersteuning bij hun re-integratie.

Een eerste inspiratiebron voor dit onderwerp was mijn loopbaan bij het Gespecialiseerd Opleidings-, Begeleidings- en Bemiddelingscentrum (GOB) Emino<sup>3</sup> (Antwerpen) als jobcoach van 2013 tot 2018. Vanuit deze ervaring werd duidelijk dat het huidige aanbod wat betreft hervatting van het werk voor mensen met een psychische kwetsbaarheid in Vlaanderen ontoereikend is, en vaak niet de gewenste resultaten oplevert. De aanpak wordt meestal gekenmerkt door een grote voorzichtigheid en de trajecten zijn vaak niet gericht op een reguliere job, maar eerder op vrijwilligerswerk, stages of maatwerkbedrijven<sup>4</sup>.

Een tweede inspiratiebron was de stage binnen mijn opleiding Toegepaste Psychologie in mei 2017 als IPS (Individuele Plaatsing & Steun) coach bij Roads<sup>5</sup> (Amsterdam). Het IPS-model gelooft dat betaald werk op de gewone arbeidsmarkt bijdraagt tot het herstel van mensen met een psychische kwetsbaarheid (Kenniscentrum Phrenos, s.d.). Ze legt geen nadruk op assessments en training voorafgaand aan werk, maar stelt het snel zoeken en verkrijgen van werk voorop. Het traditionele ‘*Train-then-place*’ model wordt dus omgedraaid naar een ‘*Place-then-train*’ model (Becker & Drake, 1994; Drake, 1998; Knaeps, 2015; Van Weeghel & Michon, 2018).

De laatste inspiratiebron was de opstart van het Belgisch IPS-Pilootproject in 2018, door het kenniscentrum van de dienst voor uitkeringen van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de “Université Libre de Bruxelles (ULB)”. Binnen dit project ben ik zelf IPS-coach sinds maart 2018 met GTB (Gespecialiseerd Team Bemiddeling) als directe werkgever. Binnen dit project worden 1.200 reïntegratietrajecten onderzocht over een tijdsspanne van 5 jaar: 600 volgen het *train-then-place* principe; 600 de IPS-methodiek. De bedoeling is om de resultaten van beide principes op een wetenschappelijke manier te analyseren, waarna de IPS-methode mogelijks kan geïntegreerd worden binnen het reeds bestaande aanbod voor arbeidsre-integratie in België (RIZIV, 2018a).

In dit onderzoek wordt dieper ingegaan op twee van de acht<sup>6</sup> basisprincipes van IPS: (1) Een geïntegreerde samenwerking tussen de professionele arbeidsre-integratiediensten en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het IPS-model impliceert immers dat beide diensten intensief moeten samenwerken en op regelmatige basis formeel en informeel moeten afstemmen (Steenkens, Sannen, Ory & Nicaise, 2008). (2) Het *place-then-train* principe. IPS streeft ernaar om meteen een job

---

<sup>3</sup> Emino is een GOB in Vlaanderen en Brussel die in dienst staan van bedrijven, werkzoekenden en werknemers omtrent arbeidsre-integratie voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt (Emino, 2018)

<sup>4</sup> Maatwerkbedrijven zijn de vroegere beschutte en sociale werkplaatsen, waar mensen tewerkgesteld worden voor wie het normaal economisch circuit (NEC) niet haalbaar is (Groep Maatwerk, 2019).

<sup>5</sup> Roads is een organisatie in Amsterdam die werkt rond re-integratie. Hun website verwoordt hun missie als volgt: “Bij Roads draait het om meedoen in de maatschappij en werken aan herstel en/of terugkeer naar werk. Zij begeleiden mensen met lichte tot zware psychische aandoeningen of een verslavingsachtergrond naar zinvolle dagbesteding en werk” (Roads, 2018).

<sup>6</sup> De acht IPS principes zijn (1) De focus ligt op het zoeken van een reguliere betaalde job (2) *Zero-exclusion*: iedereen kan een traject opstarten als hij/zij dit wil (3) Er is een geïntegreerde samenwerking tussen de zorgsector en de IPS-coach (4) De wens van de klant staat centraal (5) Er wordt ondersteuning geboden over de gevolgen van betaald werk op het inkomen (6) Het *place-then-train* principe wordt gevolgd: meteen een job zoeken, nadien *on-the-job* training (7) De IPS-coach zet in het uitbreiden van het werkgeversnetwerk (8) De ondersteuning is van onbepaalde duur (Burns et al, 2007; GTB, 2012; Knaeps, 2013; Modini et al, 2016).

te zoeken op de reguliere arbeidsmarkt, waarbij de betrokkene wordt opgeleid op de werkvloer met beperkte training vooraf (Van Weeghel & Michon, 2018).

Uit onderzoek is gebleken dat deze twee principes cruciaal zijn voor een succesvolle IPS-implementatie, maar dat beiden beperkt toegepast worden in Vlaanderen (Knaeps, De Smet & Van Audenhove, 2012; Marshall et al., 2014). De bedoeling van dit onderzoek is om een eerste verkennende studie uit te voeren naar de percepties van de zorgsector<sup>7</sup> omtrent deze twee IPS principes. Daarnaast komen ook enkele ervaringsdeskundigen<sup>8</sup> aan het woord onder het motto *'Nothing about them, without them'*. Zij hebben ervaring in behandeling door de zorgsector omwille van hun psychische kwetsbaarheid, waardoor hun ideeën en beleving wat betreft hun eigen arbeidsre-integratietraject een waardevolle bron van informatie is. Het is een kwalitatief onderzoek met een focus op de regio Halle-Asse-Vilvoorde. De overige Vlaamse regio's, Brussel en Wallonië worden niet opgenomen in deze studie.

Het eerste hoofdstuk is een korte situatieschets omtrent werk en psychische kwetsbaarheid in België, vervolgens wordt een beknopt overzicht gegeven van de internationale literatuur over het IPS-model. Na deze situering volgt een toelichting bij de twee geselecteerde basisprincipes binnen IPS, aan de hand van wat onderzoek hierover zegt en wat IPS expliciet voorschrijft. Hieruit volgt een formulering van het praktijkprobleem op basis waarvan de hoofdonderzoeksvraag, alsook twee deelvragen worden geformuleerd.

Het tweede hoofdstuk focust op de methodologie, meer bepaald het gevoerde kwalitatief onderzoek met drie focusgroepen, waar alle aanwezigen hun meningen, ervaringen, bezorgdheden en vragen rond arbeids-reintegratietrajecten konden uiten.

In hoofdstuk drie wordt de informatie gebundeld en onderworpen aan een inhoudsanalyse<sup>9</sup>, met als uitkomst de voornaamste bevindingen uit de drie georganiseerde focusgroepen. Zij worden voorgesteld aan de hand van sleutelthema's die tijdens de focusgroepen naar voren werden gebracht door de participanten, inclusief een beschrijving van de gevoerde discussies.

In hoofdstuk vier wordt gereageerd op de hoofdonderzoeksvraag. Dit gebeurt aan de hand van de geformuleerde deelvragen, zodat de informatie zo correct en objectief mogelijk wordt meegegeven.

Tenslotte wordt in hoofdstuk vijf alles binnen het reeds bestaand onderzoek over het IPS-model geplaatst, inclusief een bredere kijk naar arbeidsmarkt van de toekomst. Hieruit volgen suggesties en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

---

<sup>7</sup> De zorgsector in dit onderzoek omvat volgende organisaties: Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CCG), psychiatrische ziekenhuizen (PZ), algemene ziekenhuizen (AZ), de psychiatrische thuiszorg en de drugszorg.

<sup>8</sup> De ervaringsdeskundigen werden geselecteerd via werkgroep DENK (Door Ervaring naar Kennis), een groep ervaringsdeskundigen met een psychische kwetsbaarheid. Hun website geeft volgende uitleg: *"De werkgroep ontstond in 2007 als een pilootproject van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant (VLABO). Men wou naast de hulpverleners en de dichtbetrokkenen ook de stem van de (ex-)patiënten laten horen."* (VLABO,s.d.).

<sup>9</sup> Een inhoudsanalyse of een thematische analyse is een algemene term voor het analyseren van minder gestructureerde data of data die niet gemakkelijk uit te drukken zijn in getallen (Braun & Clarke, 2006; Bree & Gallagher, 2016; Maguire & Delahunt, 2017; Van Der Donk & Lanen, 2017)

# 1. PROBLEEMSTELLING

## 1.1 Werken met een psychische kwetsbaarheid

### 1.1.1 Enkele cijfers ter introductie

In 2013 voerde het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid een gezondheidsenquête uit. Hieruit bleek dat één op drie Belgen in zijn of haar leven getroffen wordt door een lichte tot ernstige psychische problematiek. Over een tijdsspanne van een jaar spreekt men over niet minder dan 700.000 mensen. Bij vrouwen uit zich dit eerder in de vorm van depressies of angsten, mannen hebben vaker last van psychische stoornissen gelinkt aan alcoholgebruik (Dienst Psychosociale Gezondheidszorg, 2017; Geestelijk Gezond Vlaanderen, 2018; Van der Heyden & Charafeddine, 2013). Dit onderzoek focust op de groep personen met een milde tot zware psychische problematiek<sup>10</sup>. Deze mensen maken eveneens onderdeel uit van de doelgroep van het Belgisch IPS-pilootproject (RIZIV, 2018a).

Werk is een belangrijke factor voor ieders psychische gezondheid. Het voorziet in inkomsten, biedt structuur en zorgt voor sociale contacten, het ontwikkelen van zelfvertrouwen, het geven van een doel in het leven en de vorming van een identiteit (King et al., 2006; Rosso, Dekas & Wrzesniewski, 2010). Het is belangrijk om te duiden wat in dit onderzoek beschouwd wordt als 'werken'. Werken kan immers vrijwillig zijn, betaald, niet-betaald of in een beschermde omgeving (zoals de maatwerkbedrijven) (Knaeps, 2015). In dit onderzoek gaat het over betaald werk. Bond, Campbell en Drake (2012, p. 752) geven hier volgende definitie aan: *“Employment in integrated work settings in the open job market at prevailing wages with supervision provided by personnel employed by the business.”* Hiermee wil dit onderzoek geen afbreuk doen aan de andere vormen van werk, maar baseert het zich op de definitie van werk die ook gehanteerd wordt binnen IPS.

De laatste jaren groeit de bewustwording in internationaal onderzoek dat ook mensen met een psychische kwetsbaarheid gebaat zijn bij een betaalde tewerkstelling (Boardman, Grove, Perkins & Shepherd, 2003; Eklund, Hansson & Ahlqvist, 2004). Werken helpt bij het herstel van psychische problemen, behalve wanneer het een job betreft van lage kwaliteit. Voorbeelden hiervan zijn jobs met onder andere een hoge tijdsdruk, lange werkuren, beperkte autonomie, slechte werk-privé balans en beperkte job zekerheid. Deze jobs leiden tot stress en kunnen net psychische problemen veroorzaken (Dollard, Skinner, Tuckey & Bailey, 2007; Itinera Institute, 2013; Steenssens et al., 2008; Vandermeerschen, 2007).

Onderzoek door de World Health Organisation (WHO) wijst uit dat psychische problemen in Europa verantwoordelijk zijn voor ongeveer 30-40% van de langdurig zieken, met een kost hoger dan 4% van het Bruto Binnenlands Product (BBP) (Drake, Bond, Thornicroft, Knapp & Goldman, 2011; WHO, 2017). In België ligt de maatschappelijke kostprijs van psychische stoornissen eveneens rond 4% van het BBP. De grootste kosten liggen echter niet in de zorgsector, maar in de arbeidssector - namelijk in de werkloosheid en het ziekteverzuim (Itinera Institute, 2013; Leroy & Ransschaert, 2017; OESO, 2012).

Het RIZIV vult deze cijfers verder aan. Eind 2017 telden zij in totaal 404.657 mensen die een invaliditeitsuitkering<sup>11</sup> ontvingen, in 2016 lag dit cijfer nog op 390.765. Op een cijfer van 6.944.019 personen, namelijk de Belgische bevolking van 18 tot 64 jaar, is dit ruim 5% (RIZIV, 2018b; Statbel, 2018). De laatste jaren nam het percentage van mensen met een invaliditeitsuitkering omwille van

<sup>10</sup> Het gaat over mensen bij wie het dagelijks functioneren belemmerd wordt door een psychische problematiek, niet louter de psychische pathologie of diagnose is doorslaggevend.

<sup>11</sup> Invaliditeitsuitkering: Wanneer iemand meer dan een jaar arbeidsongeschikt is, ontvangt deze een invaliditeitsuitkering (RIZIV, s.d.).

een psychische problematiek sterk toe. Het aantal mannen met een invaliditeitsuitkering omwille van een psychische kwetsbaarheid - waaronder arbeiders, bedienden en zelfstandigen worden gerekend – steeg in de periode van 2007 tot 2016 van 35.363 naar 55.337. Dit is een stijging van 56%. Bij het aantal vrouwen met een invaliditeitsuitkering omwille van een psychische problematiek – eveneens voor arbeiders, bedienden en zelfstandigen - was er in dezelfde tijdsperiode een toename van 41.975 naar 79.474. Dit is een stijging van 89% (Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid, 2018).

Gegevens van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO, 2013), de WHO (2017) en het Itinera Instituut (2013) zijn het eens dat mensen met een psychische kwetsbaarheid vaker te kampen hebben met werkloosheid. Volgens de OESO liggen in België de werkloosheidcijfers van mensen met een psychische kwetsbaarheid gemiddeld twee tot drie keer hoger dan bij personen zonder psychische kwetsbaarheid (OESO, 2013). De laatste cijfers dateren in België van 2008, waarbij de werkloosheidsgraad van mensen met een psychische kwetsbaarheid zich bevond op 18%, tegenover 7% voor mensen zonder een psychische kwetsbaarheid. Dit heeft tot gevolg dat mensen met een psychische kwetsbaarheid een groter risico hebben om in relatieve inkomensarmoede<sup>12</sup> terecht te komen, tegenover de rest van de Belgische bevolking (OESO, 2012; Steunpunt Werk, 2017).

### 1.1.2 IPS: kort samengevat

Het IPS-model is een wetenschappelijk onderbouwde methodiek in de arbeidsre-integratie van personen met een psychische kwetsbaarheid. Dit model is een onderdeel van *Supported Employment (SE)*<sup>13</sup> (Bond, 2004; The IPS Employment Center, 2018; Van Weeghel & Michon, 2018). Het eerste IPS-programma startte in New Hampshire (Amerika) in het begin van de jaren '90 met als doelstelling mensen met een psychische kwetsbaarheid te oriënteren naar een reguliere job (Becker & Drake, 1993; Drake, Bond & Becker, 2012; Van Weeghel & Michon, 2013). Ondertussen is dit model wereldwijd verspreid en wordt het ook toegepast in het Verenigd Koninkrijk, Spanje, Zweden, Zwitserland, Noorwegen, Denemarken, Italië, Australië, Hong Kong, Nederland en sinds februari 2018 ook in België onder de vorm van een pilootproject met daaraan gekoppeld een wetenschappelijke studie (Bond, Drake, Becker & Noel, 2016; Kenniscentrum Phrenos, s.d.; Luciano et al., 2014; RIZIV, 2018a).

Binnen het IPS-model staat het idee centraal dat iedereen in staat is om regulier werk te verrichten mits het vinden van de juiste soort functie en de juiste werkomgeving. Als er een job gevonden is, zal dit een positieve invloed hebben op het zelfbeeld en leidt dit tot een sneller herstel. Werken heeft een belangrijke invloed op de geestelijke gezondheid, het biedt een toekomstperspectief en kan dus best zo snel mogelijk geïntegreerd worden in de behandeling van een persoon met een psychische problematiek (Hogue, Dauber, Dasaro & Morgenstern, 2010; Kenniscentrum Phrenos, s.d.; Van Weeghel & Michon, 2018).

IPS is gebaseerd op acht hoofdprincipes en het is belangrijk dat een IPS-programma al deze factoren zo exact mogelijk nastreeft om goede resultaten te bereiken (Bond, 2004; Burns et al, 2007; GTB, 2012; Kinoshita et al, 2013; Knaeps, 2013; Linnemorken, Sveinsdottir, Knutsen, Hernaes & Reme, 2018; Marino & Dixon, 2014; Modini et al, 2016; Steenssens et al, 2008; Van Weeghel & Michon, 2018; Viering et al., 2015):

- 1) Het vinden van een reguliere job. Dit betekent een betaalde job in het Normaal Economisch Circuit (NEC), waarop iedereen kan solliciteren, met een normaal loon.

---

<sup>12</sup> Relatieve inkomensarmoede wordt als volgt gedefinieerd: “*Living in a household whose income, when adjusted for family size and composition, is less than 50 per cent of the median income for the country in which they live*” (Nastic, 2012; p.13)

<sup>13</sup> SE is een methodiek om mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt te begeleiden naar de reguliere arbeidsmarkt. Zowel werkzoekenden als werkgevers worden ondersteund, en de focus ligt voornamelijk op de talenten in plaats van op de problemen (Belgische Vereniging voor *Supported Employment*, s.d.)



- 2) *Zero-exclusion*. Iedereen met een psychische kwetsbaarheid, die gemotiveerd is om een IPS-traject richting betaald werk op te starten, kan dit. Diagnoses, duurtijd van de opname of ernst van de problematiek zijn irrelevant.
- 3) Integratie van de jobcoach in de zorgsetting. De IPS-coach neemt deel aan het teamoverleg van de zorgpartners. Het werken in dergelijk multidisciplinair team brengt uiteenlopende expertises rond tafel: arbeidscoaches, sociaal werkers, psychologen, psychiaters, verpleegkundigen, artsen,...
- 4) De wens van de klant staat centraal. De IPS-coach vraagt welke job de klant het liefst zou uitvoeren en zoekt samen uit waar mogelijkheden liggen.
- 5) Er wordt ondersteuning geboden rond de financiële veranderingen die werken met zich meebrengt.
- 6) *Place-Then-Train*. Er wordt meteen een betaalde job gezocht, waarbij de klant wordt opgeleid op de werkvloer - zonder langdurige training vooraf.
- 7) De IPS-coach zet in op het ontwikkelen van een werkgeversnetwerk. Zij kennen de bedrijven en de competenties die noodzakelijk zijn. Dit kan verder gaan door bijvoorbeeld ondersteuning te bieden bij het ontwikkelen van diversiteitsplannen of mee na te denken over jobcreatie voor de doelgroep.
- 8) Ondersteuning van onbeperkte duur voor klant en werkgever. Ook na het vinden van een job is individuele coaching beschikbaar zo lang als nodig.

IPS is een *evidence-based* aanpak en baseert zich op een IPS-modelgetrouwheidsschaal<sup>14</sup> (zie bijlage A) die zo nauwkeurig mogelijk opgevolgd moet worden om tot goede resultaten te leiden. Hoe hoger een score, hoe beter de resultaten (Becker, Swanson, Reese, Bond & Mc Leman, 2015; Beyer, Jordan de Urries & Verdugo, 2010; Bond, Becker & Drake, 2011; Burns et al., 2007; Kinoshita et al., 2013).

Uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken blijkt dat de tewerkstellingsresultaten van iemand die volgens de IPS-methodiek wordt begeleid steeds hoger liggen, dan wanneer het *train-then-place* principe wordt gevolgd. Meer specifiek staat de teller begin 2019 op 25 gerandomiseerde onderzoeken met een controlegroep (RCT) (Bejerholm et al., 2015; Bond, Campbell & Drake, 2012; Bond & Drake, 2014; Burns & Catty, 2008; Drake & Bond, 2017; Frederick & Vander Weele, 2019; Modini et al, 2016; Mueser, Drake & Bond, 2016; Mueser & Mc Gurk, 2014; Rinaldi et al., 2008; Viering et al., 2015).

Een uitgebreide literatuurstudie met meta-analyse van 11 RCTs - met een hoge score op de IPS-getrouwheidsschaal - werd uitgevoerd door Bond, Drake en Becker (2008). Binnen deze 11 RCTs was de tewerkstellingsgraad 61% voor IPS tegenover 23% voor de controlegroep. Daarnaast werkte 2/3e van de IPS-deelnemers meer dan 20u/week en vonden zij ongeveer 10 weken vroeger werk dan de controlegroep. Het EQOLISE (*Enhancing the Quality of Life of Individuals with Supported Employment*) onderzoek, een gerandomiseerd onderzoek in zes landen binnen Europa, gaf resultaten van 54,5% tewerkstelling tegenover 27,6% in de controlegroep (Burns & Catty, 2008). Het SCION (*Study of Cost-effectiveness of IPS on Open employment in the Netherlands*) onderzoek, een uitgebreid onderzoek in Nederland, toonde na 30 maanden aan dat IPS een tewerkstellingsresultaat had van 44% tegenover 25% in de controlegroep (Michon, Van Busschbach, Van Vugt & Stant, 2011). De meest recente literatuurstudie met meta-analyse van 30 wetenschappelijke studies wereldwijd - waaronder 25 RCTs, 2 follow-up artikels en 3 secundaire analyses van RCTs - werd uitgevoerd door

<sup>14</sup> De IPS-modelgetrouwheidsschaal definieert alle noodzakelijke bestanddelen van IPS om op die manier een onderscheid te kunnen maken tussen programma's die IPS-getrouw werken en diegene die dit onvoldoende doen. Het is een evaluatietool dat kan dienen om: (1) een IPS-service op te richten, (2) een bestaande arbeidsbegeleidingsdienst te evalueren in welke mate zij IPS-getrouw werken en (3) te identificeren wat de redenen zijn dat een arbeidsdienst geen goede resultaten levert volgens de IPS-methodiek (Centre for Mental Health, 2014).

Frederick en Vander Weele (2019). Deze studie toonde dat – behalve betere tewerkstellingsresultaten – mensen via de IPS-methode een betere levenskwaliteit verkregen.

Door deze sterke wetenschappelijke basis wordt de IPS-methode momenteel gezien als de meest effectieve vorm van werkhervatting voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. De *IPS learning community*<sup>15</sup> telt steeds meer leden die onderling ideeën uitwisselen en elkaar adviseren over een effectieve IPS-implementatie. Zij bieden bovendien trainingen aan projecten die de IPS-methode willen opstarten. Hun ledenaantal staat momenteel op 24 staten van de Verenigde Staten (VS) en vijf landen buiten de VS: Italië, Spanje, Nederland, Nieuw Zeeland en Canada (Bond et al., 2016; Johnson-Kwochka, Bond, Becker, Drake & Greene, 2017; Karakus, Riley & Goldman, 2017; The IPS Employment Center, 2018).

De positieve onderzoeksresultaten van het IPS-model kennen echter gradaties, waardoor onderzoekers op zoek gingen naar de impact van specifieke contextuele factoren op de implementatie van het IPS-model. Zo zijn de resultaten van IPS wereldwijd bijvoorbeeld minder positief dan de resultaten binnen de VS, respectievelijk 48,3% tegenover 62,1% (Boardman & Rinaldi, 2013; Bond, Drake & Becker, 2012; Drake et al., 2012; Fioretti et al., 2014; Holland et al., 2011).

In eerste instantie lijkt het uitkeringssysteem en de arbeidswetgeving een bepalende factor te zijn voor de resultaten van het IPS-model. Onderzoek door Hasson, Bejerholm en Andersson (2011) naar de IPS-implementatie in Zweden gaf aan dat het Zweedse uitkeringssysteem en de arbeidswetgeving eerder waren afgestemd op het *train-then-place* model. Deelnemers van het IPS-project hadden bijvoorbeeld enkel recht op sociale zekerheid als ze eerst een uitgebreid assessment volgden om hun kwaliteiten in kaart te brengen, wat niet in overeenstemming is met de IPS-richtlijnen. Het onderzoek van Van Erp et al. (2007) in Nederland zag de rigide arbeidswetgeving ook als een obstakel. Werkgevers namen liever geen risico's en zochten steeds naar de ideale kandidaat (zonder een psychische kwetsbaarheid), omdat een tewerkstelling – vanuit arbeidsrechtelijk perspectief - er moeilijk kan worden beëindigd.

In tweede instantie geven verschillende studies aan dat de aanwezigheid van een subsidiecultuur IPS-implementatie bemoeilijkt. In deze situaties zijn werkgevers het gewend om subsidies te krijgen wanneer ze iemand met een psychische kwetsbaarheid aanwerven. Dit is eveneens niet volgens de IPS-richtlijnen, omdat deze methode een reguliere job met een normaal loon nastreeft zonder specifieke subsidies (Hasson et al., 2011; Metcalfe et al., 2018; Van Erp et al., 2007).

In derde instantie is de 'inactiviteitsval' een vaak genoemd obstakel voor een succesvolle IPS-implementatie. In deze situatie worden personen ontmoedigd of beperkt in hun werkhervatting. Dit kan zijn omdat de (financiële) meerwaarde te beperkt is, maar het kan ook zijn dat het uitkeringssysteem te complex is, zodat mensen geen risico's durven nemen uit angst hun statuut te verliezen (Bogaerts & Vandenbroucke, 2009; Hasson et al., 2011; Taskila et al., 2014; Van Erp et al., 2007).

De laatste jaren breidt het onderzoek naar de resultaten van het IPS-model zich verder uit op drie terreinen, waarbij de eerste resultaten voorzichtig positief zijn (Frederick & Vander Weele, 2019):

- 1) Onderzoek naar de tevredenheid van de deelnemers zelf over het IPS-programma (Viering et al., 2015)
- 2) Onderzoek naar de resultaten van het IPS-programma bij andere doelgroepen, waaronder autisme, chronische pijn, veteranen met posttraumatische-stressstoornis (PTSS) of mensen

---

<sup>15</sup> Meer informatie over de *IPS learning community* is te vinden op <https://ipsworks.org/index.php/ips-international-learning-community/>

met een strafblad (Davis et al., 2018; Drake & Bond, 2017; Khalifa et al., 2016; Linnemorken et al., 2018; McLaren, Lichtenstein, Lynch, Becker & Drake, 2017; Ottomanelli, Barnett & Toscano, 2014; Rodevand et al., 2017; Talbot et al., 2018).

- 3) Onderzoek naar IPS in combinatie met andere ondersteuning, zoals bijvoorbeeld cognitieve en psychosociale training - ook wel 'toegevoegde IPS' genoemd (Dewa, Loong, Trojanowski & Bonato, 2018; Knapen, Myszta & Moriën, 2018; Liv aan het werk, 2019; Noel, Oulvey, Drake & Bond, 2016).

## **1.2 De twee geselecteerde basisprincipes toegelicht**

### **1.2.1 Waarom deze twee basisprincipes, en geen andere?**

Er zijn reeds enkele onderzoeken gedaan naar welke hoofdprincipes doorslaggevend zijn om de implementatie van het IPS-model succesvol te maken. Een waterdichte conclusie is er niet, maar de integratie van de IPS-coaches met de zorgsector lijkt een kritieke factor. Een betere afstemming tussen de twee diensten zorgt ervoor dat expertise vlot wordt uitgewisseld, een eenduidige boodschap aan de klant wordt gegeven en er gezamenlijk kan worden gereageerd bij een probleemsituatie (Cook et al., 2005; Modini et al., 2016; Rinaldi & Perkins, 2007; Shepherd, Lockett, Bacon & Grove, 2012; Van Weeghel et al., 2013). Ook het *place-then-train* principe, waarbij de klant zeer snel de stap zet naar de reguliere arbeidsmarkt, lijkt een cruciale factor (Modini et al., 2016). Redenen hiervoor zijn dat de klant meer zelfvertrouwen krijgt omdat hij zich serieus genomen voelt in zijn vraag naar betaald werk en dat de klant meer gemotiveerd is omdat hij betaald wordt voor zijn prestaties (Bond et al., 2008; Burns et al., 2007; Van Weeghel & Michon, 2018).

### **1.2.2 Basisprincipe 1: Een geïntegreerde samenwerking**

#### **Wat zegt het onderzoek?**

De IPS-methode wordt idealiter geïmplementeerd volgens een volledig geïntegreerde samenwerking<sup>16</sup> tussen de arbeidsre-integratiediensten en de zorgpartners. In dit scenario worden de IPS-coaches tewerkgesteld binnen een zorgsetting (Modini et al., 2016; Mueser, et al., 2004; Shepherd et al., 2012). Het grootste voordeel van deze benadering is dat de arbeidscoaches en de zorgverleners hun werk continu afstemmen met elkaar en met hun klanten, waardoor iedereen op dezelfde golflengte zit (King, et al., 2006).

In een studie van Cook et al. (2005) werden 1.273 trajecten verdeeld over enerzijds een IPS-programma met een hoge integratie tussen beide diensten en anderzijds een programma met een lage integratie. De mate van integratie werd bepaald aan de hand van onderstaande vier criteria:

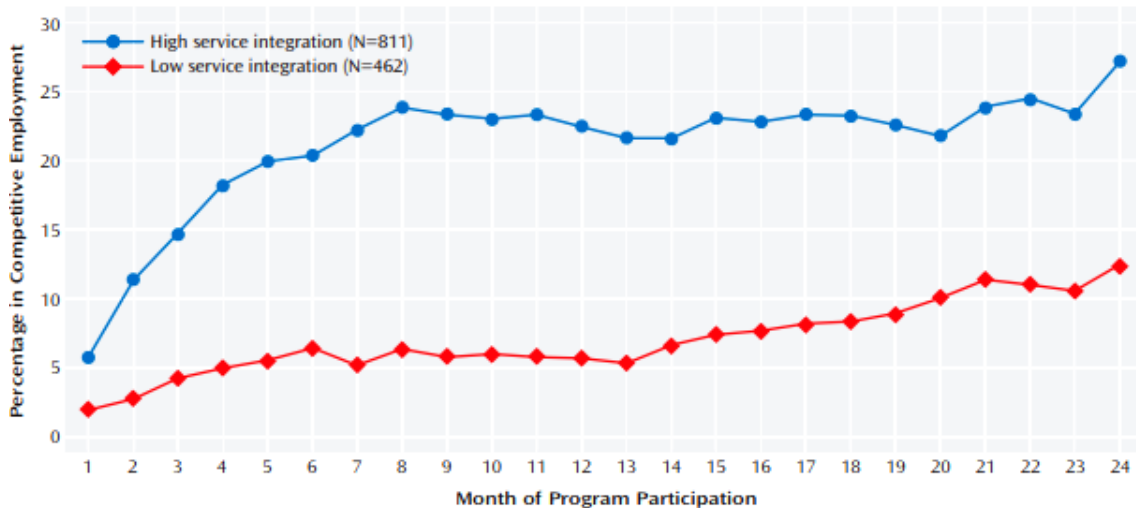
- 1) De arbeidsspecialist en de zorgverleners zitten in een multidisciplinair team, waar ze elkaar minimum drie keer per week *face-to-face* ontmoeten.
- 2) De arbeidsspecialist en de zorgverleners werken vanuit dezelfde locatie.
- 3) De arbeidsspecialist en de zorgverleners hebben dezelfde werkgever.
- 4) De informatie vanuit zorg en die vanuit het traject naar werk zitten vervat in één dossier.

De resultaten werden gedurende twee jaar opgevolgd door de onderzoekers en zijn te zien in Grafiek 1 en 2 (Cook et al., 2005, p.1953). De deelnemers die een traject met een geïntegreerde aanpak volgden hadden 58% kans op een betaalde job, tegenover 21% bij de lage graad van integratie. Indien er gekeken wordt naar het aantal uren dat er gewerkt wordt per maand, dan hebben klanten in

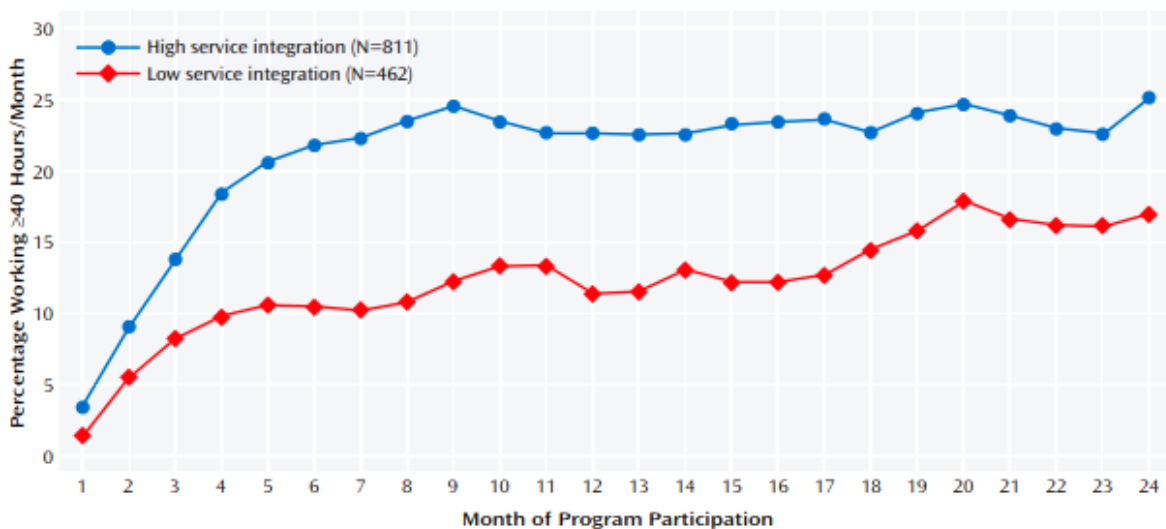
---

<sup>16</sup> Een volledig geïntegreerde samenwerking is – in dit onderzoek - wanneer de zorgpartners en de arbeidsre-integratiediensten onder dezelfde werkgever vallen. Een niet-volledig geïntegreerde samenwerking is wanneer beide diensten niet onder dezelfde werkgever vallen, maar wel bepaalde structuren hebben opgezet om samen te werken.

het geïntegreerd samenwerkingsmodel 53% kans om minimaal 40u per maand te werken. Bij de lage graad van integratie was dit 31%. De conclusie was dat IPS met een hoge graad van integratie tot betere resultaten leidt dan modellen met een lagere graad van integratie (Cook et al., 2005; Van Weeghel et al., 2013).



**Grafiek 1: Aandeel klanten met een psychische kwetsbaarheid die een betaalde job hebben (per maand), opgedeeld in hoge en lage graad van geïntegreerde samenwerking.** Overgenomen van “Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment”, door Cook et al., *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 2005, p.1953

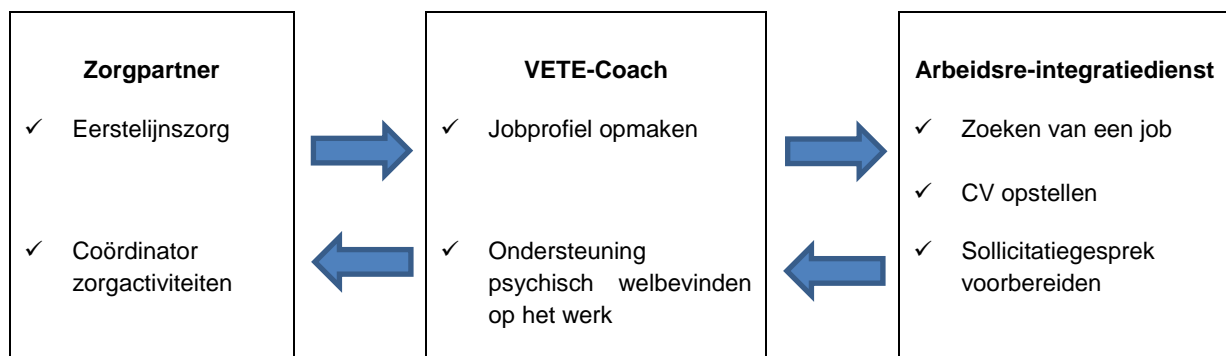


**Grafiek 2: Aandeel klanten met een psychische kwetsbaarheid die meer dan 40u/maand werken, opgedeeld in hoge en lage graad van geïntegreerde samenwerking.** Overgenomen van “Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment”, door Cook et al., *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 2005, p.1953

Hoewel een volledig geïntegreerde aanpak wordt gezien als de meest succesvolle IPS-implementatie, toont een onderzoek naar de 'Massachusetts Supported Employment and Education Service' dat het ook anders kan. In dit project werden de IPS-richtlijnen - wat betreft een geïntegreerde aanpak - behaald zonder dat beide diensten onder dezelfde werkgever vallen. De arbeidsre-integratiedienst werkte er als een afzonderlijk team, maar er waren wekelijkse overlegmomenten met het zorgteam (King et al., 2006; Sherring, Robson, Morris, Frost & Tirupati, 2010).

Australië zat in 2006 met een gelijkaardige situatie omdat beide diensten door verschillende overheidsinstanties gefinancierd werden. De IPS-methodiek is toen geïmplementeerd in het VETE (*Vocational Education, Training and Employment*) project, dat de 'enhanced intersectoral links approach' volgde. Dit is een manier waarbij er formele en informele communicatiestructuren worden opgezet, zodat een continue afstemming mogelijk is tussen de VETE-coach, de reeds bestaande arbeidsre-integratiediensten en de zorgpartners (Frost, Morris, Sherring & Robson, 2008; King et al, 2006; Knaeps, 2013; Knaeps, 2015; Sherring et al., 2010; Waghorn, Collister, Killackey & Sherring, 2007).

De formele communicatie in deze benadering bestaat uit het continu uitwisselen van informatie via maandelijkse casusbesprekingen en frequent gemeenschappelijk overleg. Informele communicatie is het telefoon- en mailverkeer tussen de VETE-coach, de arbeidsre-integratiedienst en de zorgpartners. Binnen dit samenwerkingsmodel is een duidelijke rolverdeling belangrijk. De VETE-coach focust op de arbeidsre-integratie, door de klant te ondersteunen in bijvoorbeeld het opmaken van een job profiel of het opvolgen van zijn of haar psychisch welbevinden op het werk (door vb. angstmanagement, loopbaanplanning, stigma doorbreken of sociale vaardigheden trainen). De arbeidsre-integratiedienst focust op het zoeken van een job, het opstellen van een CV en het voorbereiden van het sollicitatiegesprek. De zorgpartner is de coördinator op het gebied van zorg, behandelingen en therapie (Sherring et al. 2010).



**Figuur 1: Rolverdeling zorgpartner, VETE-coach en arbeidsre-integratiediensten.** Aangepast van "Vocational Education, Training and Employment (VETE) Pilot Project Report", door Frost et al., 2008, p.8, North Sydney, Australia: New South Wales Ministry of Health.

Onderzoekers wijzen echter op de nood aan meer wetenschappelijk onderzoek over de werkbaarheid en succesratio van de “*enhanced intersectoral links approach*”. King et al. (2006), Sherring et al. (2010) en Vukadin, Schaafsma, Westerman, Michon en Anema (2018) geven reeds enkele voor- en nadelen van deze benadering, die samengevat worden in Tabel 1.

**Tabel 1**

**Voor- en nadelen van een “*enhanced intersectoral links approach*”**

Voordelen	Nadelen
In sommige landen is er op deze manier een meer congruente implementatie van IPS binnen het nationale beleid.	Door de fysieke afstand kan een structurele communicatiekloof blijven bestaan tussen de VETE-coaches, arbeidscoaches en de zorgverleners
De focus op betaald werk is voldoende gewaarborgd, doordat zorg wordt opgenomen door zorgpartners.	Het kost extra geld, tijd en energie voor de VETE-coaches om de communicatielijnen met de zorgpartners en arbeidsre-integratiediensten te onderhouden
De VETE-coach heeft een specifieke focus op arbeidsre-integratie en heeft kennis van de noden op de arbeidsmarkt.	Problemen kunnen opduiken omtrent de privacy van de klanten en het beroepsgeheim.

*Noot:* Aangepast van “Enhancing employment services for people with severe mental illness: The challenge of the Australian service environment”, door King et al., *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 2006, p.475.

Ondanks de eerste positieve resultaten voor een niet-volledig geïntegreerde samenwerking, is er vooral wetenschappelijk bewijs voor de volledig geïntegreerde aanpak (King et al., 2016). Swanson et al. (2014) komen tot de conclusie dat de IPS-methode het meest effectief en praktisch haalbaar is, wanneer de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten volledig geïntegreerd zijn binnen één werkgever. Zij erkennen echter dat in bepaalde omstandigheden volledige integratie onhaalbaar is. Streven naar een zo goed mogelijke samenwerking is dan de doelstelling. Zij beschrijven vier richtlijnen voor dergelijke succesvolle samenwerking:

- 1) De arbeidscoaches nemen deel aan de teamvergadering binnen de zorgpartner.
- 2) De arbeidscoaches hebben een bureau binnen de gebouwen van de zorgpartner.
- 3) Zowel zorg- als arbeidscoaches moeten betrokken worden bij het re-integratietraject.
- 4) IPS-getrouwheidsschalen dienen gebruikt te worden om de kwaliteit van samenwerking regelmatig te evalueren.

**De concrete richtlijnen vanuit IPS**

De Nederlandstalige IPS-getrouwheidsschaal (zie bijlage A) vermeldt twee categorieën met betrekking tot een geïntegreerde aanpak tussen de professionele arbeidsre-integratiediensten en de geestelijke gezondheidszorg (score 1 = beperkt IPS-getrouw, score 5 = zeer IPS-getrouw) (Kenniscentrum Phrenos, 2015).

Beide categorieën worden weergegeven in Tabel 2 en 3, zoals ze letterlijk vermeld staan in de IPS-getrouwheidsschaal, inclusief een korte toelichting wat ze inhouden. De bevindingen van

bovenstaande onderzoekers Cook et al. (2005) en Swanson et al. (2014) hebben sterke gelijkenissen met de geïntegreerde aanpak die binnen de IPS-methode voorgesteld wordt.

**Tabel 2**

***De eerste categorie betreffende een geïntegreerde samenwerking volgens de IPS-getrouwheidsschaal***

Criterion	Ankerpunt voor scoring
<p><b><u>Integratie met het GGZ-behandelteam</u></b></p> <p><b>IPS-werkers maken deel uit van maximaal 2 GGZ- teams.</b></p> <p><b>Minimaal 90% van de caseload van de IPS- werkers is afkomstig vanuit deze GGZ-teams.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. IPS-werkers maken deel uit van een programma naar werk of opleiding dat los staat van de GGZ-behandeling.</li><li>2. IPS-werkers zijn aan drie of meer GGZ-teams verbonden. OF Cliënten ontvangen begeleiding van individuele GGZ medewerkers die niet in teamverband werken. OF IPS-werkers zijn verbonden aan één of twee teams, maar minder dan 50% van de caseload komt uit deze GGZ-teams.</li><li>3. IPS-werkers zijn verbonden aan één of twee GGZ-teams. In ieder geval 50 – 74% van de caseload is afkomstig uit deze GGZ-teams.</li><li>4. IPS-werkers zijn verbonden aan één of twee GGZ-teams. In ieder geval 75 – 89% van de caseload is afkomstig uit deze GGZ-teams.</li><li>5. IPS-werkers zijn verbonden aan één of twee GGZ-teams. 90 – 100% van de caseload is afkomstig uit deze GGZ-teams.</li></ol>

*Noot:* Overgenomen van “Modelgetrouwheidsschaal IPS”, door Kenniscentrum Phrenos, 2015, p.3.  
Geraadpleegd van <http://nlwerke-oberdorf.savviihq.com/wp-content/uploads/2016/11/Modelgetrouwheidsschaal.pdf>

**Toelichting:** De IPS-coach is een vast onderdeel van het multidisciplinair zorgteam, naast de gebruikelijke hulpverleners zoals psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten en verpleegkundigen. Hij of zij is een volwaardig lid van dit team, en dus geen extra aanvulling of een aparte dienst waar de zorgpartner gebruik van kan maken. Idealiter werkt de IPS-coach onder dezelfde werkgever als de zorgpartner (de volledig geïntegreerde aanpak), maar er is ook de mogelijkheid voor een niet-volledig geïntegreerd samenwerkingsmodel (Dixon, Holoshitz & Nossel, 2016; Knaeps, 2013; King et al., 2016; Rossler & Drake, 2017; Van Weeghel et al., 2013; Van Weeghel & Michon, 2018).

Tabel 3

**De tweede categorie betreffende een geïntegreerde samenwerking volgens de IPS-getrouwheidsschaal**

criterium	Ankerpunt voor scoring
<p><u>Integratie met GGZ-behandeling door regelmatig contact tussen teamleden</u></p> <p>IPS-werkers nemen actief deel aan wekelijkse behandelbesprekingen van de GGZ-teams (gaat dus niet om administratieve besprekingen), waarin individuele cliënten worden besproken.</p> <p>Documentatie van de GGZ-behandeling en de trajectbegeleiding worden in hetzelfde cliëntdossier verwerkt.</p> <p>De werkplek van de IPS-werkers is in de nabijheid van (of wordt gedeeld met) de GGZ-teamleden.</p> <p>IPS-werkers helpen het GGZ-team om te denken over werk voor cliënten die nog geen ondersteuning bij werk of opleiding ontvangen.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Geen of één onderdeel is aanwezig.</li> <li>2. Twee onderdelen zijn aanwezig.</li> <li>3. Drie onderdelen zijn aanwezig.</li> <li>4. Vier onderdelen zijn aanwezig.</li> <li>5. Vijf onderdelen zijn aanwezig.</li> </ol> <p>De vijf kernonderdelen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een IPS-werker woont wekelijks behandelbesprekingen van een GGZ-team bij.</li> <li>• Een IPS-werker participeert actief in teambesprekingen en overleggen.</li> <li>• Documentatie met betrekking tot trajectbegeleiding (bijv. assessment/profiel, begeleidingsplan, notities over de voortgang) zijn geïntegreerd in het behandelplan van het GGZ-team.</li> <li>• De werkplek van een IPS-werker bevindt zich in de nabijheid van (of wordt gedeeld met) de GGZ-teamleden.</li> <li>• Een IPS-werker helpt het GGZ-team na te denken over werk of opleiding voor mensen waarvoor nog geen traject loopt.</li> </ul>

*Noot:* Overgenomen van "Modelgetrouwheidsschaal IPS", door Kenniscentrum Phrenos, 2015, p.3. Geraadpleegd van <http://nlwerke-oberdorf.savviihq.com/wp-content/uploads/2016/11/Modelgetrouwheidsschaal.pdf>

**Toelichting kernonderdeel 1: "Een IPS-werker woont wekelijks behandelbesprekingen van een GGZ-team bij"** (Kenniscentrum Phrenos, 2015, p.3) . De IPS-getrouwheidsschaal raadt aan dat een IPS-coach wekelijks een teammeeting bijwoont in zijn of haar zorgteam(s) om de vooruitgang te bespreken van de klanten. Tijdens deze meetings worden geen praktische of administratieve zaken besproken, maar wel de klanten die in behandeling zijn binnen de zorgsetting. Deze korte communicatielijnen maken dat de samenwerking tussen IPS-coaches en zorgverleners vlotter verloopt (Cook et al., 2005; GTB, 2012; Kenniscentrum Phrenos, 2015).

**Toelichting kernonderdeel 2: "Een IPS-werker participeert actief in teambesprekingen en overleggen"** (Kenniscentrum Phrenos, 2015, p.3). Tijdens de wekelijkse teamvergaderingen worden de klanten van het IPS-programma besproken, die een job hebben en diegenen die werkzoekend zijn, om zo de behandeling te kunnen afstemmen op de werkdoelen. De IPS-coach zorgt ervoor dat deze werkdoelen steeds onder de aandacht blijven, zodat het hele zorgteam de klant kan ondersteunen in zijn traject naar werk (Knaeps, 2013; Swanson et al., 2014; Van Weeghel & Michon, 2018). Daarnaast geven ook de zorgverleners informatie over de psychische problematiek en de effecten van de medicatie, zodat de IPS-coach dit kan meenemen in de begeleiding (Cook et al., 2005; Van Weeghel et al., 2013; Van Weeghel & Michon, 2018).



**Toelichting kernonderdeel 3: “Documentatie met betrekking tot trajectbegeleiding zijn geïntegreerd in het behandelplan van het GGZ-team” (Kenniscentrum Phrenos, 2015, p.3).** De zorgverleners en de IPS-coaches houden idealiter alle documenten omtrent een klant bij in één documentatiemap. Hieronder vallen assessments, behandelingsplannen, tewerkstellingsinformatie en informatie over de medicatie (Cook et al., 2005; Kenniscentrum Phrenos, 2015). Op deze manier zijn de IPS-coaches en de zorgverleners steeds op de hoogte van de laatste stappen in het traject, staan ze op dezelfde lijn en geven ze een eenduidige boodschap naar de klant. De klant voelt dat heel het team op dezelfde golflengte zit, wat resulteert in een grotere betrokkenheid, motivatie en engagement (Cook et al., 2005; Van Weeghel et al, 2013; Van Weeghel & Michon, 2018).

**Toelichting kernonderdeel 4: “De werkplek van een IPS-werker bevindt zich in de nabijheid van (of wordt gedeeld met) de GGZ-teamleden” (Kenniscentrum Phrenos, 2015, p.3).** Het IPS-model streeft ernaar dat de IPS-coaches hun bureau op dezelfde locatie hebben als de andere leden uit het zorgteam. Dit vergemakkelijkt informeel overleg, waardoor ideeën uitgewisseld kunnen worden omtrent de werkhervatting (Cook et al., 2005; Knaeps, 2013; Sherring, et al., 2010; Swanson et al., 2014; Van Weeghel & Michon, 2018).

**Toelichting kernonderdeel 5: “Een IPS-werker helpt het GGZ-team na te denken over werk of opleiding voor mensen waarvoor nog geen traject loopt” (Kenniscentrum Phrenos, 2015, p.3).** Tenslotte is het belangrijk dat de IPS-coach het zorgteam laat nadenken over de werk- en opleidingsmogelijkheden voor personen die nog niet in het IPS-programma zitten (Van Weeghel & Michon, 2018). Onderzoek wees uit dat de wens van mensen met een psychische problematiek om betaald te werken bij zorgverleners in eerste instantie weerstand oproept (Knaeps, 2015; Van Weeghel et al., 2013). De continue inbreng van de IPS-coach in het team kan veroorzaken dat het vanzelfsprekender wordt voor mensen met een psychische kwetsbaarheid om stappen te zetten naar betaald werk. Op termijn wordt betaald werk dan niet meer als bedreigend ervaren, maar eerder als een opstap naar herstel (Van Weeghel et al., 2013; Van Weeghel & Michon, 2018).

### 1.2.3 Basisprincipe 2: *Place-then-Train*

#### **Wat zegt het onderzoek?**

Volgens de literatuur kunnen arbeidsre-integratieprogramma's - met als doelstelling het vinden van een betaalde job - onderverdeeld worden in twee grote categorieën (Knaeps, 2015):

- *Train-then-place* principe: deze programma's gaan ervan uit dat mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt bepaalde vaardigheden moeten aangeleerd krijgen vooraleer ze kunnen werken. Eerst worden enkele trainingen en assessments voorzien, pas nadien is een betaalde job aan de orde (Cimera, Wehman, West & Burgess, 2012; Modini et al, 2016). Meteen overgaan naar een job zou te veel stress veroorzaken, zeker bij mensen met een psychische kwetsbaarheid (Waghorn, Lloyd & Clune, 2009).
- *Place-then-train* principe: deze programma's zetten de zoektocht naar een betaalde job centraal, zonder veel voorbereidingen, trainingen of assessments. De vaardigheden die mensen nodig hebben, worden *on-the-job* aangeleerd (Van Weeghel & Michon, 2018).

Wehman (1986) was een van de eersten die zag dat het *place-then-train* principe betere tewerkstellingsresultaten had dan het toen gangbare *train-then-place* model. Ondertussen hebben reeds verschillende onderzoeken dit bevestigd (Bond et al., 2008; Burns et al., 2007; Modini et al., 2016; Van Weeghel & Michon, 2018). Een belangrijke reden is dat de vaardigheden die aangeleerd worden tijdens de voorafgaande assessments vaak niet overeen komen met de vereiste vaardigheden op de arbeidsmarkt. Bovendien toont het *place-then-train* principe aan de klant dat zijn of haar wensen serieus genomen worden en dat de arbeidscoach luistert naar de vraag. Tenslotte geeft het aan dat

de arbeidscoach geloof en vertrouwen heeft in de haalbaarheid dat de klant een reguliere job kan vinden en behouden (Van Weeghel & Michon, 2018):

Onterecht wordt het *place-then-train* principe soms geïnterpreteerd als een onmiddellijke plaatsing in een job, zonder rekening te houden met de noden of de wensen van de klant. Dit principe ziet het zoeken naar een reguliere job echter vooral als een proces, en niet als een eindresultaat. Het gaat er niet om dat de klant snel eender welke job aan neemt want - zoals eerder gezegd - kan een job van lage kwaliteit net leiden tot een verergering van de psychische problemen. Een goede persoon-job fit is prioritair, en als een klant bijvoorbeeld onzeker is over snel solliciteren, kan de zoektocht naar een job starten door vrijblijvend enkele werkgevers te bezoeken om bestaande functies te verkennen (Dollard et al., 2007; Steenssens et al., 2008; Vandermeersch, 2007; Van Weeghel & Michon, 2018).

De IPS-methode volgt het *place-then-train* principe, en wordt gezien als de meest gestructureerde en doorgedreven vorm van dit principe (Modini et al., 2016). Een minimum aan voorbereiding is bovendien wel mogelijk binnen een IPS-traject. Zo kan de IPS-coach samen met zijn klant een soort arbeidsprofiel opstellen, waarin voorkeuren, sterke punten en valkuilen staan vermeld. Over hoe ver deze voorbereiding kan gaan is er echter geen eensgezindheid binnen de vakliteratuur (Burns et al., 2007; Van Weeghel & Michon, 2018).

### De concrete richtlijnen vanuit IPS

De IPS-getrouwheidsschaal (zie bijlage A) verwijst in één categorie expliciet naar het onmiddellijk zoeken van een reguliere job en pas nadien opleiden *on-the-job* (Kenniscentrum Phrenos, 2015). In Tabel 4 wordt deze categorie weergegeven.

Tabel 4

#### **De categorie betreffende het snel zoeken naar een betaalde job volgens de IPS-getrouwheidsschaal**

criterium	Ankerpunt voor scoring
<b><u>Snel zoeken naar regulier, betaald werk</u></b>  <b>De eerste assessment en het eerste persoonlijk contact dat een cliënt of IPS-werker met een werkgever heeft (in verband met een reguliere, betaalde baan), vindt plaats binnen 30 dagen (een maand) nadat de cliënt is ingestroomd in het IPS- programma.</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Het eerste persoonlijke contact met een werkgever vindt gemiddeld 271 dagen (9 maanden) plaats na toetreding tot het programma.</li><li>2. Het eerste contact met een werkgever vindt gemiddeld tussen 151 en 270 dagen (5-9 maanden) plaats na toetreding tot het programma.</li><li>3. Het eerste contact met een werkgever vindt gemiddeld tussen 61 en 150 dagen (2-5 maanden) plaats na toetreding tot het programma.</li><li>4. Het eerste contact met een werkgever vindt gemiddeld tussen 31 en 60 dagen (1-2 maanden) plaats na toetreding tot het programma.</li><li>5. Het programma houdt werkgeverscontacten bij en het eerste contact met een werkgever vindt gemiddeld binnen 30 dagen (1 maand) plaats na toetreding tot het programma.</li></ol>

*Noot:* Overgenomen van "Modelgetrouwheidsschaal IPS", door Kenniscentrum Phrenos, 2015, pp.12-13.  
Geraadpleegd van <http://nlwerke-oberdorf.savviihq.com/wp-content/uploads/2016/11/Modelgetrouwheidsschaal.pdf>

**Toelichting:** De IPS-coach en zijn klant dienen binnen de 30 dagen, apart of samen, een contact te hebben gehad met een potentiële werkgever. De toevoeging 'apart of samen' is hierin een belangrijke factor. Dit betekent immers dat als bijvoorbeeld een klant te onzeker is om dit contact mee aan te gaan binnen de 30 dagen, de IPS-coach zelfstandig kan starten met het zoeken van werkgevers die hij of zij mogelijks een goede match vindt met de klant (Van Weeghel & Michon, 2018).

### 1.3 Het praktijkprobleem

Zoals blijkt uit bovenstaande onderzoeken zijn de twee gekozen IPS-basisprincipes belangrijk voor een succesvolle implementatie van de IPS-methodiek. Dit hoofdstuk geeft inzicht over de huidige situatie omtrent deze twee principes in Vlaanderen, op basis van recent onderzoek van De Greef (2015), Knaeps (2013; 2015), Raeymaekers en Teller (2017), OESO (2013) en Van Weeghel et al. (2013). Het eerste deel gaat dieper in op de vraag: "Waar staat Vlaanderen op het gebied van een geïntegreerde samenwerking tussen de arbeidsre-integratiediensten en de zorgpartners?". Het tweede deel focust op de vraag: "Wat is de situatie op het gebied van het *place-then-train* principe?". Naar deze laatste vraag is nog niet veel wetenschappelijk onderzoek gebeurd, op het onderzoek van J. Knaeps (2011a, 2015) na. Het derde deel leidt ons naar de uiteindelijke onderzoeksvraag, met de daaruit voortkomende deelvragen.

#### 1.3.1 Probleemstelling 1: een beperkte geïntegreerde samenwerking

In Vlaanderen is een volledig geïntegreerde samenwerking tussen de arbeidsre-integratiediensten en de zorgpartners geen vanzelfsprekendheid. Dit omdat beide diensten onder verschillende instanties vallen, respectievelijk het *Departement Werk en Sociale Economie* & het *Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin* (Knaeps, 2013). GTB werd door het RIZIV en de ULB gekozen als implementatiepartner, wat maakt dat de Vlaamse IPS-coaches werken voor een arbeidsre-integratiedienst (GTB) en niet voor een GGZ.

Wat betreft de huidige stand van zaken omtrent de samenwerking tussen beide diensten, toont onderzoek van J. Knaeps (2011b; 2011c; 2013; 2015) dat deze eerder beperkt is. J. Knaeps merkt wel op dat er reeds pogingen zijn geweest om zorg en werk in Vlaanderen op elkaar af te stemmen. In bepaalde Vlaamse regio's zijn zorgpartners en VDAB (Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding) of GTB zelfstandig gestart met een samenwerking, waarvoor formele en informele communicatiestructuren werden opgezet.

J. Knaeps interviewde voor zijn onderzoek ongeveer 20 organisaties, verspreid over heel Vlaanderen en van verschillende organisatietypes: maatwerkbedrijven, dagcentra, GOB's en rehabilitatie programma's in ziekenhuizen. De antwoorden werden geanalyseerd aan de hand van de IPS-getrouwheidsschaal en gaven een lage score op de integratie tussen de arbeidsre-integratiediensten en de GGZ. Uit de resultaten blijkt bovendien dat er bij de opstart van een traject naar werk meestal wel sprake is van een overdrachtsgesprek tussen de GGZ en de arbeidscoach, maar dat dit contact zelden gedurende het verdere traject wordt onderhouden.

*"There is a strong lack of integration with mental health teams which is a major barrier to IPS implementation"* (Knaeps et al., 2012, p.13).

Eveneens het onderzoek van De Greef (2015) geeft aan dat de actoren binnen zorg en werk elkaar af en toe ontmoeten, maar slechts zelden gecoördineerd samenwerken gedurende het hele traject van de klant. De Greef (2015), Knaeps (2011c, 2015) en Van Weeghel et al. (2013) vullen aan dat zorgverleners en arbeidscoaches slechts beperkt info met elkaar delen over hun klanten, informatieoverdracht lang op zich laat wachten en dat het vaak moeilijk is om elkaar te bereiken. Praktische aspecten zoals een hoge werkdruk en geen tijd om zich te verplaatsen werden genoemd als voornaamste redenen.

Ook de OESO adviseert België om een meer structurele samenwerking op te zetten tussen de professionele arbeidsre-integratiediensten en de geestelijke gezondheidszorg. Concreet doet de OESO aanbevelingen om de specialisten op het gebied van gezondheid en de behandelende artsen meer bij het arbeidsre-integratieproces te betrekken door betere communicatie, correcte informatie uitwisseling en bijscholingen met focus op het belang van werken in het herstelproces. Hierdoor groeien beide sectoren dichter naar elkaar toe en kan het wantrouwen afnemen (De Greef, 2015; Dienst Psychosociale Gezondheidszorg, 2017; Knaeps, 2015; OESO, 2013).

Een recent onderzoek van het RIZIV in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting bevestigt dat België gekenmerkt wordt door weinig communicatie tussen de verschillende *stakeholders* in het re-integratieproces. Iedereen neigt sterk te focussen op zijn eigen werk, zonder het standpunt van de ander mee te nemen. Een multidisciplinair overleg tussen werkgevers, arbeidsartsen, behandelend arts, arbeidscoaches en zorgverleners zou kunnen leiden tot meer collegiale beslissingen in het voordeel van de klant. Om te bepalen hoe dit praktisch moet gebeuren, is verder onderzoek wenselijk (Raeymaekers & Teller, 2017).

### **1.3.2 Probleemstelling 2: Focus op *train-then-place*, in plaats van *place-then-train***

Wetenschappelijk onderzoek op dit domein in Vlaanderen is beperkt, dus is er een focus op het recent onderzoek van J. Knaeps. Zoals hierboven vermeld interviewden Knaeps et al. (2011a, 2015) 20 organisaties om te onderzoeken in welke mate zij de IPS-richtlijnen volgden. De organisaties lagen verspreid over heel Vlaanderen en betroffen verschillende organisatietypes: maatwerkbedrijven, dagcentra, GOB's en rehabilitatie programma's in ziekenhuizen. Het onderzoek gebruikte de IPS-getrouwheidsschaal, die een aparte categorie heeft omtrent de snelheid waarmee naar een betaalde job wordt gezocht.

Het onderzoek van J. Knaeps (2011a, 2015) richtte zich onder andere op de bestaande samenwerkingsverbanden tussen de arbeidsre-integratiediensten en de zorgsector, zoals de activeringstrajecten die specifiek zijn opgericht voor mensen met een psychische kwetsbaarheid (TAZ)<sup>17</sup>. De conclusie was dat er een beperkte focus is naar de reguliere arbeidsmarkt, en dat er vooral gekozen wordt voor het *train-then-place* principe. De focus ligt met andere woorden vooral op oriëntatie richting maatwerkbedrijven, voorafgaande assessments en onbezoldigde stages (Knaeps, 2011a, 2015).

Ook organisaties buiten deze samenwerkingsverbanden bleken moeite te hebben met de *rapid job search*, ook bij diegenen die *Supported Employment* nastreefden. Het onderzoek merkte wel op dat er verschillen zijn tussen de organisaties en dat sommigen al meer een focus hebben op *on-the-job* training en netwerken met werkgevers. Dit gebeurt echter nog steeds in eerste instantie via onbetaalde stages; en is meestal pas in tweede instantie gericht op het verkrijgen van een betaalde tewerkstelling (Knaeps, 2015).

*“Another shortcoming in current vocational services in Flanders is delaying the search for competitive jobs. A reason for this delay is a fear among counselors to jeopardize their relations with willing employers.” (Knaeps, 2015, p.83)*

---

<sup>17</sup> TAZ staat voor Tender ActiveringsZorg. Deze vorm van begeleiding omvat het volgende: “Voor de begeleiding van werkzoekenden met een ernstige medische, mentale, psychische en/of psychiatrische (MMPP) problematiek is er in elke provincie een partnerschap met partners uit de zorg, welzijn en empowerment. Tijdens deze zorgbegeleidingen (of activeringsbegeleidingen) ligt de focus op de aanpak van de problematiek en de sociaal-economische, sociale en/of psychologische drempels op weg naar werk” (GTB, 2018b).

#### 1.4 De onderzoeksvraag

Bovenstaande situatieschets toont aan dat Vlaanderen werk heeft op gebied van de twee geselecteerde IPS-basisprincipes, die daarenboven kritische succesfactoren zijn in de implementatie van de IPS-methode.

*“The SE principles for which outcome evidence is strongest, are mostly missing in current Flemish vocational rehabilitation.” (Knaeps, 2015, p.83)*

Dit onderzoek vindt plaats in dezelfde periode als de opstart van het eerste federale IPS-pilootproject in België. Als vertrekpunt wordt er gekeken naar de uitvoerende partners van dit pilootproject, om dan te bepalen welke *stakeholders* verkozen worden als doelgroep van deze studie. GTB is langs Vlaamse kant de voornaamste implementatiepartner binnen het IPS-pilootproject. Andere belangrijke stakeholders zijn onder andere de zorgverleners, werkgevers, adviserend artsen van de mutualiteit, mensen met een psychische kwetsbaarheid (ervaringsdeskundigen), uitbetalingsinstellingen, andere arbeidsre-integratiediensten zoals GOBs, etc.

Enerzijds werd er in dit onderzoek gekozen voor de zorgverleners om verschillende redenen. Ten eerste zijn zorgverleners onderdeel van een cruciaal criterium voor een succesvolle IPS-implementatie, namelijk de geïntegreerde en gestructureerde samenwerking. Ten tweede zal net een geïntegreerde samenwerking tussen zorgpartners en de arbeidsre-integratiediensten een uitdaging vormen voor het pilootproject door de complexe Vlaamse institutionele *set-up* (Knaeps, 2015). Ten derde blijkt uit onderzoek dat de zorgverleners vaak een meer voorzichtige aanpak hanteren wanneer het op arbeidsre-integratie aankomt – alleszins in vergelijking met wat IPS voorschrijft (King et al., 2006; Knaeps, 2015; Van Weeghel et al., 2013). Anderzijds focust het onderzoek op ervaringsdeskundigen. Dit zijn mensen met een psychische problematiek – dus diegenen waarvoor de IPS-methode ontwikkeld werd. Onderzoek naar hun visie over arbeidsre-integratie is beperkt in Vlaanderen. Hun mening is absoluut relevant om te beschrijven, en vooral bij de opstart van een nieuw pilootproject zodat er met hen rekening wordt gehouden.

Dit onderzoek ambieert niet om een generalisatie te maken van de meningen van alle zorgverleners en ervaringsdeskundigen in Vlaanderen over deze twee basisprincipes. Omdat de werkregio van de onderzoeker Halle-Asse-Vilvoorde is, werd ervoor gekozen om te focussen op deze regio. In Figuur 2 is de werkregio van dit onderzoek te zien. Deze steekproef zal een inzicht geven in de individuele meningen en ideeën van zorgverleners en ervaringsdeskundigen, als aanzet tot vervolgonderzoek.



**Figuur 2: Arrondissement Halle-Asse-Vilvoorde.** Overgenomen van “Arrondissement Halle-Vilvoorde”, door VDAB Arvastat (s.d.). Geraadpleegd van [https://arvastat.vdab.be/help/arvastat\\_help\\_geo\\_arr\\_hal.html](https://arvastat.vdab.be/help/arvastat_help_geo_arr_hal.html)

Concreet luidt de hoofdonderzoeksvraag van deze studie als volgt:

**Wat vinden zorgverleners en ervaringsdeskundigen over de samenwerking tussen de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten en wat vinden ze van het *place-then-train* principe?**

Deze hoofdvraag wordt opgesplitst in twee deelvragen:

- Wat vinden zorgverleners uit de regio Halle-Asse-Vilvoorde en ervaringsdeskundigen van werkgroep DENK (Door Ervaring Naar Kennis) van de samenwerking tussen de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten in hun regio?
- Wat vinden zorgverleners uit de regio Halle-Asse-Vilvoorde en ervaringsdeskundigen van de werkgroep DENK over het *place-then-train* principe?

De antwoorden op deze twee vragen zijn interessant voor de evolutie van het algemene denkwerk over de werkhervatting van mensen met een psychische kwetsbaarheid in Vlaanderen. Meer concreet zullen de resultaten een meerwaarde zijn voor de verdere implementatie van het IPS-pilootproject dat sinds februari 2018 gestart is in België.

## 2. METHODOLOGIE

### 2.1 Literatuurstudie

Voor de literatuurstudie werden volgende online databases geraadpleegd: PubMed, Cochrane Collaboration, Ebsco, Science Direct, Springer Online Journals, National Center for Biotechnology Information (NCBI), ResearchGate, Wiley Online Library Journals en PsycInfo. Volgende zoektermen werden gebruikt: “IPS”, “Individual Placement & Support”, “RCT”, “Supported Employment” en “Rehabilitation”. Niet alle relevante artikels waren mogelijk om als *full text* te raadplegen, omwille van geen toegang, betalende toegang of niet onmiddellijk terug te vinden. Ongeveer 60% van de relevante artikels konden uiteindelijk verwerkt worden in dit onderzoek.

Het viel op dat binnen de internationale vakliteratuur over IPS enkele auteurs vaak terug komen, zoals D.R. Becker, J. Boardman, G.R. Bond, T. Burns, J. Catty, R.E. Drake, K.T. Mueser, R. Perkins, M. Rinaldi en J. Sherring. De Nederlandstalige literatuur omtrent IPS en SE is eerder beperkt. Hiervoor werden zoektermen gehanteerd die te maken hadden met de integratie tussen de professionele arbeidsre-integratiediensten en de geestelijke gezondheidszorg. Auteurs die op dit domein regelmatig terugkeren zijn A. De Smet, J. Knaeps, C. Van Audenhove, V. De Greef, K. Steenssens, J. Van Weeghel en H. Michon.

### 2.2 Onderzoeksvorm

Uit de probleemstelling blijkt enerzijds dat Vlaanderen geen geïntegreerde en structurele samenwerking heeft tussen de arbeidsre-integratiediensten en de zorgsector, anderzijds werd aangetoond dat het *place-then-train* principe beperkt wordt toegepast. Dit zijn nochtans kritische succesfactoren voor een succesvolle IPS-implementatie. Het IPS-pilootproject in Vlaanderen wordt weliswaar uitgevoerd door implementatiepartner GTB, maar de zorgverleners en de mensen met een psychische kwetsbaarheid spelen eveneens een grote rol. Deze twee laatsten werden nog maar beperkt bevroegd over de twee geselecteerde IPS-principes, hoewel hun inzichten een meerwaarde kunnen zijn voor het verdere implementatieproces.

De zorgverleners en ervaringsdeskundigen spelen de hoofdrol in dit onderzoek. Hun meningen en ideeën over de twee geselecteerde basisprincipes worden verzameld. Dit gebeurt aan de hand van een kwalitatief beschrijvend praktijkonderzoek, omschreven door Van Der Donk & Lanen (2017, p.56) als een onderzoek *“dat wordt uitgevoerd door zorg- en dienstverleners, waarbij op systematische wijze in interactie met de omgeving antwoorden verkregen worden op vragen die ontstaan in de eigen beroepspraktijk en gericht zijn op verbetering van deze praktijk”*. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen leiden tot vervolgonderzoek.

### 2.3 Dataverzameling

Om de data te verzamelen werd in dit onderzoek gekozen voor focusgroepen, omwille van volgende redenen (Evers, 2015):

- 1) Focusgroepen bieden meer inzicht in complex gedrag en motivaties;
- 2) De deelnemers zullen elkaar vragen stellen; waardoor ze zichzelf en anderen verklaren;
- 3) Overeenstemming en onenigheid worden door de groepsdynamiek inzichtelijker.

Tijdens de focusgroepen werd een minder gestructureerde manier van data verzameling toegepast. Het was niet de bedoeling om de twee geselecteerde IPS-principes louter voor te leggen aan de focusgroepen en te vragen naar hun mening. De inschatting was dat dit de kans op sociaal wenselijke antwoorden te groot zou maken. De gebruikte methodiek was gebaseerd op het trechtermodel van Morgan: starten met het stellen van algemene vragen en deze nadien steeds gedetailleerder maken,

zodat wordt ingezoomd op de belangrijkste gesprekspunten. Hierdoor hadden de participanten zelf de mogelijkheid om op bepaalde thema's dieper door te gaan of zelf een focus te leggen binnen een thema (Evers, 2015; Van Der Donk & Lanen, 2017). In bijlage B is de inhoudelijke voorbereiding van de focusgroepen, met enkele voorbeeldvragen terug te vinden.

## 2.4 Thematische inhoudsanalyse

Voor dit onderzoek werden alle drie de focusgroepen digitaal opgenomen met een audio recorder, waartoe alle participanten hun schriftelijke geïnformeerde toestemming gaven<sup>18</sup>. De opnames werden getranscribeerd en onderworpen aan een thematische inhoudsanalyse. Voor de methodologie van deze analyse werd, naast het boek van Van Der Donk & Lanen (2017), gebruikt gemaakt van drie artikels:

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). 'Using thematic analysis in psychology.' *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Bree, R.T. & Gallagher, G. (2016). 'Using Microsoft Excel to code and thematically analyse qualitative data: a simple, cost-effective approach.' *AISHE-J: The All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 8 (2), 281.1 – 281.14
- Maguire, M. & Delahunt, B. (2017). 'Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars.' *AISHE-J: The All Ireland Journal of Teaching and Learning In Higher Education*, 9 (3), 335.1 – 335.14

De zes stappen van Braun en Clarke (2006) werden nauwgezet gevolgd om tot een betrouwbare analyse te komen. Hieronder volgt een korte beschrijving hoe dit concreet werd toegepast. Een eerste stap in het analyseproces was om op basis van de onderzoeksvraag en de literatuurstudie enkele thema's vast te leggen op basis waarvan de data zou worden geanalyseerd (Braun & Clarke, 2006; Maguire & Delahunt, 2017; Van Der Donk & Lanen, 2017). De geselecteerde thema's waren:

- Voor- en nadelen van voortrajecten naar betaald werk
- Voor- en nadelen van meteen naar betaald werk te begeleiden
- Noden in ondersteuning naar stage en/of betaald werken
- Angsten, onzekerheid en een laag zelfbeeld van de doelgroep
- Samenwerking tussen de zorgsector en de arbeidsre-integratie diensten

In een tweede stap werd alle data uitgetypt en kregen alle betekenisvolle tekstfragmenten een plek in een Excel tabblad. Er werden bovendien kleuren toegekend aan de vooraf vastgelegde thema's, waarna elk fragment een kleurcode kreeg, overeenkomstig met het thema waaronder het viel. Indien een bepaald tekstfragment onder twee thema's viel, dan werd dit gekopieerd en onder de twee thema's geplaatst. Er kwamen in deze fase nieuwe thema's bij of thema's werden opgesplitst. Het eindresultaat was een lang document met data in verschillende kleuren gecodeerd volgens thema's. Als derde stap werd structuur in dit document gebracht op een nieuw tabblad, door alle data met dezelfde kleur bij elkaar te plaatsen. Dit gaf een beter overzicht, waarna er opnieuw wijzigingen ontstonden binnen de thema's. In een vierde fase werden alle data opnieuw herlezen om te kijken of er doorheen het proces niet afgeweken werd van de oorspronkelijke inhoud. Als vijfde stap werd een nieuw tabblad aangemaakt, waarin alle data opnieuw per thema geordend werd. Naast elk thema werden enkele kernboodschappen genoteerd, zodat een duidelijk overzicht beschikbaar was met de kerninhoud per thema. Tenslotte werd alle relevante data gestructureerd uitgeschreven in het hoofdstuk 'resultaten', aangevuld met voorbeelden en citaten van de participanten (Braun & Clarke, 2006; Bree & Gallagher, 2016; Maguire & Delahunt, 2017; Van Der Donk & Lanen, 2017).

---

<sup>18</sup> De verstuurde brief aan de respondenten en de blanco versie van deze schriftelijke geïnformeerde toestemming vindt men terug in bijlage C en D



## 2.5 Kwaliteitscriteria: betrouwbaarheid en validiteit

Praktijkonderzoek is gebonden aan twee basisspelregels: betrouwbaarheid en validiteit (interne en externe). Betrouwbaarheid en interne validiteit zijn in de sociale setting niet volledig controleerbaar. Dit komt onder andere door sociaal wenselijke antwoorden, belangenvermenging, verkeerde herinneringen, beïnvloeden door de groep, gebrek aan kennis, etc. Er werd getracht om zich zoveel mogelijk bewust te zijn van mogelijke verstoringen en deze zo goed mogelijk te voorkomen. Dit werd bereikt door onder andere (Van Der Donk & Van Lanen, 2017):

1. Te zoeken naar verschillende bronnen en onderzoeken over het thema (brontriangulatie), zowel wat betreft auteurs als regio.
2. Een logboek bij te houden met daarin de verschillende stappen, interventies en reflecties. Dit kon worden ingezien door de docent en mentor van Artesis Plantijn (AP) Hogeschool.
3. Drie focusgroepen te organiseren, waardoor voldoende informatie beschikbaar was.
4. Bewust te zijn van de dubbele rol van de student: zowel onderzoeker als IPS-coach. Van bij aanvang werd duidelijk gemaakt dat de student als onderzoeker de focusgroep leidde.
5. De focusgroepen van zorgverleners en ervaringsdeskundigen op te splitsen, zodat iedereen vrij uit kon spreken.

Wat betreft externe validiteit heeft dit onderzoek niet de ambitie om veralgemeningen voor een grotere populatie te formuleren. De conclusies van dit onderzoek kunnen gezien worden als een eerste verzameling van ideeën en meningen over de twee geselecteerde basisprincipes.

## 2.6 Omschrijving van de participanten

Dit onderzoek tracht een diverse groep participanten te bereiken, zowel qua leeftijd, geslacht als kennis over IPS. In totaal namen er 11 personen uit de zorgsector van Halle-Asse-Vilvoorde (verdeeld over twee focusgroepen) en 9 ervaringsdeskundigen (in een derde focusgroep) deel aan het onderzoek. Meer concreet waren de deelnemers:

- Zorgverleners van de regio Halle-Asse-Vilvoorde: Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CCG), psychiatrische ziekenhuizen (PZ), algemene ziekenhuizen (AZ), de psychiatrische thuiszorg en de drugszorg.
- Ervaringsdeskundigen van de werkgroep DENK, werkzaam in de regio Halle-Vilvoorde-Leuven.

Voor de focusgroepen van de zorgsector werd als eerste stap een lijst gemaakt van de zorgpartners in de regio Halle-Asse-Vilvoorde, inclusief organisaties zoals CGG, PZ, AZ, de psychiatrische thuiszorg en drugszorg. Er werd gekozen voor personen met al enige ervaring in de zorgsector, omdat zij een goed zicht hebben op de werking van de sector. Net deze ervaring is interessant voor dit onderzoek. In totaal werden 18 zorgverleners persoonlijk gecontacteerd van de regio Halle-Asse-Vilvoorde. Omwille van een tekort aan tijd, expertise of interesse namen er uiteindelijk 11 personen deel. Van elke gecontacteerde instelling was er minimaal één iemand aanwezig op een focusgroep, en in sommige situaties meerdere personen.

Voor de focusgroep van de ervaringsdeskundigen werd de werkgroep DENK gecontacteerd met de vraag of er personen wilden deelnemen. DENK is een werkgroep die uitsluitend bestaat uit ervaringsdeskundigen met een psychische kwetsbaarheid. De werkgroep is actief in regio Leuven en regio Halle-Vilvoorde. Van beide regio's werden mensen uitgenodigd, omdat iedereen erg begaan was met dit onderwerp en zijn mening wou geven. Voor het uitnodigen zelf werd er via een contactpersoon van DENK gewerkt. Deze persoon heeft 28 personen gecontacteerd, waarvan uiteindelijk 9 personen deelnamen.

Bij de verwerking van de resultaten worden soms quotes geciteerd om het desbetreffende resultaat te staven. Opdat de lezer zou weten over welke focusgroep het gaat en in welke mate een quote van dezelfde persoon komt, worden volgende afkortingen gebruikt:

- FG 1: Focusgroep 1 = Focusgroep regio Vilvoorde
- FG 2: Focusgroep 2 = Focusgroep regio Halle
- FG 3: Focusgroep 3 = Focusgroep met ervaringsdeskundigen
- P1: participant 1; P2: participant 2; P3: participant 3;...

### **Focusgroep 1 & 2: Zorgverleners in regio Vilvoorde-Halle-Asse**

Focusgroep 1 bestond uit zes deelnemers, die allen meer dan 10 jaar expertise hebben in de zorgsector, en vond plaats in de VDAB werkwinkel in Vilvoorde. De focusgroep duurde 2u8min en was opgesplitst in twee delen: voor de pauze (1u2min) en na de pauze (1u6min).

Focusgroep 2 bestond uit vijf participanten, eveneens allemaal meer dan 10 jaar expertise in de zorgsector, en vond plaats in de VDAB werkwinkel in Halle. De focusgroep duurde 2u13min en was opgesplitst in een deel voor de pauze (1u15min) en na de pauze (57min). Meer informatie over de deelnemers is terug te vinden in Tabel 5.

**Tabel 5**

#### ***Overzicht van de zorgverleners die aanwezig waren op focusgroep 1 en 2***

<b>Nr. focusgroep</b>	<b>Nr. Persoon</b>	<b>Geslacht</b>	<b>Leeftijd</b>	<b>Kennis over IPS</b>	<b>Organisatie</b>
<b>F1</b>	P1	Man	50-65 jaar	Basiskennis	Psychiatrisch ziekenhuis
<b>F1</b>	P2	Man	40-50 jaar	Noties van IPS	Drugszorg
<b>F1</b>	P3	Vrouw	40-50 jaar	Geen kennis	Psychiatrische thuiszorg
<b>F1</b>	P4	Vrouw	30-40 jaar	Noties van IPS	Psychiatrische thuiszorg
<b>F1</b>	P5	Vrouw	30-40 jaar	Geen kennis	Drugszorg
<b>F1</b>	P6	Man	30-40 jaar	Basiskennis	Psychiatrisch ziekenhuis
<b>F2</b>	P1	Vrouw	50-65 jaar	Basiskennis	CGG
<b>F2</b>	P2	Man	50-65 jaar	Geen kennis	Psychiatrische thuiszorg
<b>F2</b>	P3	Vrouw	30-40 jaar	Geen kennis	Psychiatrisch ziekenhuis
<b>F2</b>	P4	Vrouw	50-65 jaar	Geen kennis	CGG
<b>F2</b>	P5	Vrouw	40-50 jaar	Geen kennis	Algemeen ziekenhuis

### Focusgroep 3: Ervaringsdeskundigen

Focusgroep 3 werd georganiseerd in een psychiatrisch ziekenhuis dat gekend was door de deelnemers en voor hen makkelijk te bereiken was. De focusgroep duurde 2u31min, met een deel voor de pauze (1u28min) en na de pauze (1u3min).

In Tabel 6 is een beschrijving terug te vinden van ieder van hen. Er staat ook vermeld wat hun huidige dagactiviteit is, waarbij zij konden kiezen uit binnenshuis activiteiten, sociale activiteiten buitenshuis, vrijwilligerswerk, stages, betaald werk in een maatwerkbedrijf of regulier betaald werk.

**Tabel 6**

#### *Overzicht van de ervaringsdeskundigen die aanwezig waren op focusgroep 3*

Nr. focusgroep	Nr. Persoon	Geslacht	Leeftijd	Kennis over IPS	Dagactiviteit
F3	P1	Vrouw	30-40 jaar	Noties van IPS	Vrijwilligerswerk
F3	P2	Vrouw	50-65 jaar	Geen kennis	Stages & vrijwilligerswerk
F3	P3	Vrouw	40-50 jaar	Basiskennis	Vrijwilligerswerk
F3	P4	Man	40-50 jaar	Geen kennis	Reguliere job
F3	P5	Vrouw	40-50 jaar	Geen kennis	Reguliere job
F3	P6	Vrouw	30-40 jaar	Geen kennis	Vrijwilligerswerk
F3	P7	Man	50-65 jaar	Geen kennis	Vrijwilligerswerk
F3	P8	Man	50-65 jaar	Basiskennis	Vrijwilligerswerk
F3	P9	Vrouw	30-40 jaar	Noties van IPS	Vrijwilligerswerk

### 3. RESULTATEN

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de sleutelthema's die door de deelnemers van de drie focusgroepen werden aangehaald op basis van enkele algemene vragen over arbeidsre-integratie. De voorgelegde vragen hadden allemaal een link met de twee geselecteerde IPS-basisprincipes, maar vroegen niet rechtstreeks naar hun mening over deze principes. Op deze manier konden deelnemers zelf thema's toevoegen, voor hen belangrijke zaken benadrukken en *open-minded* nadenken over het ideale arbeidsre-integratietraject voor mensen met een psychische kwetsbaarheid.

De vermelde sleutelthema's werden door alle participanten belangrijk gevonden, maar dit wil niet zeggen dat iedereen dezelfde mening had. Er worden geen generalisaties of syntheses gemaakt van al de meningen, eerder worden individuen aan het woord gelaten zodat ook verschillen in mening naar boven komen. Als er consensus of net discussie was over bepaalde topics zal dit zo aangegeven worden in de verslaggeving. Letterlijke citaten van participanten staan steeds tussen "aanhalingstekens".

De sleutelthema's worden in willekeurige volgorde weergegeven. Het gaat niet om de meest prioritaire die bovenaan staan en het gaat ook niet om een lineaire opbouw. De sleutelthema's staan los van elkaar, maar uiteraard is er op sommige vlakken overlap.

Een overzicht van de sleutelthema's:

- Een tocht met hindernissen naar een betaalde job
- Werk en zorg: een Siamese tweeling?
- Een onbetaald en stapsgewijs voortraject
  - o Voordelen
  - o Enkele kritische opmerkingen
- Wanneer is een traject meteen gericht op betaald werk een goed idee?
- De "ideale" ondersteuning naar werk (betaald of onbetaald)

#### 3.1 Een tocht met hindernissen naar een betaalde job

In de focusgroepen werden door de zorgverleners en ervaringsdeskundigen uiteenlopende hindernissen aangehaald in de zoektocht naar een betaalde job: persoonsgebonden factoren, de vicieuze cirkel die wordt ervaren, de inactiviteitsval en het stigma tegenover zowel een psychische kwetsbaarheid als het 'niet hebben van een betaalde job'. Bovendien brengt een betaalde job heel wat positieve aspecten met zich mee, maar zagen zorgverleners en ervaringsdeskundigen ook verschillende nadelen en risico's.

De zorgverleners en ervaringsdeskundigen hadden verschillende meningen rond het al dan niet kunnen of willen betaald werken van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Meningen hierover waren heel verdeeld en uit de gegeven voorbeelden kwam geen consensus. Verschillende factoren bepalen immers mee de haalbaarheid van betaald werken, zoals het type psychische kwetsbaarheid, de duurtijd, de ernst, maar ook de leeftijd, het opleidingsniveau, de combinatie met andere problematieken, etc.

In eerste instantie is het maken van een tweesplitsing tussen willen en kunnen blijkbaar reeds een moeilijke – al dan niet onmogelijke – opdracht.

*“Het is altijd moeilijk om daar het verschil in te zien. Willen ze niet? Kunnen ze niet? Het kan een combinatie zijn van niet willen maar het kan ook wat angstig zijn. Of wat angstig zijn en niet willen, zo ja...” (F2 P2)*

Waar wel consensus over was, was dat betaald werken met een psychische kwetsbaarheid meestal niet eenvoudig is, maar daarom nog niet onmogelijk. Er werden verhalen gedeeld zoals onderstaand, waarin een zorgverlener eerder had ingeschat dat een betaalde job niet zou lukken, en waar het wel is gelukt.

*“Zo’n voorbeeld is een man die bij ons komt, psychotisch en verslaafd. Hij heeft gans zijn leven problemen gehad met zich in te voegen in het normale dag nacht ritme. Onlangs meldt hij zich terug aan. Nu is die jurist in de evenementensector, vooral van dance festivals. En daar moet hij niet opstaan om negen uur. En de man doet het daar schitterend. Dat zijn misschien uitzonderlijke verhalen maar wel inspirerend ...” (F1 P2)*

Daarnaast vertelden de zorgverleners dat enkele klanten een job hebben, terwijl ze bij hen in psychologische begeleiding zijn - soms met nog actief drugs- of alcoholgebruik. De job doet hen net goed om sociale contacten te onderhouden, een structuur te hebben in hun leven en het geeft hen een reden om op te staan. Hierover zijn echter de meningen verdeeld, in focusgroep 2 werd door F2 P1 gezegd dat het net belangrijk is om alcoholvrij te zijn voordat de zoektocht naar werk start:

*“Want daardoor kan hij gewoon niet aan werk geraken, omdat hij nog niet voor zichzelf beslist heeft, van ik moet volledig stoppen met drinken want anders gaat dat niet gaan.” (F2 P1)*

Problematieken zoals bipolariteit of psychose worden aangehaald als niet eenvoudig om naar betaald werk te gaan, maar opnieuw: niet eenvoudig betekent niet onmogelijk.

*“Psychose zijn mensen die enorm kwetsbaar zijn he. Alcohol, allez, je mag de ene situatie niet vergelijken met de andere, maar alcohol kan bedwongen worden, zodat mensen terug op een vrij goed niveau functioneren. Dikwijls bij psychose dat er toch een zekere verlieservaring is bij de mensen he, maar wat niet wegneemt, ondanks die verlieservaring, dat die mensen nog kunnen geïntegreerd worden in een werksituatie.” (F2 P2)*

Wat naast de psychische problematiek *an sich* ook enkele keren werd aangehaald door de zorgverleners als een hindernis naar betaald werk, is dat sommige klanten vast zitten in een vicieuze cirkel waar ze niet of zeer moeilijk uit geraken. Ter illustratie: een persoon met een psychische kwetsbaarheid die omwille van zijn gezondheid niet kan werken, die daardoor in financiële problemen komt, een schuldenberg opbouwt, zijn sociaal leven niet kan onderhouden, geïsoleerd geraakt in de maatschappij, wat zijn psychische kwetsbaarheid verergert en een re-integratie bemoeilijkt.

Ook de inactiviteitsval kwam kort even aanbod in focusgroep 2 als een mogelijke belemmering voor een arbeidsre-integratietraject. Dit is de situatie waarin mensen ontmoedigd worden om werk te zoeken, omdat de financiële meerwaarde beperkt is of omdat ze angst hebben om hun huidig statuut te verliezen.

*“Nee, want sorry, soms is dat bij ons ook wel mensen die een voorkeurstarif hebben ook, en die langdurig ziek zijn, die 180 euro per maand betalen, die krijg ik niet meer geïntegreerd he. All-in om het zo te zeggen. Huur, water, gas, elektriciteit, begeleiding, eten, chauffage, ... allez, noem maar op.” (F2 P3)*

Er werd ook heel wat gediscussieerd over het stigma waar mensen met een psychische kwetsbaarheid tegen aan lopen. De zorgverleners en ervaringsdeskundigen hadden het enerzijds over vooroordelen wat betreft 'de psychische kwetsbaarheid', verweven in alle lagen van de maatschappij en dus niet bijvoorbeeld enkel bij werkgevers.

*"Ik heb eigenlijk vroeger voltijds gewerkt, vooraleer dat ik ziek geworden ben. En daar zeiden ze, ja maar ja, mensen die niet met stress om kunnen of daar voor te zwak zijn, die nemen we liever niet aan. Ik zeg ja, een geluk dat ik het verzwegen heb, want ja, anders werd ik gewoon niet uitgenodigd op een gesprek" (F3 P2)*

*"Wat toch een heel belangrijke schakel is, is de negatieve perceptie ten aanzien van die mensen [met een psychische kwetsbaarheid]. En die perceptie is zeer ruim. Door hun omgeving, familie, dokters, begeleiders, euhm werkgevers. Ze moeten zich vaak toch veel meer bewijzen om de ander nog te overtuigen van hun capaciteiten." (F1 P1)*

Anderzijds zijn er ook vooroordelen tegenover het 'niet hebben van een betaalde job': als men geen betaald werk heeft, telt men niet mee in onze maatschappij – dit was een algemeen gevoel bij de ervaringsdeskundigen. Onder hen was er consensus dat 'werken' in onze samenleving vaak te eng wordt gezien als louter 'betaald werken'. Door deze enge definitie telt vrijwilligerswerk niet mee. Er wordt aangehaald dat door deze benadering van werken, veel mensen sneller het stigma krijgen van 'profiteurs' omdat zij een uitkering krijgen en niets zouden bijdragen aan de maatschappij.

Een ervaringsdeskundige bekijkt om die reden trajecten die sterk gericht zijn op een betaalde tewerkstelling met enige argwaan. Zijn redenering is dat hoe sneller iemand een betaalde tewerkstelling heeft, hoe minder de maatschappij moet betalen aan uitkering. Dit is voor hem geen goed uitgangspunt. De noden van het individu moeten steeds centraal staan: als voor die persoon vrijwilligerswerk het meest aangewezen is, moet dit geaccepteerd worden.

Eén van de ervaringsdeskundigen legt de verantwoordelijkheid niet enkel bij de maatschappij. Ook zichzelf kunnen volgens haar meewerken om dit vooroordeel weg te krijgen. Men moet in de eerste plaats zelf tevreden en trots zijn op het vrijwilligerswerk, en niet altijd willen streven naar betaald werk als ultieme doelstelling:

*"Want hoe meer dat wij gaan focussen op dat betaald werk, hoe groter dat dat stigma gaat blijven. Dat is hé! Als wij zeggen.. awel voila, dat is genoeg voor mij om gewoon stage of vrijwilligerswerk te doen; de mensen gaan ons op den duur appreciëren en dat beeld gaat veranderen. Dat beeld van: Als gij productief zijt, en dus betaald werk doet, dan zijt gij veel meer waard dan iemand anders." (F3 P1)*

Sommige ervaringsdeskundigen bekijken hun uitkering van de mutualiteit als een soort loon voor het vrijwilligerswerk dat ze doen. De maatschappij beschouwt deze uitkering echter niet als een loon. Ook niet alle ervaringsdeskundigen ervaren hun uitkering als gelijkwaardig aan een loon. Sommigen verkiezen een loon van een werkgever voor hun prestaties omdat dit bijvoorbeeld bijdraagt tot het gevoel van appreciatie.

*"Want vorig jaar werkte ik ook voor [bedrijf] en toen ik kon ik zeggen, ik doe betaald werk. Maar nu is het vrijwilligerswerk, dus nu vraag ik mij af: Werk ik nog wel voor de maatschappij?" (F3 P2)*

Een uitkering van de mutualiteit is bovendien niet altijd voldoende om financieel rond te komen. Een ervaringsdeskundige is tevreden met het vrijwilligerswerk dat ze doet, maar zal dit niet kunnen volhouden omdat ze haar rekeningen niet meer kan betalen.

Wat nog verder gaat dan vooroordelen, is roddelen of pestgedrag waar sommige mensen met een psychische kwetsbaarheid het slachtoffer van zijn.

*“Wat ik me soms kan voorstellen bij betaald werk is meer kans op pestgedrag. [...] Dat is een groepsdynamiek die gelijk waar voorvalt hé. Ene die er wat uitvalt omdat hij wat anders is. Omdat hij af en toe niet meekan. Omdat hij wat minder mondig is.” (F2 P2)*

*“Ik had dan wat recht op meer pauzes enzo, wat noodzakelijk was op die momenten; en daar werd ik gewoon vies voor bekeken. Er wordt achter uw rug geroddeld, die dingetjes. Soms moest ik vroeger naar huis, omdat het gewoon niet ging van de pijn. Dan waren ze weer bezig van: allez, hij is weeral weg. Zo die dingetjes allemaal.” (F3 P7)*

Tijdens deze discussie over de haalbaarheid van een betaalde tewerkstelling, werd duidelijk dat de gevolgen van een betaalde job niet voor iedereen hetzelfde zijn. Het kan zowel een goede als een slechte invloed hebben op iemand zijn mentale gezondheid. Hierdoor zijn algemene conclusies niet mogelijk. In Tabel 7 wordt een overzicht gegeven van de genoemde voor- en nadelen van een betaalde tewerkstelling. De meningen van ervaringsdeskundigen en zorgverleners worden samengenomen in deze afbeelding, omdat ze sterk overeen komen.

**Tabel 7**

**Voor- en nadelen van betaald werken volgens de deelnemers van de drie focusgroepen**

Betaald werken	
Voordelen	Nadelen
Financiële vooruitgang	Een hoge werkdruk
Identiteit terugwinnen	Opgelegd verantwoordelijkheidsgevoel: ‘Ik moet dit doen van mijn baas’
Connectie maken met klanten, collega’s, etc.	Roddels en pesten
Hoop op een toekomst	Aanwezigheid van vooroordelen over psychische kwetsbaarheid
Weer ‘normaal’ zijn	Focus op presteren
Zelfvertrouwen opbouwen	Geen flexibiliteit, zowel qua uren als taken
Een gevoel van appreciatie: vanuit de omgeving & voor zichzelf	Controleverlies: een werknemer moet doen wat er gevraagd wordt
Trots en fier zijn op zichzelf	Overuren moeten doen
Status terugkrijgen: ‘Ik ben iemand’	Stress die psychische kwetsbaarheid kan uitlokken
Verantwoordelijk kunnen opnemen	Er wordt geen rekening gehouden met de mens
Structuur en ritme opbouwen	Deadlines halen

### 3.2 Werk en zorg: een Siamese tweeling?

Volgens de ervaringsdeskundigen en zorgverleners zijn de thema's zorg en werk geen losstaande entiteiten, maar zijn ze met elkaar verbonden. De eerste fase in een herstelproces van iemand met een psychische kwetsbaarheid is meestal zorg, maar werk wordt door alle zorgverleners op een bepaald moment in dit herstelproces proactief opgenomen. De huidige samenwerking tussen de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten situeert zich echter enkel op individueel niveau, maar er is wel motivatie om op een meer structurele en geïntegreerde manier samen te werken.

Activatie en maatschappelijke re-integratie zijn thema's waar de meerderheid van de zorgverleners mee bezig is. Deze begrippen hebben een ruime betekenis. Zo haalt één van de zorgverleners aan dat "zorgen" ook "activeren" is. Naar hun mening kunnen re-integratie en zorg dan ook niet los van elkaar van elkaar gezien worden.

*"Ik denk dat beiden met elkaar verbonden zijn. Je kunt ze moeilijk van elkaar scheiden. Je moet uiteraard 'zorgen' en op een bepaald moment zitten de mensen in een therapeutisch proces, maar dan is het de expertise van ons, denk ik, om op een bepaald moment die uitdaging toch aan de mensen aan te bieden he." (F2 P2)*

Er werd aan de zorgverleners gevraagd wanneer zij het thema 'werk' aanhalen bij hun klanten. Hier was geen eenduidig antwoord op. Meestal kwam dit ter sprake in één van de eerste gesprekken. Maar werk is niet hun hoofdfocus, behalve indien de klant dit zelf als een belangrijk topic op tafel legt.

*"Wij hebben een open intake: niet gestructureerd, zonder een vragenlijst, gewoon een gesprek met de vraag: 'Wat brengt u hier?'. In onze drughulpverlening, is er bijna in alle gevallen wel ergens een middel in het spel maar ik vermoed dat in – ik zeg maar iets hé – zeventig à tachtig procent kom je daar [bij werk] wel bij uit natuurlijk. Dat zijn zo de belangrijke levensvlakken. Dikwijls zeggen wij op het team: de liefde en het werk, dat zijn toch twee heel belangrijke thema's in het leven van de mens" (F1 P2)*

*"We hebben ook geen gestructureerde intake. In zo'n intakefase moeten we wel wat gegevens verzamelen en het huidige werk en/of opleiding is daar wel een van de dingen van, dus sowieso is dat een vraag die ooit aan bod komt. Maar in het begin komt dat heel vaak niet van de cliënt." (F1 P5)*

De meeste zorgverleners zijn voorstander om vroeg of laat actief te vragen naar het onderwerp 'werk', zowel wat de klant doet van activiteit als wat de klant hoopt te bereiken. Daarnaast zijn er zorgverleners die situaties aanhalen waarin ze de klant eerder zullen afremmen naar werk om herval en decompensatie bij verhoogde stress te vermijden.

*"Want wij gaan soms ook de cliënt afremmen. Want bijvoorbeeld iemand die nooit gewerkt heeft en dan plots wil gaan werken. Dan zeggen wij 'Ow ow, wat doe je nu al qua dag invulling? Wat zijn andere mogelijkheden of andere opties in plaats van direct te gaan werken?" (F1 P3)*

Enkele zorgverleners zien het als hun taak om mensen te beschermen tegen faalervaringen, anderen vinden dat klanten ook mogen botsen. Soms is het niet-lukken belangrijk en nuttig in het leerproces van de klant en is het traject naar werk een goede leerschool. In de 'echte wereld' gaat het er immers ook niet altijd zo beschermend aan toe.

*"Mensen zijn uiteraard kwetsbaar en we moeten daar genuanceerd in zijn, maar ik stel me soms de vraag.. als mensen, eenmaal ze in dat zorgparcours zitten, niet te weinig getriggerd worden? Ik weet dat we daar voorzichtig in moeten zijn. Mensen zijn kwetsbaar enzo, maar toch..." (F2 P2)*



Sommige ervaringsdeskundigen zijn echter tevreden met een voorzichtige aanpak, als bescherming tegen zichzelf bijvoorbeeld.

*“Ik had het gevoel dat er naar mij geluisterd en gekeken werd en er heeft mij nog nooit iemand zo hard verder geholpen dan de consulent bij wie ik ging, door op dat moment - omdat ik het niet zag - door het traject stop te zetten. Dat is echt beschermen tegen mezelf. Zij heeft gezegd van we gaan stoppen en je komt terug op het moment dat het weer kan. Ik blijf altijd bereikbaar, maar we gaan het nu stoppen.” (F3 P9)*

Klanten zitten vaak lange tijd in de zorg hulpverlening en hebben nood aan een nieuwe uitdaging. Te lang in de beschermde context van een goed bedoelde zorg blijven, kan leiden tot innesteling wat hun eigen groeiproces tegen houdt. Bovendien werd door zorgverleners en ervaringsdeskundigen gezegd dat hoe langer men uit de arbeidsmarkt is, hoe moeilijker het wordt om terug te gaan. Hiervoor worden verschillende redenen aangehaald: de leegte in het CV (curriculum vitae) uitleggen, het ritme moet weer opgebouwd worden, beperkte werkervaringen, etc.

Door zorgverlener F1 P2 werd gezegd dat er op regelmatige basis binnen hun teamvergaderingen discussie heerst over desbetreffende vraag: “Moeten we nu inzetten op zorg of op resocialisatie?” Vaak wordt er dan de kaart van resocialisatie getrokken, omdat werk of een stage de klant verder helpt in zijn evolutie dan enkel een focus op zorg. Dit is omwille van het menselijke contact en de dagelijkse structuur die werk aanbiedt.

Bij een bevraging naar de huidige samenwerking tussen de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten werd door de zorgverleners vooral verwezen naar individuele samenwerkingen, namelijk binnen het traject van een specifieke klant. Daarbij was flexibiliteit wat betreft het inplannen van een overlegmoment belangrijk, met als voornaamste reden het aspect ‘tijd’:

*“Het overleg is steeds geval per geval en liefst ook ad hoc . Dus oké, het is soms misschien wel goed om een vast tijdstip in de toekomst te poneren maar dan zou je er ook van moeten kunnen afwijken als het niet nodig is. Zoals ‘het loopt goed; we gaan dat eventueel met de cliënt of de patiënt bespreken dat we het overleg niet laten doorgaan” (F1 P2)*

Volgens de meerderheid van de zorgverleners is er dus momenteel geen gestructureerde en geïntegreerde samenwerking tussen de zorgsector en de professionele arbeidsre-integratiediensten. Het is wel belangrijk om op te merken dat hier verschillen merkbaar waren tussen de deelnemende organisaties. Sommige organisaties hadden al bepaalde structuren van overleg en communicatie opgezet, anderen helemaal niet.

Er werd door F1 P5 aangegeven dat ze te weinig kennis heeft van wat er allemaal mogelijk is op gebied van arbeidsre-integratie. Ook haar klanten zien maar een beperkte of geen samenhang tussen de zorginstellingen en een arbeidsre-integratie.

*“[Een vraag naar werk] komt heel vaak in het begin niet van de klant, omdat de klant denkt: ‘Dit is een centrum om te stoppen met druggebruik of om te minderen; en mijn druggebruik te bekijken.’ Wij moeten wel heel echt gaan kaderen dat heel je leven daar een rol in speelt en dan komt dat automatisch wel aan bod.” (F1 P5)*

Deelnemer F2 P2 lanceerde het idee om een arbeidscoach te laten aansluiten bij hun zorgteam, als volwaardig teamlid.

*“Waar ik nu zo aan denk, is zo een arbeidscoach, die ... en dat is een beetje mijn persoonlijk standpunt hier in, als ik dat bekijk vanuit mijn werksituatie binnen onze organisatie. Maar een arbeidscoach die zou bij ons perfect passen om zijn functie uit te oefenen. Iemand die in het team zit, die heel dat proces [naar werk] begeleidt, dat zou pas goed zijn. Zo naar betaald werk gaan, bemiddelen met de werkgever, wat is*

*hier mogelijk, progressieve tewerkstelling, een keer bij hervat terug een kans krijgen... dat is een heel proces, dat is een functie op zich. Dat kunnen wij dus niet waarmaken.” (F2 P2)*

Het zelf niet kunnen waarmaken heeft voor deze zorgverlener vooral te maken met drie zaken: “het mandaat, de expertise en de tijd”. Op het idee werd heel positief gereageerd door de andere zorgverleners en er werd gediscussieerd over de inhoudelijke invulling van dergelijke functie. De deelnemers vullen aan dat het gaat om iemand die focust op betaald werk, die bij de klant thuis langs gaat en waarmee kan overlegd worden over specifieke casussen. Deze arbeidscoach zou nauwer samenwerken met de klanten dan de huidige arbeidsre-integratiediensten. VDAB wordt vandaag door hun klanten nog vaak gelinkt met schorsing, verliezen van uitkering of verplichting om te gaan werken. Dit komt dreigend over en leidt tot een toename van stress wanneer de klant bij VDAB op gesprek moet gaan. Iedereen knikt hierop bevestigend.

De zorgverleners bereiken een consensus dat ze deze arbeidscoach onderling kunnen delen, bijvoorbeeld een dag per week bij elke organisatie. Dus een soort “mobiele arbeidscoach”, die afwisselt tussen de organisaties. Deze persoon hoeft niet dezelfde werkgever te hebben als de zorgverleners, maar wel een eigen werkplek tussen deze collega’s zodat de communicatie vlot kan verlopen. Bovendien is deze persoon aanwezig op teamvergaderingen en is hij een echt teamlid, die kan aangesproken worden over elke vraag rond arbeidsre-integratie.

Bij de vraag of zoiets realistisch en haalbaar is, kwamen er voornamelijk positieve reacties. Er was vertrouwen onder de zorgverleners over de praktische haalbaarheid.

*“Ja, als ik dat zie in het netwerk enzo, hoe de partners de koppen samen steken, zeker rond dit thema. [...] Moest het daar [eventueel praktisch plaatsgebrek] niet vanaf hangen, dan zou dat zeker heel erg aangemoedigd worden.” (F2 P4)*

Er was wel enige twijfel of de arbeidsre-integratiediensten deze visie volgen. In eerste instantie omwille van de middelen, maar dit wordt door F2 P2 niet als de grootste uitdaging gezien.

*“Het zijn niet altijd de middelen he, het kan ook een visie zijn, vanuit VDAB. Het gaat inderdaad eerder over ‘een andere manier van denken’” (F2 P4)*

### **3.3 Een onbetaald en stapsgewijs voortraject**

Wanneer zorgverleners of ervaringsdeskundigen praten over een arbeidsre-integratietraject, hebben ze het voornamelijk over een stapsgewijs en onbetaald voortraject. Pas nadien is een betaalde job aan de orde. Verschillende voordelen over deze aanpak werden aangehaald, maar toch geven zorgverleners en ervaringsdeskundigen enkele kritische bemerkingen.

#### **3.3.1 Voordelen**

Zorgverleners en ervaringsdeskundigen waren het erover eens dat het voortraject in de zoektocht naar werk verschillende vormen kan aannemen en/of op verschillende manieren kan benoemd worden. Enkele voorbeelden van besproken voortrajecten zijn: dagactiviteiten, onbezoldigde stages, assessments, oriëntering, beroepsoriëntatiegesprekken, sollicitatietraining, cursussen, etc. Deze initiatieven zetten allemaal op een laagdrempelige manier aan tot maatschappelijke re-integratie, zonder dat de klant financieel gecompenseerd wordt voor zijn activiteiten.

Zorgverleners kiezen voor een voortraject bij mensen die nog veel randproblemen hebben naast hun psychische kwetsbaarheid (zoals schulden, een zware echtscheiding of een zorgbehoevend kind) of mensen die nog nooit betaald gewerkt hebben. Maar ook personen waarbij hun psychische kwetsbaarheid samen gaat met bijvoorbeeld ernstige rugproblemen, oudere leeftijd of angsten vallen

onder deze categorie. Bij deze laatste categorie kan het gaan over de angst om misschien terug te falen, de angst om te moeten functioneren onder een werkgever of de angst om hun uitkering en/of statuut te verliezen.

Binnen de drie focusgroepen werd expliciet bevraagd wat de voordelen zijn van dergelijke onbetaalde en laagdrempelige voortrajecten. Hieronder wordt een kort overzicht gegeven van de meest besproken voordelen.

### **Stapsgewijs, flexibel en vrijblijvend**

De zorgverleners geven de voorkeur aan “stapsgewijs” of “stap voor stap” werken. Wat bedoelen zij hiermee? Dit omvat verschillende aspecten, waaronder rustig (op eigen tempo) opbouwen in bijvoorbeeld uren, taken, werkritme, eigen energie, zelfstandigheid,... Het duidt dus niet op één van deze aspecten, maar op een combinatie die individueel verschillend zal zijn.

*“Men kan bijvoorbeeld vrijwilligerswerk één keer per week doen en dan een beetje uitbreiden en dan opbouwen tot je terug in een ritme komt, zodat je energie terug opbouwt. Opbouwen in uren, opbouwen in een vaste structuur kunnen volgen. Daar een stabiliteit in hebben en ook terug opbouw in vertrouwd zijn met uw capaciteiten, opbouw met vertrouwd zijn met ergens terug in een ploeg mee te draaien en daar connectie te maken” (F2 P4)*

Ook de meeste ervaringsdeskundigen zien voordelen van een stapsgewijze opbouw naar werk, hoewel er geen consensus is over wat dit juist inhoudt. De ene ziet een onbezoldigde stage van een maand als een interessante opbouw, de andere wil louter sollicitatietraining om dan meteen een betaalde job te zoeken.

Aanvullend bespreken de zorgverleners en ervaringsdeskundigen de voordelen van de vrijblijvendheid en de flexibiliteit die bij een voortraject horen. Het gaat om aspecten zoals de eigen weekplanning mogen aanpassen aan de mentale gezondheid en een flexibele dagindeling hebben, bijvoorbeeld vroeger kunnen stoppen als het niet meer gaat. Al deze zaken achten de zorgverleners en ervaringsdeskundigen niet mogelijk in een betaalde job.

### **Empoweren in een veilige context**

Een belangrijk voordeel van een voortraject is volgens verschillende zorgverleners het responsabiliseren en empoweren van klanten in een veilige context. Een veilige context is een context waarin er geen prestaties verwacht worden of waar de druk niet zo hoog ligt als bij een betaalde job. F2 P4 benoemt deze veilige context als een soort ‘mini-labo’, waarin mensen veilig kunnen experimenteren en leren.

*“Ik denk ook door het feit dat we zeer snel mensen dingen in handen geven, euh ja, dat is een stuk terug weg groeien vanuit die soms lange periode thuis zitten [...], maar op een bepaald moment moet men daar weer uitgroeien. Daarin focussen wij op wat er nog wel kan. En dat is onvoorstelbaar, wij gaan ook nooit dingen uit handen geven als mensen dat zelf kunnen.” (F2 P4)*

Het gaat er dus over om mensen op een veilige manier terug verantwoordelijkheid te geven en te responsabiliseren, waardoor zij zich opnieuw belangrijk en nuttig voelen in de maatschappij.

*“Wel, dat is terug ergens nodig zijn, euh, het beseft hebben dat ik als ik daar die dag niet ben, want ik heb eigenlijk goesting om mijn lakens over mijn kop te trekken, wel dan staat die groep voor de deur. Als ik daar niet ben, en daar is iemand die informatie moet hebben. Euh. Als ik daar niet ben, dan ligt den boel plat. Dus ja, ik moet daar zijn, ik ben daar nodig. En als ik daar niet ben, dan draait het niet.” (F2 P4)*

Bovendien krijgen mensen door deze positieve ervaringen ook terug hoop en vertrouwen in hun medemens. Het besef groeit stap voor stap dat er voor hen nog een plek kan zijn in de samenleving, dat ze nog iets kunnen betekenen.

### Tijd & ruimte voor begeleiding

Een goede begeleiding tijdens het voortraject is voor alle zorgverleners en ervaringsdeskundigen noodzakelijk om er een succes van te maken. Deze begeleiding kan bestaan uit het in kaart brengen van competenties en valkuilen, onderhandelen met werkgever en/of collega's, de grenzen van de klant mee bewaken, ventileren over het werk, tijdig andere partners inschakelen of het trainen van vaardigheden. Tabel 8 verduidelijkt de mogelijkheden die er zijn op het gebied van begeleidingen naar werk.

*“Je kent die persoon zijn gevoeligheden en je weet dat is voor haar een valkuil [grenzen aangeven]. Ze gaan die een massa werk geven dat ze op korte termijn moet gedaan krijgen en dan vind ik dat wel interessant dat je dat dan een stukje mee kunt begeleiden. Of bijkomende diensten inschakelen om haar te ondersteunen in het huishouden, zodat ze dat werk toch beter zal aankunnen.” (F1 P4)*

**Tabel 8**

#### **Mogelijkheden van begeleiding volgens de deelnemers**

Vormen van begeleiding							
Onbetaald voortraject				Betaald werk			
Op de werkvloer		Buiten de werkuren		Op de werkvloer		Buiten de werkuren	
Intern <sup>19</sup>	Extern <sup>20</sup>	Intern	Extern	Intern	Extern	Intern	Extern

Er was geen consensus onder de zorgverleners en ervaringsdeskundigen over in welke situaties begeleiding mogelijk of realistisch is. Sommigen vonden begeleiding enkel mogelijk tijdens een onbetaald voortraject, omdat er dan nog geen prestaties aan verbonden zijn en er meer begrip is van collega's. Maar anderen vonden dat eender welke vorm van begeleiding ook mogelijk zou moeten zijn in een betaalde tewerkstelling.

*“Ik denk dat als ge betaald werkt en ge krijgt begeleiding, dat ge negatieve dingetjes gaat krijgen van collega's. Dus als ge gaat betaald werken en ge krijgt volledig dezelfde begeleiding als met de stage. Dat neemt tijd in beslag en alles. Ge doet minder werk voor dezelfde uren.” (F3 P7)*

Begeleiding op de werkvloer houdt onder andere *on-the-job coaching* van specifieke vaardigheden in, terwijl begeleiding buiten de werkuren bijvoorbeeld coaching gesprekken bij de klant thuis kunnen zijn over werk gerelateerde zaken. Volgens sommige ervaringsdeskundigen was begeleiding op de werkvloer niet mogelijk in een betaalde job. Bij een betaalde tewerkstelling kan volgens hen enkel begeleiding buiten de werkuren.

Interne begeleiding wordt verzorgd door een persoon die werkt binnen de organisatie van de stage, terwijl externe begeleiding door iemand vanuit een onafhankelijke organisatie wordt gegeven. Beiden

<sup>19</sup> Interne begeleiding is begeleiding vanuit de werkgever

<sup>20</sup> Externe begeleiding is begeleiding vanuit een onafhankelijke organisatie

hebben hun voor- en nadelen volgens de ervaringsdeskundigen. Een meter/peter systeem, als voorbeeld van een interne begeleiding, werkt in sommige situaties zeer goed. Urgente zaken kunnen in dit geval meteen besproken worden met iemand van het bedrijf zelf. Een nadeel hiervan is dat de werknemer niet helemaal vrijuit kan spreken, wat bij een externe begeleider makkelijker kan.

Het praten over de verschillende vormen van begeleiding, maakte de complexiteit en de individualiteit duidelijk die samen hangt met het vinden van de meest geschikte begeleiding voor een klant.

### **Kwaliteiten en valkuilen in kaart brengen**

Een voortraject geeft zowel het individu als de zorgverlener inzicht in de kwaliteiten én valkuilen. Mensen gaan mogelijks over hun grenzen of smijten zich te hard, waardoor ze kunnen opbranden. Een voortraject is een veilige manier om die grenzen aan te voelen en daaruit te leren. Daarnaast leert de klant in een voortraject welke triggers hervat uitlokken, zodat hij of zij hiermee rekening kan houden bij de verdere zoektocht naar werk. De zorgverlener krijgt bovendien meer inzicht waardoor hij/zij de klant beter kan ondersteunen.

*“Het is wel interessant dat je toch wel een zicht hebt [voor iemand begint te werken]. De persoon waarover je spreekt, is iemand met heel veel sterktes en die heel veel kwaliteiten heeft, maar toch ook met veel gevoelige punten waar je echt rekening mee moet houden. Ook al stonden we daar machteloos, is het wel belangrijk om in te calculeren waar gevoeligheden zijn en waar dat ze risico's neemt, om er ook te kunnen staan voor haar. Ook in de raad die je mee geeft.” (F1 P4)*

Tenslotte krijgt ook de werkgever tijdens een voortraject, en meer specifiek een onbezoldigde stage, een zicht op de kwaliteiten en valkuilen van de klant. Een klant kan zichzelf op die manier bewijzen bij een werkgever, om die toch te overtuigen hem een betaalde job te geven.

### **Ervaring opbouwen**

In een voortraject kan de klant nieuwe werkervaringen opdoen, specifieke vaardigheden trainen en het CV verder uitbouwen. Het biedt ook de mogelijkheid om een nieuwe functie en/of sector uit te testen. Hij of zij ontmoet nieuwe collega's en komt in contact met een nieuwe bedrijfscultuur. Dit gaat dus breder dan enkel de inhoudelijke invulling van de job. Bovendien is er een veilige context, waar de klant zonder gevolgen kan stoppen indien het niet goed gaat.

*“Is het iets dat ik graag doe? Het is een proefperiode [stage] dus ik kan, als ik het niet graag doe, dan kan ik ermee stoppen en iets anders doen.” (F3 P6)*

Er was geen eensgezindheid over de duurtijd van dergelijke voortrajecten of stageperiodes. Hoeveel tijd is er nodig om een nieuwe ervaring uit te proberen? Sommige ervaringsdeskundigen spraken over een half jaar, anderen over 2 à 3 maanden en nog anderen over maximaal een maand. Dit wijst erop dat dit een zeer individuele beslissing is.

#### **3.3.2 Enkele kritische opmerkingen**

Een eerste kritische opmerking kwam van enkele zorgverleners die zich afvroegen of een klant wel voldoende wordt uitgedaagd tijdens een voortraject. Deze zorgverleners hebben het over bepaalde assessments en opdrachten die klanten krijgen om hun valkuilen en kwaliteiten in kaart te brengen. Om mensen te motiveren en te doen groeien, moet er toch een goede dosis uitdaging in zitten:

*“Maar het moet ook voldoende uitdaging bieden. Als mensen daar een hele dag envelopjes moeten toekleven.. allez ... er moet de goeie dosis uitdaging inzitten hé.” (F2 P4)*

Binnen de zorgverleners werd door andere deelnemers geopperd dat de inhoud van deze assessments ondergeschikt is aan de doelstelling. Het belangrijkste is niet om mensen uit te dagen, maar om een zicht te krijgen op bepaalde competenties en valkuilen. Het gaat niet om de taak op zich, maar de taak dient als middel om onder andere een zicht te krijgen op concentratievermogen, stressmanagement, omgaan met feedback of arbeidsattitudes (op tijd komen, verwittigen bij afwezigheid, etc.). Indien mogelijk sluiten de opdrachten wel aan op de interesses van de klant. Ter illustratie: iemand die graag in de tuin werkt, zal indien mogelijk in de tuin kunnen werken.

Binnen de groep ervaringsdeskundigen was er consensus dat dergelijke assessments en opdrachten enkel werken als de klant hier zelf voor kiest. De arbeidscoach moet eerst praten met de klant om te horen wat hij of zij zelf wilt doen, om dan het verdere traject hierop af te stemmen. Standaard opdrachten die voor elke klant hetzelfde zijn - ongeacht diploma, achtergrond of interesses – wekken vooral frustratie op en hebben een negatieve impact op het zelfvertrouwen van de klant. Werken op maat, luisteren naar de klant en voortbouwen op zijn of haar vraag is absoluut noodzakelijk volgens de ervaringsdeskundigen.

Een tweede kritische opmerking ging over de vraag waarom stages en vrijwilligerswerk op een reguliere werkvloer niet betaald kunnen worden. Een onbetaalde stage geeft bij verschillende klanten een gevoel van discriminatie en profitariaat vanuit de werkgever

*“Constructieve dag invulling is heel moeilijk bespreekbaar bij ons publiek. Zij willen heel hard meedraaien in de gewone wereld en inderdaad het financiële. [...] Ik denk dat het nog steeds een minderheid van de mensen is die een stage kan zien zoals wij het zien. Ik denk dat nog altijd heel veel van mijn cliënten de voordelen van een stage zien, maar tegelijkertijd zich afvragen waarom kan ik het niet zonder?” (F1 P4)*

*“Ahja, en waarom dat onderscheid? Waarom moet ik gratis werken omdat ik ervaringsdeskundige ben? Ik vind dat discriminatie.” (F3 P2)*

Een betaalde job leidt tot meer zelfrespect, nieuwe toekomstperspectieven, financiële vooruitgang en het terugwinnen van de identiteit. Om die reden verkiezen enkele ervaringsdeskundigen een betaalde job boven een onbetaald voortraject.

*“Ik kon twee jaar geleden terug beginnen bij het [organisatie], voor juist hetzelfde werk, maar dat wou ik niet, want dat was niet betaald. En nu heb ik op [organisatie] gezegd, ja, ik doe het omdat dat wel betaald is. Voor toch ook wel die appreciatie.” (F3 P4)*

Toch waren niet alle ervaringsdeskundigen en zorgverleners het hierover eens. Voor sommigen was het net dat betaalde aspect dat leidt tot stress, waardoor een onbetaald voortraject voorrang krijgt op een betaalde job.

Een derde kritische opmerking ging over de teleurstelling die kan volgen op het einde van een succesvolle (onbetaalde) stage bij een werkgever.

*“Wat misschien ook negatief is, is als ge u perfect thuis voelt in die job [stage] en dat ge dan op den duur weet van hier kan ik toch niet verder gaan. Dat dat een negatieve weerslag kan gaan hebben. ja, een teleurstelling.” (F3 P7)*

Als oplossing stelden de ervaringsdeskundigen voor dat als een stage goed verlopen was, deze moet kunnen leiden naar een vaste en betaalde tewerkstelling. Op die manier is er een stapsgewijze opbouw, met nadien toch een mogelijkheid tot een contract.

### 3.4 Wanneer is een traject meteen gericht op betaald werk een goed idee?

In sommige situaties kiezen zowel zorgverleners als ervaringsdeskundigen voor een rechtstreeks traject naar betaald werk. Een belangrijk aspect is het vinden van 'werk op maat', wat wijst op de mogelijkheid van een rustige opbouw en een werkgever die rekening houdt met de psychische kwetsbaarheid. Progressieve tewerkstelling wordt aangehaald als een *good practice*, hoewel onduidelijkheid over dit systeem aanleiding geeft tot verwarring en frustraties.

In bepaalde situaties slaan zorgverleners de stap van een onbetaald voortraject over en kiezen ze meteen voor een betaalde job. Dit is zo bij klanten die in het verleden al gewerkt hebben, bij jonge en flexibele mensen die open staan voor alle jobs of bij mensen die nog onder contract staan bij hun laatste werkgever. Volgens de deelnemers is voor deze personen de kloof naar werk gemakkelijker te overbruggen, door bijvoorbeeld kleine aanpassingen zoals een vermindering van het aantal werkuren.

*"Bijvoorbeeld bij mensen die in het verleden wel gewerkt hebben in het reguliere, daar ziek geworden zijn en dan jaren gestopt zijn. Bij die mensen vind ik het al iets makkelijker, want die kunnen de draad makkelijker oppikken. Dit vaak gewoon door minder te gaan werken. [...] Omdat ze het al kennen, omdat ze hun vak ook al kennen."* (F1 P4)

Een zorgverlener wijst op het belang van de context van het land die mee bepaalt hoe snel wordt georiënteerd naar een betaalde tewerkstelling. Zij ging op studiebezoek in de Verenigde Staten, waar zorg en sociale voorzieningen anders georganiseerd zijn dan in Vlaanderen. Het systeem van uitkeringen is daar veel beperkter, waardoor een betaalde job meer een noodzaak was. Op de één of andere manier werkte dat. Mensen hervielen soms, maar hervatten nadien meteen hun betaald werk.

Het vinden van 'werk op maat' is een belangrijk aspect bij de rechtstreekse zoektocht naar betaald werk voor de zorgverleners en ervaringsdeskundigen. Maar wat is 'werk op maat'? Dit gaat vooral over oog hebben voor de mens *an sich* en rekening houden met de psychische kwetsbaarheid, zodat de werknemer niet overbelast wordt.

*"Want die mogen dan ergens beginnen, hebben uren gekregen van 8-12u, maar dan vragen ze, ja, dan geven ze die mensen een taak waarbij dat kan uitlopen en geraken ze overbelast. Ze kunnen dat dan ook niet echt aangeven, want ze beginnen er maar pas."* (F1 P3)

Progressieve tewerkstelling was voor de meerderheid van de deelnemers een positief voorbeeld van een graduele opbouw van het aantal werkuren op het tempo van de klant. In deze formule begint een werknemer met een beperkt aantal uren te werken bij de huidige of een nieuwe werkgever. Voor de gepresteerde uren ontvangt de werknemer een loon van de werkgever, en daarnaast krijgt hij of zij een bijpassing van de mutualiteit.

*"Als de adviserend geneesheer daar achter staat, dan motiveer ik veel van mijn mensen naar progressieve tewerkstelling. Deze mensen hebben ook dikwijls zo'n hoge schuldenberg. En dat zijn mensen tussen de 45 en 65, die dus toch nog terug zullen moeten gaan werken. Dus ik denk voor diegenen dat dat kunnen, is dat het beste, op allerlei vlakken."* (F2 P3)

Zorgverlener F2 P3 vindt het een enorm voordeel dat mensen dankzij progressieve tewerkstelling hun werk kunnen combineren met therapie of dagkliniek. Dit is bijna onmogelijk wanneer mensen voltijds werken, want dan is daar geen tijd voor. Er werd door F2 P4 aangegeven dat de mutualiteiten steeds meer op maat werken, zeker tegenover vroeger en dat dit in het voordeel van de klant is.

*"Vroeger was het zo van: of je werkt of je werkt niet. Of je werkt halftijds; en halftijds mutualiteit. Maar nu is dat echt maatwerk en dat werkt zeer aanmoedigend en dat stelt mensen ook gerust van het kan echt op maat opbouwen."* (F2 P4)

Wat opviel was dat er bij de zorgverleners en ervaringsdeskundigen nog heel veel onduidelijkheid heerst over dit systeem. Het voorzien van correcte informatie over de voorwaarden en procedures is noodzakelijk om frustraties en fouten te vermijden. Vragen die naar boven kwamen, waren onder andere: Kennen werkgevers dit voldoende? Willen ze dit toepassen? Wat als iemand weer uitvalt na een periode op deze manier halftijds gewerkt te hebben? Is dit principe ook voor mensen die naar een nieuwe werkgever gaan of enkel bij trajecten van re-integratie bij een vorige werkgever? Moet de werkgever hiervan op de hoogte zijn? Hoe wordt de financiële berekening gemaakt? Wat zijn gevolgen op lange termijn? Houdt de klant er wel iets extra aan over als hij of zij begint te werken?

Een discussiepunt omtrent 'werk op maat' was, zowel bij ervaringsdeskundigen als zorgverleners, over hoe iemand met een psychische kwetsbaarheid een job kan (blijven) volhouden wanneer er een ingrijpende levensgebeurtenis plaatsvindt, zoals een overlijden, ziekte of een zorgkind. Door ervaringsdeskundige F3 P9 wordt gepleit voor een meer flexibele en zorgzame arbeidsmarkt voor iedereen. In het huidige model moeten mensen blijven doorwerken, durven ze niet zeggen aan de werkgever dat het niet meer gaat en komen dan meteen in een diepe depressie of burn-out terecht. Er wordt te lang gewacht, wat in eerste instantie nefast is voor het individu, maar in tweede instantie ook voor de maatschappij. Een systeem introduceren, waarbij iedereen bij een ingrijpende levensgebeurtenis minder mag werken, zou veel psychische problemen vermijden.

*"Wat ik ook belangrijk vind in een gewone werksituatie is, voor mensen met psychische kwetsbaarheid zeker.. stel dat je nu zegt ... ik kan nu 15 uur per week werken en ineens is daar iets ingrijpends, een overlijden of een kind met problemen of een ongeluk of een ziekte of zo. Die psychische kwetsbaarheid maakt toch dat ge tijdelijk minder kunt gaan werken. In plaats van te crashen en dat ge ontslagen moet worden, omdat je het niet meer aankunt en dat je belandt in de psychiatrie omdat je opgenomen moet worden wat dan extra kosten voor u zijn... dus dat het [aantal werkuren] tijdelijk terug kan verminderd worden." (F2 P4)*

'Werk op maat' vinden, en dus breder werkgevers vinden die focussen op de mens en rekening houden met hun kwetsbaarheid, is volgens de meerderheid van de zorgverleners en ervaringsdeskundigen net de grote moeilijkheid:

*"Het is gewoon moeilijker om een aangepaste plek te vinden binnen het betaald circuit dan een stage, waar ze rekening houden met kwetsbaarheden en waar ze flexibel zijn. Maar moesten die er meer zijn, dan ben ik geneigd om sneller de stap stage over te slaan en naar betaald werk te gaan." (F1 P6)*

Bovendien stellen enkele ervaringsdeskundigen vast dat de werkgever vooral de macht heeft bij een sollicitatie. Indien een werknemer een bepaalde vorm van flexibiliteit verwacht omwille van een psychische kwetsbaarheid is de kans groot dat de werkgever gewoon iemand anders aanwerft.

Toch blijkt uit enkele voorbeelden dat 'menselijke' werkgevers bestaan, maar het kan soms een lange zoektocht zijn:

*"Ik ben gaan solliciteren en ik heb bij mijn sollicitatiegesprek ook aangegeven van 'kijk, ik heb een psychosomatische stoornis en jullie hebben ook recht op de VOP en vanalles' en die meneer zei van: 'Nou, dat boeit ons allemaal niet. Jouw motivatie is belangrijker dan wat jij ons te bieden hebt van financiële tegemoetkomingen', en dat vond ik zo goed en zo heerlijk om daar te kunnen starten. Want dan een half jaar later, door veel stressfactoren (men broer die ziek werd), ben ik er ook weer mentaal onderdoor gegaan.... En het mooiste vond ik dat zij dat op een bepaald moment zagen van: 'Oei, het gaat niet goed met [F3 P5]. Wat scheelt er met haar?' Die hebben mij dan apart geroepen van: 'Praat met ons.' En toen heb ik hen kunnen uitleggen wat er met mij privé speelde en wat er allemaal aan de hand was, en dan ben ik in opname gegaan, voor 6 weken. Nadien ben ik op gesprek gegaan toen ik mijn werk wou hervatten en dat was allemaal geen probleem. [...] Mijnen baas was mijne kameraad in feite." (F3 P5)*



### 3.5 De “ideale” ondersteuning naar werk (betaald of onbetaald)

In de drie focusgroepen kwamen heel wat ideeën aan bod over de ‘ideale’ begeleiding naar werk voor iemand met een psychische kwetsbaarheid. Aspecten zoals *zero-exclusion*, een traject op maat van de klant en begeleiding van onbepaalde duur werden uitgebreid besproken.

#### Sluit geen personen uit

Zorgverleners voelen aan dat een groot deel van hun klanten, bijvoorbeeld nog actieve drugsgebruikers, enkel op een beperkt aantal plaatsen terecht kunnen voor ondersteuning naar werk. Nochtans zijn deze mensen sterk gebaat bij een goede begeleiding. Er wordt door hen gepleit voor een systeem waarbij het individu – met of zonder verslaving - centraal staat en op basis daarvan wordt de meest gepaste ondersteuning aangeboden.

*“Ik heb soms het gevoel dat onze klanten – bij wijze van spreken – die moeten bijna direct naar het reguliere circuit. Want gewoon het solliciteren en al die gespecialiseerde trajecten - nu ben ik effe kort door de bocht aan het gaan, ik weet dat het genuanceerder is - maar al die gespecialiseerde trajectbegeleidingen, daar vallen zij soms uit den boot waarvan zij dat soms even hard nodig hebben als bepaalde andere mensen. Ergens is dat een tegenstelling. Er worden direct hogere verwachtingen gesteld want die tussenschakels zijn niet voor hen, waardoor ze minder kansen soms krijgen om te groeien en iets op te bouwen.” (F1 P5)*

Het gaat bovendien niet enkel om klanten waarbij er sprake is van drugsgebruik, volgens de zorgverleners, maar ook bij het gebruik van bepaalde medicatie. Hierdoor worden sommige klanten uitgesloten van bepaalde trajecten of bepaalde jobs, wat leidt tot een paradoxale situatie: ze kunnen niet zonder hun medicatie, maar door hun medicatie wordt hen ook bepaalde zaken ontzegd. Dit maakt een re-integratie heel moeilijk.

In de tweede focusgroep ging het over het statuut ‘niet-toeleidbaar’ dat soms aan mensen gegeven wordt vanuit de arbeidsre-integratiediensten. Op dat moment stopt de begeleiding en ‘moeten’ deze mensen geen stappen meer naar werk zetten. Enerzijds kan dit mensen een gerust gevoel geven dat ze niet meer hoeven te werken, anderzijds wordt dit door sommigen ook als een knelpunt gezien:

*“Mensen willen nog wel werk zoeken, maar mogen op dat moment niet of kunnen niet begeleid worden. Dat zijn zo... ja, dat kan ook een knelpunt zijn uiteraard.[...] Want daar plakt dan een termijn op, maar mensen zitten daar soms in vast he. [...] Sommigen willen begeleid blijven.” (F2 P2)*

#### Luister naar de wensen en dromen

De arbeidscoach moet steeds vertrekken vanuit de vragen en de wensen van de klant. Dit houdt in dat de arbeidscoach tijd maakt om te luisteren naar de klant, zijn wensen hoort en van hieruit vertrekt om volgende stappen in het traject te bepalen. De arbeidscoach mag bedenkingen meegeven, maar de klant beslist uiteindelijk zelf. Dit werd aangegeven door zowel zorgverleners als de ervaringsdeskundigen.

*“Wij proberen dat ook altijd zoveel mogelijk bij de cliënt te laten en alle opties op tafel te leggen en dan samen te gaan uitzoeken wat kan wel en wat kan niet. Waar zouden we op kunnen inzetten of niet. Ja, dat niet zelf gaan opleggen. Meestal voelen de cliënten goed genoeg aan wat er wel of niet kan, wat wel of niet haalbaar is.” (F1 P6)*

Ervaringsdeskundigen omschrijven positieve begeleidingen als begeleidingen waarbij naar het individu gekeken wordt. De klant krijgt opdrachten die hem uitdagen en er is voldoende tijd voor de persoon en het verhaal erachter. Op voorhand vastgelegde trajecten, dus niet op maat van de klant maar standaard voor iedereen hetzelfde, leiden tot frustratie en eerder een terugslag van hun zelfvertrouwen.

## **Volg het tempo van de klant**

Uit de focusgroep van de ervaringsdeskundigen blijkt dat er geen standaard tempo is dat voor iedereen werkt. Wat voor de één een goed tempo is, kan voor de andere mogelijk te snel zijn.

*“Ik vond dat ze een beetje te snel, het ging te snel voor mij daar. Te snel als in zo snel mogelijk uwe CV in orde maken, zo snel mogelijk opleiding volgen om terug te gaan solliciteren, zonder dat er sprake is van ‘wat kan ik nog aan of niet?’” (F3 P4)*

Het is belangrijk om te kijken in welke fase van herstel de klant momenteel zit en aan hem of haar te vragen wat een volgende stap naar werk kan zijn .

*“Ik vind het heel belangrijk dat ze kijken in welke fase je bent van je herstel, dat ze niet onmiddellijk zeggen van ‘Ja, je moet daar gaan werken en dat en dat en dat’, maar dat ze realistisch zijn. Ja bijvoorbeeld in een crisis: ‘Nu gaat ze zich daar mee bezig houden’, maar als er dan een stabiele periode is, dat ze dan van : We kunnen een stap in die richting nemen?’ Euh, ze kunnen de vraag stellen van: ‘Ben je klaar hiervoor?’ Dat ze zo beginnen...”*

De arbeidscoach mag dus niet te snel gaan, maar ook niet te traag. Niet iedereen met een psychische kwetsbaarheid wil stap voor stap werken, sommigen willen snel weer een betaalde job en dan is het belangrijk dat ook hier naar geluisterd wordt.

*“Een aantal jaren geleden was ik bij een consulente, en die ze: ‘Ja, eventueel contact via mail om de maand of twee ofzo’. Zo van: je zit op mutualiteit, ja, trekt uwe plan zo.” (F3 P2)*

## **Werk aanklampend & laagdrempelig**

Een aanklampende aanpak voor de zorgverleners is onder andere dat de arbeidscoach de klant proactief contacteert, niet afhaakt bij een terugval en oog heeft voor de verschillende levensdomeinen van de klant.

*“Een arbeidscoach die betrokken is, die ook eens op huisbezoek gaat, die een voorstel doet naar een werksituatie, die een opleiding voorstelt, die dat wat opvolgt, euh, de terugval eventueel wat mee maakt met de cliënt op zich. Ik denk dat dat een heel groot verschil zal maken voor de cliënten. Een arbeidscoach die dichter staat en niet enkel op de bureau zit.” (F2 P2)*

Dergelijke aanpak is drempelverlagend en werkt versterkend volgens de zorgverleners. De focus op andere levensdomeinen is belangrijk omdat in een traject naar werk alles met elkaar verweven is. Als iemand thuis privé problemen heeft, is de kans groot dat dit ook een impact heeft op zijn of haar werkprestaties. Dit kan gaan van het regelen van wiskunde lessen tot het samen opsturen van sollicitatiebrieven. Aanklampend werken betekent niet dat de arbeidscoach alles zelf moet opnemen. Partners kunnen ingeschakeld worden om bepaalde taken over te nemen.

*“Bij ons is er een man die al heel lang werkt als arbeider. Hij is daar niet gelukkig. Het is een klein bedrijf en hij wordt er wat uitgebuit. Het is zo'n typisch bedrijf waar er geen vakbond is en die man droomt ervan om buschauffeur te worden. Het is een man die wat sociaal angstig is. Uiteindelijk hadden we een sociaal assistent; en zij heeft hem geholpen omdat hij gebuisd was op de wiskunde bij de toelatingsproeven van de Lijn. Awel bon, zij ziet hem om de twee weken om zijn wiskunde bij te schaven gedurende een half jaar om dan terug – je mag dan een tweede kans doen bij de Lijn – om dan zijn examens te doen.” (F1 P2)*

## **Ga voor langdurige begeleiding**

In het huidige systeem stopt het werk van de arbeidscoach min of meer vanaf het moment van een tewerkstelling. In de meeste situaties is er nog een periode van 'nazorg', maar dit is steeds beperkt in duur en intensiteit. Alle zorgverleners en ervaringsdeskundigen geven aan dat er in sommige situaties toch nood is aan intensieve coaching, ook wanneer de persoon opnieuw aan het werk is. Dit kan gaan

over het onderhandelen met de werkgever bij een probleem, het coachen op de werkvloer van bepaalde vaardigheden of de mogelijkheid aanbieden om bepaalde zaken te bespreken na de werkuren. Als het tot een einde tewerkstelling komt, kan dit gaan over het opnieuw oppikken van de coaching en samen de zoektocht starten naar een nieuwe job.

*“Achteraf als je dan een job hebt dan uiteindelijk en je voelt u eigen niet goed in die job, kan je ook niet meer terecht terug bij hen. Omdat [die organisatie] dan enkel maar is voor mensen zonder werk en dat vind ik ook wel nadelig”. (F3 P5)*

### **Connecteer met het netwerk**

De arbeidscoach is iemand die dicht bij zijn klant staat, maar die ook de spil in het netwerk van de klant kan zijn. Het netwerk van de klant mag breed geïnterpreteerd worden en omvat onder andere de adviserend arts van de mutualiteit, over de familieleden, over de werkgevers, over de vakbonden,..

De soorten contacten die de arbeidscoach met het netwerk heeft, kunnen eveneens heel divers zijn: objectieve vragen rond uitkeringen, vermindering van het aantal uren bij de werkgever of het bemiddelen in een conflict op de werkvloer. In al deze contacten wordt de klant idealiter zo veel mogelijk betrokken. Er worden niets gedaan zonder zijn of haar medeweten en de klant is zoveel als mogelijk aanwezig tijdens deze contacten.

### **Geef de nodige informatie**

De arbeidscoach is de bron van informatie voor de klant over alles omtrent werk. Het is niet noodzakelijk dat de arbeidscoach alles weet. Bij onduidelijkheid kan informatie samen opgezocht worden, of kan de arbeidscoach de klant ondersteunen om de juiste informatie te verkrijgen. Door de zorgverleners en ervaringsdeskundigen werden enkele voorbeelden gegeven waarover klanten vaak meer informatie willen:

- De verschillende jobs en sectoren op de arbeidsmarkt.
- Recente wetgeving en procedures rond progressieve tewerkstelling en andere systemen van arbeidsre-integratie.
- Ondersteuning naar een zelfstandig statuut .
- De financiële gevolgen van een job op hun inkomsten.

Ervaringsdeskundige F3 P8 vindt het een goed idee dat er bij het begin van een opname in de zorginstelling vrijblijvende infosessies georganiseerd worden rond de mogelijkheden omtrent een traject naar werk. De klant kan hierop aansluiten wanneer hij of zij klaar is voor een terugkeer naar de arbeidsmarkt. Zo'n infosessie zou kunnen helpen om meer voorbereid te zijn en kan de kloof tussen de arbeidsmarkt en de zorgsector verkleinen. Belangrijk is wel de vrijblijvendheid van die infosessie, want voor sommigen is werk nog niet aan de orde in die beginfase.

*“En ik denk mocht er bij een opname dan een basis gelegd worden van: ‘Wat zie je dan wel zitten? Wat zou je graag doen?’ Zodat je dan met een ander pakket zou kunnen binnen komen bij VDAB/GTB. Dus het is echt aan de bron dat er zou kunnen een verandering zijn.[...] Doordat er misschien af en toe infosessies komen van .. VDAB, GTB, IPS, wat dan ook. Want ik denk niet dat iedereen op de hoogte is van de mogelijkheden die je hebt om 20% of 40% te beginnen werken.” (F3 P8)*

Het verstrekken van informatie gaat volgens de zorgverleners en ervaringsdeskundigen ook over het geven van tips over het schrijven van een CV, het opmaken van een motivatiebrief en het voorbereiden op een sollicitatiegesprek. Een extra nood die wordt aangegeven is hoe om te gaan met vragen van de werkgever over hun psychische kwetsbaarheid of hoe de leegtes in hun CV uit te leggen.

*“Ik ben er nu in de 30 en het ongelofelijke knoeiboel dat mijn CV is, daarmee kan ik dat niet meer verstoppen of verzwijgen. Dat is nen enorme struikelblok, ik denk niet dat ik ooit nog ergens kan gaan solliciteren, waar dat ze niet zoiets hebben van: wow, wat is dit? Denk ik, denk ik.” (F3 P9)*

In de focusgroep van de ervaringsdeskundigen leidt dit tot een discussie over het al dan niet open zijn over zijn of haar psychische kwetsbaarheid naar de werkgever. Sommigen zouden dit absoluut niet doen, omdat ze bang zijn voor vooroordelen en het hun kansen op een job verkleint. Anderen zijn wel open tegenover de werkgever, omdat ze willen aangenomen worden voor wie ze zijn. Dergelijke gesprekken tonen de individuele verschillen aan en hoe belangrijk het is om dit alles open te kunnen bespreken.

*“Ik heb dat nooit verborgen gehad, zowel niet mijn fysieke als mijn psychische kwetsbaarheid. Nooit verborgen gehad, altijd dat werk gehad waar ik voor solliciteerde. Ik was daar heel straight-to-the-point toe. [...]. En ik heb ook gezegd van: ik ben trouw aan het bedrijf waar ik kom, waar ik kom werken, en als ik kan, ik zal er altijd zijn. En dat heeft bij mij nooit een probleem gevormd.” (F3 P7)*

## 4. CONCLUSIES

### 4.1 De samenwerking tussen de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten

Binnen de IPS-methode is het belangrijk dat de professionele arbeidsre-integratiediensten een gestructureerde en geïntegreerde samenwerking opzetten en onderhouden met de zorgsector. Uit de focusgroepen blijkt dat de huidige samenwerking tussen de professionele arbeidsre-integratiediensten en de zorgsector zich voornamelijk beperkt tot het individuele niveau. Er is wel een motivatie om deze samenwerking verder uit te bouwen, onder andere door de introductie van een 'mobiele' arbeidscoach en het organiseren van infosessies.

**Maatschappelijke re-integratie is een belangrijk thema bij de zorgverleners.** Deelnemers vanuit de zorgsector gaven aan dat het thema 'werk' belangrijk is voor hun klanten. Afhankelijk van de vraag van de klant zullen zij hier meer of minder intensief op inzetten. In sommige situaties zullen de zorgverleners hun klanten afremmen om hen te beschermen tegen een faalervaring. In andere situaties worden klanten aangemoedigd om stappen naar de arbeidsmarkt te zetten. Dit gebeurt dan meestal via een stapsgewijs voortraject. Enkele zorgverleners durven een klant laten mislukken omdat dit onderdeel is van het groeiproces van een individu.

**De huidige samenwerking tussen de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten situeert zich vooral op individueel niveau, namelijk binnen het traject van een specifieke klant.** Ondanks enkele verschillen tussen de bevraagde zorgorganisaties is er nog geen structurele en geïntegreerde samenwerking tussen de twee sectoren. Sommige instanties hebben bepaalde structuren van communicatie opgezet om casebesprekingen te doen. Hier is voornamelijk flexibiliteit op het gebied van overlegmomenten inplannen belangrijk, met als belangrijkste reden het aspect 'tijd'. Andere zorginstanties hebben geen enkele vorm van samenwerking met de arbeidsre-integratiediensten, waardoor ook hun zicht op de mogelijkheden binnen deze sector beperkt is.

**Naar een geïntegreerde en structurele samenwerking?** Een zorgverlener deed het voorstel om een arbeidscoach te integreren in hun zorgteam als een vast teamlid. Deze arbeidscoach zal focussen op betaald werk, een laagdrempelige begeleiding en het delen van expertise over de arbeidsmarkt. De zorgverleners spreken over een 'mobiele' arbeidscoach, die zijn tijd verdeelt over verschillende zorgpartners en bijvoorbeeld een dag per week voor één organisatie werkt. Deze persoon hoeft niet dezelfde werkgever te hebben als de zorgverleners, maar heeft wel een eigen bureau tussen de collega's en neemt deel aan de teamvergaderingen zodat er een korte communicatielijn is. Er was enige twijfel over de haalbaarheid van dit voorstel, maar de meningen waren voornamelijk positief.

Een aanvulling is het voorstel van de ervaringsdeskundigen om vrijblijvende infosessies te organiseren rond het thema werk bij het begin van hun opname in de zorginstelling. Hierdoor zijn ze reeds ingelicht over de mogelijkheden bij een terugkeer naar de arbeidsmarkt, wat de kloof tussen de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten kan verkleinen. Belangrijk is wel de vrijblijvendheid van deze sessies, niet iedereen is op hetzelfde moment klaar om terug naar werk te gaan.

### 4.2 Meteen naar betaald werk of eerst een voortraject?

De IPS-methode volgt het *place-then-train* principe, een snelle zoektocht naar een betaalde job met zo min mogelijk assessments en trainingen voorafgaand. Uit de focusgroepen blijkt enerzijds dat zorgverleners en ervaringsdeskundigen over het algemeen eerder een stapsgewijs en laagdrempelig voortraject verkiezen. Er is echter geen consensus over hoelang dit voortraject duurt en wat het concreet inhoudt. Anderzijds heeft een traject meteen gericht op een betaalde tewerkstelling ook verschillende voordelen, zoals meer zelfrespect en de financiële vooruitgang. In dit kader werd door

de ervaringsdeskundigen de sterke focus op betaald werk in de huidige maatschappij in vraag gesteld, waardoor ze pleiten voor een opwaardering van niet-betaald werk.

**Geen consensus over voorbereidende stappen naar een betaalde job.** Welke voorbereidende stappen nodig zijn bij het zoeken naar een betaalde job is volgens de ervaringsdeskundigen en de zorgverleners zeer afhankelijk van het individu. Een klant kan bijvoorbeeld gebaat zijn bij een sollicitatietraining, maar daarom niet bij een onbezoldigde stage. Enkele zorgverleners stelden in vraag of bepaalde huidige voortrajecten wel voldoende uitdaging bieden aan de klanten, zoals bijvoorbeeld een hele dag enveloppen toekleven. Het is voor hen belangrijk dat klanten uitgedaagd worden en iets kunnen doen dat binnen hun interessegebied valt. Andere zorgverleners zien de inhoud van zo'n voortraject als ondergeschikt aan de doelstelling. Voor hen is het voortraject een middel om competenties in kaart te brengen en gaat het niet om de opdracht zelf. De ervaringsdeskundigen zelf vinden de inhoud echter doorslaggevend. Assessments en opdrachten opleggen zonder uitdaging en zonder te luisteren naar wat het individu wilt, leiden tot frustratie en weerstand.

**Ondanks een algemene voorkeur voor een stapsgewijs voortraject, zijn er voordelen om meteen naar betaald werk te gaan.** Zorgverleners en ervaringsdeskundigen verkiezen in de meeste situaties een laagdrempelig en onbetaald voortraject. Als dit voortraject goed verloopt, kan de stap naar de reguliere arbeidsmarkt gezet worden.

De voornaamste voordelen van stapsgewijze voortrajecten hangen volgens de zorgverleners en ervaringsdeskundigen samen met het feit dat dit onbetaald is. Dit zorgt voor minder werkdruk, minder stress en een veilige 'probeer' omgeving. Tijdens zo'n voortraject krijgt de klant zicht op zijn valkuilen en kwaliteiten, maar kan hij of zij ook vaardigheden trainen. In tweede instantie is het meer vrijblijvend en flexibel. De klant kan stapsgewijs opbouwen op verschillende domeinen (zoals uren, taken, werkritme, zelfstandigheid, etc.) en werkuren kunnen worden aangepast naargelang de huidige fysieke en psychische toestand. In derde instantie is er volgens sommige ervaringsdeskundigen meer tijd en ruimte voor begeleiding. De rol van deze begeleiding is zeer divers, waaronder onderhandelen met de werkgever, valkuilen mee bewaken of *coaching-on-the-job*.

Meteen een traject naar betaald werk heeft echter ook enkele voordelen volgens de zorgverleners en ervaringsdeskundigen. In dit geval juist omdat dit traject focust op betaald werken. Sommige mensen willen zo snel mogelijk weer 'normaal' zijn en betaald worden voor hun geleverd werk. Het hebben van een betaalde job wordt door de deelnemers onmiddellijk gelinkt aan financiële vooruitgang, het herontdekken van de identiteit, het creëren van toekomstperspectieven, respect krijgen en terug verantwoordelijkheden kunnen opnemen.

**Betaald werken versus niet-betaald werken.** In de focusgroep van de ervaringsdeskundigen leeft het gevoel dat de huidige maatschappij een sterke focus heeft op betaald werken, terwijl bijvoorbeeld vrijwilligerswerk, mantelzorg of zorgen voor de kinderen zeker even nuttig zijn. Trajecten die louter focussen op betaald werken worden dan ook met de nodige argwaan bekeken door enkele ervaringsdeskundigen. De insteek bij deze trajecten mag niet zijn dat de maatschappij zo snel mogelijk geen uitkering meer hoeft te betalen, maar moet steeds vertrekken vanuit de wens en de mogelijkheden van de klant.

### 4.3 Wat met de andere IPS-basisprincipes?

Naast de twee uitgelichte basisprincipes volgt IPS nog andere basisprincipes. In de focusgroepen pleiten de zorgverleners en ervaringsdeskundigen voor verschillende aspecten die eveneens expliciet aangegeven worden in de overige IPS-criteria. Voorbeelden hiervan zijn een traject op maat van de klant, langdurige begeleiding en inzetten op het werkgeversnetwerk. Aanvullend pleit een ervaringsdeskundige voor een meer flexibele en zorgzame arbeidsmarkt –voor iedereen - die minder gericht is op louter economische groei en prestaties.

**Zero-exclusion.** Iedereen met een psychische kwetsbaarheid die gemotiveerd is om te werken, kan een IPS-traject opstarten ongeacht diagnose, ernst van symptomen of opname. Dit sluit aan bij de bezorgdheid van enkele zorgverleners dat in het huidige Vlaamse model bepaalde doelgroepen uitgesloten worden van begeleiding naar werk, waaronder actieve drugsgebruikers. Er wordt door hen gepleit voor een systeem van *zero-exclusion* waarbij het individu centraal staat, zodat iedereen dezelfde kansen krijgt op gebied van arbeidsre-integratie.

**De wens van de klant staat centraal.** Een IPS-coach vraagt steeds naar de wensen en dromen van de klant om van daaruit samen volgende stappen in het traject te zetten. Door alle zorgverleners en ervaringsdeskundigen werd dit als een onmisbaar onderdeel van een goede begeleiding gezien. De arbeidscoach mag bedenkingen meegeven, maar de klant bepaalt zelf de inhoud en het tempo van zijn traject.

**Ondersteuning rond werk en inkomen.** Een IPS-coach geeft informatie over de gevolgen van betaald werken op de inkomsten van de klant. Zorgverleners en ervaringsdeskundigen geven aan dat de arbeidscoach de bron van informatie is over alles wat gelinkt is met werk. Dit gaat verder dan inkomens gerelateerde vragen, maar gaat ook over bestaande jobs, sectoren, opleidingen, wetgevingen, procedures, opstellen van een CV, voorbereiden van het sollicitatiegesprek, etc.

**Onbeperkte duur.** Binnen een IPS-traject blijft ook na het vinden van een betaalde job individuele begeleiding beschikbaar zolang als nodig. Dit is in contrast met het huidige systeem waar de begeleiding eindigt bij een tewerkstelling. Eventueel is er nog een korte periode van 'nazorg', maar dit is steeds beperkt in duur en intensiteit. Alle zorgverleners en ervaringsdeskundigen geven aan dat er in sommige situaties een nood blijft voor intensieve coaching wanneer de persoon aan het werk is.

**Netwerk van werkgevers.** Een IPS-coach bouwt een werkgeversnetwerk uit in zijn regio, heeft zicht op openstaande vacatures en kent de noden van de werkgevers. Dit sluit aan bij de vraag van verschillende zorgverleners en ervaringsdeskundigen naar werkgevers die rekening houden met de psychische kwetsbaarheid. Volgens hen is net het vinden van dergelijke werkgevers de grote moeilijkheid. Bovendien bestaan er nog steeds veel vooroordelen tegenover mensen met een psychische kwetsbaarheid, en is de kans op pestgedrag of roddelen groter.

Een ervaringsdeskundige trekt deze discussie verder open en pleit voor een meer flexibele en zorgzame arbeidsmarkt voor iedereen - niet enkel voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Onze maatschappij is erg gericht op presteren, wat ertoe leidt dat steeds meer mensen ziek thuis blijven vanwege een psychische problematiek. Als mensen de mogelijkheid krijgen om bijvoorbeeld een extra pauze te nemen of tijdelijk minder uren te werken bij een ingrijpende gebeurtenis, dan kunnen heel wat ernstige psychische problemen vermeden worden.

## 5. DISCUSSIE

### 5.1 Verbinding tussen resultaten en onderzoek

#### 5.1.1 De 'mobiele' IPS-coach: een samenwerkingsmodel op maat

In België is een volledig geïntegreerde samenwerking tussen de zorgsector en de professionele arbeidsre-integratiediensten niet vanzelfsprekend, omdat deze diensten onder verschillende federale en Vlaamse instanties vallen. Op federaal niveau zijn welzijn en werk een bevoegdheid van drie Federale Overheidsdiensten (FOD): de *FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal overleg*; de *FOD Sociale Zekerheid* en de *FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu* (Belgische Federale Overheidsdiensten, 2019). Op Vlaams niveau vallen ze onder twee instanties, respectievelijk het *Departement Werk en Sociale Economie* & het *Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin* (Knaeps, 2013).

Het federaal IPS-pilootproject stelde in Vlaanderen GTB aan als implementatiepartner, waardoor de IPS-coaches en de zorgpartners niet onder dezelfde werkgever vallen. Hoewel een volledig geïntegreerde aanpak een sterkere wetenschappelijke basis heeft, zijn er positieve precedentes voor het Vlaamse samenwerkingsmodel. Inspiratie kan gehaald worden uit de *'Massachusetts Supported Employment and Education Service'*. De arbeidsre-integratiedienst werkte er als een afzonderlijk team, maar er waren wekelijks overlegmomenten met het zorgteam (Sherring et al., 2010). Ook in het Australische VETE project, waar de *'enhanced intersectoral links approach'* gevolgd werd, was een samenwerking succesvol door het opzetten van formele en informele communicatiestructuren tussen de betrokken diensten (Frost et al., 2008; King et al., 2006; Knaeps, 2015; Sherring et al., 2010; Waghorn et al., 2007).

De resultaten van de focusgroepen tonen aan dat de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten momenteel niet geïntegreerd samenwerken in de bestudeerde regio. Ondanks verschillen tussen de bevraagde organisaties situeert de bestaande samenwerking zich vooral op individueel niveau, namelijk binnen het traject van een klant. Daarnaast vindt gezamenlijk overleg meestal *ad hoc* plaats, en is het afhankelijk van de noden. Knaeps et al. (2011b) kwamen tot gelijkaardige bevindingen in hun onderzoek. Volgens hen is er meestal wel sprake van een overdrachtsgesprek tussen de zorgverlener en de arbeidscoach bij de opstart van een re-integratietraject, maar nadien wordt er onderling weinig afgestemd en is er een beperkte uitwisseling van informatie. De Greef (2015) vult aan dat de redenen meestal praktisch van aard zijn, zoals een hoge werkdruk en geen tijd om zich te verplaatsen.

Voor de implementatie van het federale IPS-pilootproject werd door het RIZIV een 'lastenboek van de IPS-begeleider'<sup>21</sup> ontwikkeld, inclusief concrete richtlijnen voor een gestructureerde en geïntegreerde samenwerking. Dit lastenboek is gebaseerd op de IPS-getrouwheidsschaal en maakt de link naar de Belgische context (RIZIV, 2017). Het voorstel van enkele zorgverleners uit de focusgroepen - om een 'mobiele' arbeidscoach te integreren in het zorgteam die is tewerkgesteld onder een andere werkgever - past binnen dit lastenboek en de twee categorieën van de IPS-getrouwheidsschaal die gelinkt zijn aan het basisprincipe van een geïntegreerde samenwerking.

De eerste categorie zegt dat IPS-coaches deel uitmaken van maximaal twee zorgteams, waarbij 90% van hun caseload afkomstig is uit deze teams (Kenniscentrum Phrenos, 2015). Het lastenboek ziet dit eveneens als richtlijn, maar merkt op dat de onderzoeksfase een uitzondering is. Deze onderzoeksfase analyseert 1.200 trajecten over een periode van 5 jaar, waarbij de aanmeldingen niet komen uit de zorgteams waar de IPS-coach bij aansluit, maar vanuit de adviserend artsen van de mutualiteit (RIZIV, 2017; RIZIV, 2018a).

---

<sup>21</sup> Interne bron (niet publiek toegankelijk) van het RIZIV



De tweede categorie omvat vijf subcategorieën, die in grote lijnen terug te vinden zijn in het lastenboek en bij het voorstel van de zorgverleners (Kenniscentrum Phrenos, 2015):

- De arbeidscoach woont wekelijks teamvergaderingen bij van het zorgteam.
- De arbeidscoach participeert actief in teambesprekingen.
- Documentatie omtrent het arbeidsre-integratietraject is geïntegreerd in het behandelplan van de zorgpartner.
- De werkplek van de arbeidscoach is vlakbij de zorgverleners.
- De arbeidscoach denkt met de zorgverleners na over werk van mensen waar nog geen traject van loopt.

Hoge getrouwheidsscores behalen op deze twee categorieën – met een niet- volledig geïntegreerde samenwerking - is mogelijk, maar onderzoek toont aan dat dit enkele hindernissen met zich mee brengt (King et al., 2006; Vukadin et al., 2018). Deze hindernissen zullen waarschijnlijk ook voorkomen bij zowel het idee van de zorgverleners uit de focusgroepen als bij de implementatie van het IPS-pilootproject in de Vlaamse context:

- Er is een risico op een structurele communicatiekloof tussen beide diensten.
- Het vergt meer kosten en tijd om communicatie te onderhouden en elkaar te zien.
- Het zal meer energie kosten om trajecten blijvend op elkaar af te stemmen.
- De privacy van klanten en het beroepsgeheim vormen mogelijk een probleem.
- Er kunnen zich moeilijkheden voordoen bij de praktische organisatie van gezamenlijk overleg.

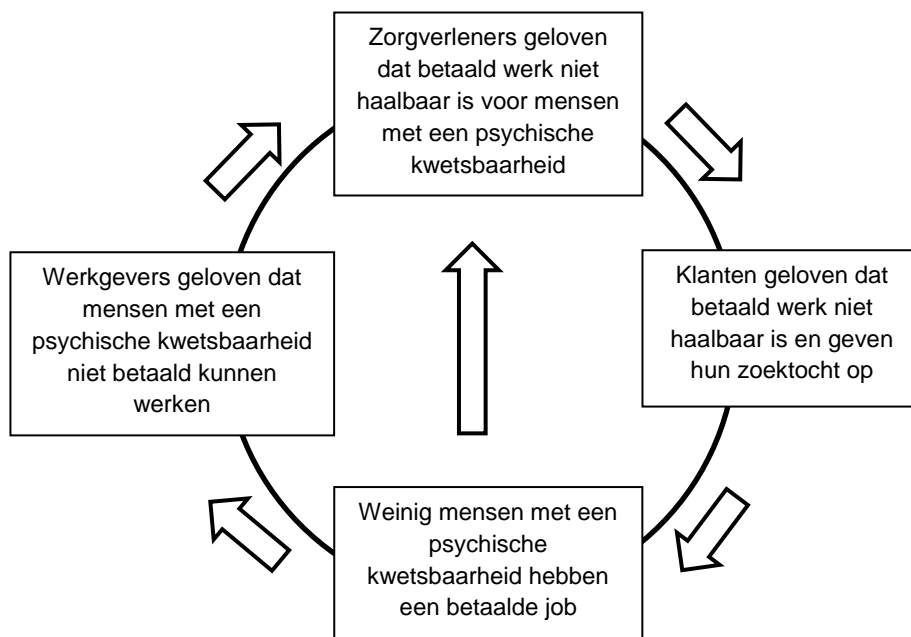
Ondanks het complexe institutioneel kader in België, een niet-volledig geïntegreerd samenwerkingsmodel en de huidige beperkte samenwerking tussen de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten, wijst het voorstel van een 'mobiele' arbeidscoach op een engagement vanuit de zorgsector naar een nauwere samenwerking. Het 'lastenboek' van het federale IPS pilootproject en de IPS-getrouwheidsschaal bieden richtlijnen om een succesvol samenwerkingsmodel uit te bouwen - aangepast aan de Vlaamse setting. Beide sectoren kunnen hierdoor elkaars werking beter leren kennen en meer vertrouwen krijgen in elkaars expertise. Dankzij de literatuur is men tenslotte reeds op de hoogte van mogelijke hindernissen voor dit samenwerkingsmodel, zodat men samen proactief kan nadenken over oplossingen.

### **5.1.2 Een langzame evolutie naar het *place-then-train* principe?**

Uit de focusgroepen bleek dat sommige zorgverleners bepaalde klanten eerder zullen afremmen in het zoeken of terug opnemen van een betaalde job. Zij doen dit steeds uit goede bedoelingen, namelijk het voorkomen van hervat of faalervaringen. De internationale literatuur bevestigt dat de zorgsector voorzichtig is wat betreft een werkhervatting voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Een enquête uitgevoerd in Londen stelde vast dat 44% van mensen met een psychische kwetsbaarheid, die momenteel betaald werken, door hun zorgverleners werden geadviseerd om niet te gaan werken (Rinaldi et al., 2008). En hoewel zorgverleners algemeen geloven in een succesvolle arbeidsre-integratie van bijvoorbeeld mensen met een psychosegevoeligheid, vertalen ze dit niet naar hun eigen caseload. Bij twee derde van hun eigen klanten beschouwen ze het als niet-realistisch om stappen naar betaald werk te zetten (Marwaha, Balachandra & Johnson, 2009). Deze situatie wordt in de literatuur aangeduid door het '*interpersonal expectancy effect*', ook wel bekend onder varianten zoals de *selffulfilling prophecy* of het *Rosenthal effect* (Knaeps, 2015; Rinaldi et al., 2008).

*“An interpersonal expectancy effect occurs when a person, acting in accordance with a set of expectations, treats another person in such a manner as to elicit behavior that tends to confirm the original expectations.” (Harris & Rosenthal, 1988, pp.1-2)*

Wanneer zorgverleners een beperkt geloof hebben in de haalbaarheid van een betaalde job voor hun klanten, sturen zij impliciet het gedrag en de verwachtingen van hun klanten én van werkgevers. Een klant die niet ondersteund wordt, geeft de zoektocht sneller op waardoor er minder mensen met een psychische kwetsbaarheid aan het werk zijn. Dit bevestigt het idee opnieuw van de zorgverleners, maar ook het idee van werkgevers dat mensen met een psychische kwetsbaarheid niet kunnen werken (Goscha, Kondrat & Manthey, 2013; Harris & Rosenthal, 1988; Rinaldi & Perkins, 2007; Rinaldi et al., 2008). Figuur 3 geeft deze vicieuze cirkel weer.



**Figuur 3: Vicieuze cirkel van lage verwachtingen.** Aangepast van "Individual Placement and Support: from Research to Practice", door Rinaldi et al., 2008, *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(1), p. 51

Wanneer iemand wel gestimuleerd wordt om stappen naar werk te zetten, lijken ervaringsdeskundigen en zorgverleners over het algemeen de voorkeur te geven aan een stapsgewijze opstap. De belangrijkste redenen die ze hiervoor aanhalen zijn de flexibiliteit qua uren en taken, de vrijblijvendheid en het trainen van vaardigheden. Aanvullend was er overeenstemming dat een voortraject meer ruimte en tijd biedt voor begeleiding.

Onderzoek van Knaeps (2011a, 2015) bevestigt dat er in Vlaanderen, door zowel de zorgsector als de arbeidsre-integratiediensten, gefocust wordt op laagdrempelige voortrajecten in een traject naar betaald werk. Beiden oriënteren voornamelijk richting maatwerkbedrijven, opleidingen en onbezoldigde stages om nadien pas te zoeken naar een betaalde job. Maar ook in andere landen, zoals Zweden, kijken zorgverleners sceptisch naar een onmiddellijke zoektocht naar een betaalde job (Hasson et al., 2011).

Toch vinden sommige zorgverleners in de focusgroep dat er ook al eens een risico mag genomen worden. Een klant – als hij of zij het zelf wilt uiteraard – mag al eens springen en falen. Mislukken is volgens hen iets werkbaar, waaruit de klant kan leren. Meteen een zoektocht naar betaald werk kan bovendien de motivatie van de klant ten goede komen, het zelfvertrouwen doen toenemen en een gevoel van ‘normaliteit’ geven.

Internationaal onderzoek bevestigt de evolutie dat meer en meer mensen de voordelen van betaald werken inzien, ook voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Werken draagt bij tot het herstel, voorziet in onafhankelijke inkomsten, geeft een doel aan het leven en versnelt de maatschappelijke re-integratie (Boardman et al., 2003; Eklund et al., 2004; Itinera Institute, 2013).

Binnen de focusgroepen was er geregeld verwarring omtrent een traject meteen naar betaald werk. Is er dan nog begeleiding mogelijk bijvoorbeeld? Een duidelijke omschrijving van het *place-then-train* principe is misschien relevant. Dit principe streeft zo snel mogelijk naar een betaalde job, maar er is de mogelijkheid van intensieve ondersteuning en het traject naar werk is op maat en tempo van de klant. Het is met andere woorden niet zomaar een traject naar betaald werk zonder meer.

De ondersteuning die samen gaat met het *place-then-train* principe vertoont bovendien veel gelijkenissen met de ideeën gegeven door de zorgverleners en ervaringsdeskundigen omtrent de 'ideale' begeleiding (Burns et al., 2007; Steenssens et al., 2008; Vandermeerschen, 2007; Van Weeghel & Michon, 2018).

- *Zero exclusion*: iedereen die wil werken, kan een traject opstarten.
- De inhoud en de snelheid van het traject worden bepaald door de klant; bepaalde voorbereidingen zoals het opstellen van een job profiel zijn mogelijk.
- De arbeidscoach werkt aanklampend en laagdrempelig: huisbezoeken of wekelijks contact zijn mogelijk.
- Begeleiding kan blijven doorlopen tijdens de job en wordt bij beëindiging van een contract gewoon weer opgepikt indien gewenst.
- De arbeidscoach is de spil in het privé en professioneel netwerk, ook met werkgevers.
- De nodige informatie wordt gegeven aan de klant zodat deze gedragen keuzes kan maken over de volgende stappen in zijn traject naar werk.

Kan het *place-then-train* principe dan misschien een waardig alternatief zijn voor de stapsgewijze voortrajecten? Het combineert immers een snelle zoektocht naar een betaalde job met intensieve en langdurige begeleiding volgens de wensen van de klant. Het is mogelijk dat meer duiding over het *place-then-train* principe kan leiden tot meer bekendheid en een groter draagvlak. Het IPS-pilootproject is nog maar in opstart, maar hier ligt waarschijnlijk een belangrijke opdracht.

Een kanttekening hierbij is de onduidelijkheid omtrent de impact van Vlaamse contextuele factoren – zoals de arbeidswetgeving en het uitkeringssysteem - op het *place-then-train* principe. Het kan zijn dat deze factoren implementatie van dit principe bemoeilijken, zoals in Zweden het geval was (Hasson et al., 2011). Indien aanpassingen zouden gedaan worden aan bepaalde Vlaamse contextuele factoren, is het echter noodzakelijk dat de wensen & noden van de klant prioritair blijven; en niet louter het nastreven van positieve resultaten voor het *place-then-train* principe.

Ervaringsdeskundigen en zorgverleners waren in de focusgroepen voornamelijk voorstander van een laagdrempelig voortraject als eerste opstap naar een betaalde job. Ze zien echter ook voordelen van een onmiddellijke zoektocht naar een betaalde tewerkstelling. Bovendien toont de begeleiding die mogelijk is bij het *place-then-train* principe sterke gelijkenissen met hun ideeën over de 'ideale' begeleiding naar werk. Dit biedt eventueel een opening voor het *place-then-train* principe, waarbij sensibiliseren een belangrijke opdracht lijkt voor het IPS pilootproject. Tenslotte is er nog onduidelijkheid omtrent de impact van de Vlaamse context op de implementatie van het *place-then-train* principe. Verder onderzoek hiernaar is gewenst.

### **5.1.3 De superioriteit van betaald werk in vraag gesteld**

In de inleiding van dit onderzoek werd 'werken' afgebakend door te focussen op betaald werk. Men wou hierdoor geen afbreuk doen aan andere vormen van werken, maar vrijwilligerswerk werd zo wel

onbedoeld achteruitgeschoven als gesprekstema. In de focusgroepen bleek dat de ervaringsdeskundigen dit net een belangrijk topic vonden. De sterke focus op betaald werk trekt zich volgens hen immers door in de hele maatschappij, waardoor een betaalde job vandaag een voorwaarde lijkt om gerespecteerd te worden (Van Audenhove & Wilmotte, 2004; Vander Weele, 2017).

Hoewel ervaringsdeskundigen en zorgverleners verschillende voordelen van een betaalde job aanhalen en voorbeelden geven van 'goede' werkgevers, willen of kunnen niet alle ervaringsdeskundigen de stap naar betaald werk zetten. Deze bevindingen komen overeen met het onderzoek van Knaeps (2015) in Vlaanderen. In zijn onderzoek ambieert 45% van de ondervraagde patiënten een betaalde job op de lange termijn, tegenover 36% op korte termijn. Een groot deel zal dus niet betaald werken, maar voor hen is een bepaalde vorm van niet-betaalde arbeid mogelijk wel geschikt.

De redenen om niet te willen of kunnen werken variëren individueel en zijn sterk uiteenlopend. Zowel zorgverleners als ervaringsdeskundigen halen verschillende aspecten aan, waaronder de tijdsdruk, lange werkuren, moeilijke werk-privé balans, beperkte autonomie of een overmatige focus op prestaties. Onderzoek bevestigt deze risico's en zegt dat sommige 'slechte' jobs de gezondheid negatief beïnvloeden, aanleiding kunnen geven tot stress en net psychische problemen veroorzaken (Dollard et al., 2007; Itinera Institute, 2013; Steenssens et al., 2008; Vandermeerschen, 2007).

Niet-betaald werk vinden de ervaringsdeskundigen even nuttig als betaald werk, en soms zelfs nuttiger. Waarom wordt zorg voor de kinderen, vrijwilligerswerk of mantelzorg zo weinig naar waarde geschat? In het BBP bijvoorbeeld wordt niet-betaald werk letterlijk niet meegeteld (Bleys & Van der Slycken, 2018). Vanuit de literatuur wordt deze mening steeds vaker gedeeld. Enkele auteurs ontdekten dat sommige mensen hun eigen betaalde job minder nuttig vinden dan bepaalde vormen van niet-betaald werk. Maar mensen blijven deze job doen uit financiële noodzaak en/of status (Bregman, 2017; Graeber, 2018). Een recent onderzoek door Dahlgreen (2015) in Engeland toonde aan dat 37% van de Britse werknemers zijn of haar betaalde job geen meerwaarde vindt voor de maatschappij.

De grote vraag is hoe een opwaardering van niet-betaald werk kan worden bereikt in een samenleving waar alles gemeten wordt in monetaire en economische termen. Bleys & Van der Slycken (2018) pleiten bijvoorbeeld voor een vervanging van het BPP door de *Index of Sustainable Economic Welfare* (ISEW). Dit is een index waarin een geschatte waarde van huishoudelijke arbeid en vrijwilligerswerk wordt toegevoegd aan de private bestedingen. Dit kan leiden tot een opwaardering van niet-betaald werk, omdat ze dan letterlijk wel 'meetellen'.

Betaald werk mag als streefdoel niet opzij gezet worden, omwille van de vele voordelen die het heeft voor de mens en de maatschappij. Vele betaalde jobs zijn immers 'goede' jobs, ook voor mensen met een psychische problematiek. Maar niet-betaald werk moet wel naar zijn waarde geschat worden en dat is momenteel niet het geval. In een maatschappij waarin alles bekeken wordt in monetaire termen zal het een uitdaging zijn om niet-betaald werk in waarde te doen stijgen. Bleys & Van der Slycken (2018) zetten met hun voorstel van een ISEW een stap in de goede richting, maar andere initiatieven zullen onderzocht moeten worden.

#### **5.1.4 Een blik op de arbeidsmarkt van morgen**

Onderzoek door de OESO (2013) toont aan dat de werkloosheidcijfers van mensen met een psychische problematiek in België gemiddeld twee tot drie keer hoger liggen dan bij personen zonder psychische kwetsbaarheid. De laatste cijfers in België dateren van 2008, waarbij de werkloosheidsgraad van mensen met een psychische kwetsbaarheid zich bevond op 18%, tegenover 7% voor mensen zonder een psychische kwetsbaarheid. Dit heeft tot gevolg dat mensen met een

psychische problematiek meer risico hebben om in relatieve inkomensarmoede te belanden tegenover de rest van de Belgische bevolking (OESO, 2012; Steunpunt Werk, 2017).

Op de arbeidsmarkt van de toekomst, is reeds duidelijk dat jobs, taken en sectoren sterk zullen veranderen door de toenemende digitalisering en automatisering. De kans op een toenemende *mismatch* op de arbeidsmarkt wordt daardoor groot: bepaalde competenties worden schaarser, andere zullen minder nodig zijn. Onderzoek adviseert werkgevers om af te stappen van hun zoektocht naar de ideale kandidaat. De gevraagde competenties zullen zo snel wijzigen, dat werkgevers vooral moeten rekruteren op interesses en attitudes met een focus op levenslang leren (Ford, 2015; Janssens, 2018; Sels, Vansteenkiste & Knipprath, 2017).

Hoe zal dit de werkgelegenheidskansen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid beïnvloeden? Uitsluitel hierover is er niet, maar onderzoek door Richter en Hoffmann (2019) geeft een eerste indicatie. Zij onderzochten de effectiviteit van de IPS-methode over de periode van 1990 tot 2015. Hun conclusie was dat de effectiviteit van de IPS-methode is gedaald sinds 1990. De periode tussen 2008-2015 kende de sterkste daling, met als voornaamste reden de automatisering en digitalisering van de arbeidsmarkt. Volgens hen worden mensen met een psychische kwetsbaarheid door deze veranderende eisen sterker getroffen dan anderen.

De auteurs Richter en Hoffman (2019) stellen in hun onderzoek voor om de IPS-methode aan te passen aan de veranderende arbeidsmarkt. Hun voornaamste voorstel is het verder ontwikkelen van een 'toegevoegde IPS'. Dit kan betekenen dat de IPS-methode gecombineerd wordt met een training in sociale en/of digitale vaardigheden, een psychomotorische training of cognitieve gedragstherapie (Knapen et al., 2018; Richter & Hoffmann, 2019; Tsang, 2003; Vázquez-Estupinan, Durand-Arias, Astudillo-García & Madrigal, 2018). Een voorbeeld in België is het *I Care*-concept dat in 2010 werd ontwikkeld door Liv aan het werk<sup>22</sup>. Dit concept bestaat uit een SE arbeidsre-integratietraject voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, in combinatie met mentale en psychomotorische training (Knapen et al., 2018; Liv aan het werk, 2019).

Het is echter mogelijk dat zelfs een 'toegevoegde IPS' geen oplossing biedt voor mensen met een psychische problematiek op de arbeidsmarkt van de toekomst. Om hoge werkloosheidscijfers voor deze groep te vermijden is breder denkwerk nodig. Steeds vaker wijzen onderzoekers op blijvende of erger wordende problemen, waarbij niet-gestructureerde antwoorden onvoldoende zullen zijn. Voorbeelden hiervan zijn de continue toename van mensen met een psychische problematiek, de lagere tewerkstellingscijfers en een zeer complex uitkeringssysteem.

Dit zet onderzoekers aan tot *out-of-the-box* denken. Een vaak gesuggereerde denkpiste is de invoering van een universeel basisinkomen: "*Een vast bedrag dat aan iedereen individueel en levenslang wordt toegekend en dit zonder voorwaarden*" (Lijnen, 2017, p.24). Het debat hieromtrent leidt continu tot nieuwe inzichten en geregeld komen er varianten bij, zoals de negatieve inkomensbelasting, basisbanen of een 'robotdividend' (Bregman, 2017; Ford, 2015; Janssens, 2018; Lijnen, 2017; Sels et al., 2017; Somers, 2019; Widerquist, 2018). Als men kijkt naar de mogelijke voordelen van dit systeem in combinatie met de huidige problemen en de toekomstige uitdagingen van onze arbeidsmarkt, verdient het idee verder experimenteerwerk binnen de Vlaamse context.

---

<sup>22</sup> "Liv aan het werk" is een Limburgs GOB, en volgens hun website: "*gespecialiseerd in de re-integratiebegeleiding en bemiddeling van personen met een psychische kwetsbaarheid*" (Liv aan het werk, 2019)

## 5.2 Beperkingen, suggesties en aanbevelingen

### 5.2.1 Beperkingen

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen en aandachtspunten die in rekening moeten worden genomen bij het doornemen van de resultaten en analyses. De belangrijkste worden hier kort meegegeven.

Kwalitatief onderzoek is in zekere mate onderhevig aan interpretatie en vooroordelen van de onderzoeker. Er werd geprobeerd zo dicht mogelijk bij de gesprekken te blijven aan de hand van een diepgaande thematische analyse, waarin de gesprekken volledig getranscribeerd werden. Daarnaast werden de interviews en analyses nagelezen door Saskia Decuman, een experte op het gebied van kwalitatief onderzoek. Het is echter niet haalbaar om eigen interpretaties en vooroordelen voor 100% te vermijden.

De mogelijkheid bestaat dat deelnemers sociaal wenselijk hebben geantwoord op bepaalde vragen. Mijn eigen dubbelrol als IPS-coach en onderzoeker verhoogde mogelijks deze kans. Er werd geprobeerd dit risico te reduceren door een veilig klimaat te creëren bij het begin van de gesprekken, door aan te geven dat de gesprekken geleid worden vanuit de rol van onderzoeker en door het trechtermodel van Morgan te volgen.

In een focusgroep is het een uitdaging om iedereen aan het woord te laten komen. Hier werd op gelet, maar onvermijdelijk gaven bepaalde personen meer input dan anderen. Daarnaast zijn polarisatie en hiërarchische relaties mogelijke hindernissen (Evers, 2015; Van Der Donk & Lanen, 2017). Hiërarchie probeerde men te vermijden door de zorgverleners in een andere groep te zetten dan de ervaringsdeskundigen. Van een mogelijke informele hiërarchie binnen de focusgroepen was de onderzoeker echter niet op de hoogte. Daarnaast werd getracht om polarisatie te beperken door herhaling van bepaalde harde standpunten af te blokken en openheid te creëren voor afwijkende meningen.

In totaal werden 46 mensen uitgenodigd voor dit onderzoek, waarvan enkel zorgverleners uit de regio Halle-Asse-Vilvoorde en ervaringsdeskundigen vanuit de werkgroep DENK in de regio Halle-Vilvoorde-Leuven. Dit maakt dat de uitgenodigde groep niet representatief is voor de zorgverleners en ervaringsdeskundigen over heel België, zelfs niet over Vlaanderen of over Vlaams Brabant.

Bovendien waren van de 46 uitgenodigde personen, slechts 20 aanwezig op de focusgroep. Dit kan eveneens voor een vertekening zorgen. Personen die aanwezig waren, hebben mogelijk meer interesse in het onderzoeksthema en beschouwen dit topic als een prioriteit, waardoor het kan dat zij een andere mening hebben dan collega's die niet aansloten.

De focusgroepen gingen dieper in op de werkhervatting van personen met een psychische problematiek. Hoewel door enkele zorgkundigen werd gewezen op de invloed van de ernst, duur of diagnose van de problematiek, werd niet verder doorgevraagd op verschillen binnen de doelgroep. Ook andere thema's werden niet verder onderzocht, zoals bijvoorbeeld hoe een psychische kwetsbaarheid te verwoorden naar werkgevers of hoe een meer zorgzame arbeidsmarkt te creëren.

### 5.2.2 Suggesties en aanbevelingen ...

#### ***... over een structurele samenwerking tussen alle stakeholders***

Een manier om de kloof tussen zorg en werk te verkleinen is het organiseren van vrijblijvende infosessies in de zorginstelling over de mogelijkheden omtrent arbeidsre-integratie. Hierdoor is de klant vanaf het begin van zijn of haar opname reeds ingelicht over de opties en weet hij of zij wie de contactpersoon is bij concrete vragen rond werk.

De invoering van een 'mobiele' arbeidscoach is een idee dat zowel door de bevroegde zorgverleners als door de IPS-methode wordt gedragen. Overleg tussen zorg en werk kan ertoe leiden dat deze samenwerking verder geïmplementeerd wordt, met draagvlak vanuit beide sectoren.

De privacy van de klant waarborgen zal in het model van een niet-volledig geïntegreerde samenwerking een aandachtspunt zijn. De zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten kunnen dit denkproces samen aan gaan, om op die manier een werkbaar model uit te denken.

Voor een succesvolle werkhervatting van mensen met een psychische kwetsbaarheid is er nood aan informatie van uiteenlopende *stakeholders*. Dit onderzoek had een focus op zorgverleners en ervaringsdeskundigen, maar de meningen van werkgevers, adviserend artsen, uitbetalingsinstellingen en de huidige arbeidsre-integratiediensten zijn ook relevant om verder te onderzoeken.

Daarnaast focuste dit onderzoek enkel op zorgverleners van de regio Halle-Asse-Vilvoorde en ervaringsdeskundigen van de werkgroep DENK. Het zou interessant zijn om zorgverleners en ervaringsdeskundigen uit andere regio's te bevragen over een arbeidsre-integratie voor mensen met een psychische problematiek.

Om werkgevers te overtuigen van het IPS-verhaal zijn verdere projecten en onderzoek nodig. Wat overtuigt hen om iemand met een psychische kwetsbaarheid aan te werven? Bepaalde projecten zoals Werk Ervarings- en Leer Trajecten (WELT)<sup>23</sup> of Algemene Werkgeversvereniging Nederland (AWVN) Inclusief<sup>24</sup> zijn voorbeelden van initiatieven waar verder op dient ingezet te worden.

Onderzoek naar de succesfactoren en valkuilen van een niet-volledig geïntegreerd samenwerkingsmodel tussen de zorgsector en de arbeidsre-integratiediensten in Vlaanderen zou relevant zijn. Deze informatie zal bijdragen tot de wetenschappelijke basis voor dergelijk samenwerkingsmodel en kan de implementatie van toekomstige IPS projecten ondersteunen.

### **... over een snelle zoektocht naar een betaalde job**

Een goede duiding en geregelde informatiesessies over wat het *place-then-train* principe concreet inhoudt, kan het draagvlak voor dit principe – en bij uitbreiding voor de IPS-methode – vergroten. Belangrijk hierbij is dat dit principe niet hetzelfde is als een traject naar betaald werk zonder meer.

In de literatuur over de IPS-methode is er consensus dat langdurige voortrajecten worden vermeden, maar een kortdurend assessment om iemands mogelijkheden in kaart te brengen is wel mogelijk. De grens tussen wat mogelijk is binnen IPS en wat niet, is echter niet altijd even duidelijk. Verder onderzoek zou relevant zijn.

Discriminatie en vooroordelen tegenover mensen met een psychische kwetsbaarheid zijn nog steeds levendig in de maatschappij, ook op de werkvloer. Verder onderzoek hoe de IPS-methode kan helpen deze stigma's te doorbreken zou relevant zijn in het streven naar een inclusieve arbeidsmarkt.

Aanvullend is verder wetenschappelijk onderzoek omtrent het dilemma over (al dan niet) open zijn over de psychische kwetsbaarheid naar een werkgever aangewezen. Bij meer duidelijkheid omtrent dit dilemma is er meer kans op een duurzame tewerkstelling, met zo min mogelijk last van discriminatie en vooroordelen.

---

<sup>23</sup> WELT is een project van het Vlaams netwerk voor Ondernemingen en Kamers van koophandel in Alle sectoren (Voka), waarbij bedrijven samen nadenken over een inclusief personeelsbeleid met aandacht voor kansengroepen (Voka, 2019)

<sup>24</sup> AAVN Inclusief is een Nederlands project van een werkgeversorganisatie "gericht op het verzamelen van kennis en ervaringen, om helder te krijgen hoe werkgevers ondersteund kunnen worden bij het aannemen van iemand met een psychische kwetsbaarheid." (AAVN, 2019).

In dit onderzoek kwam naar boven dat niet iedereen met een psychische kwetsbaarheid een betaalde job ambieert. Verder onderzoek naar de redenen waarom iemand betaald of niet-betaald werk verkiest zijn nodig.

Verder onderzoek naar de impact van de Vlaamse contextuele factoren op de implementatie van het *place-then-train* principe is relevant. Indien aanpassingen zouden gedaan worden aan bepaalde Vlaamse contextuele factoren, is het echter noodzakelijk dat de wensen & noden van de persoon centraal staan en niet louter het nastreven van positieve resultaten voor het *place-then-train* principe.

### **... over de toekomst van de IPS-methode**

Verder onderzoek naar hoe te komen tot een meer zorgzame arbeidsmarkt voor iedereen is relevant. Momenteel neemt het aantal psychische problemen toe – mede door een veeleisende arbeidsmarkt – wat nefast is voor het individu en voor de maatschappij in het algemeen.

Meer onderzoek is nodig naar de gevolgen van digitalisering en automatisering van de arbeidsmarkt op de tewerkstellingskansen van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Mogelijk worden zij harder getroffen door deze wijzigingen, maar het bestaande onderzoek hieromtrent is nog te beperkt om conclusies te trekken.

Aanpassingen aan het IPS-model moeten onderzocht worden, zodat dit model voldoende effectief blijft in de steeds veranderende arbeidsmarkt. Onderzoek naar 'toegevoegde IPS' – inclusief de voordelen en meest recente resultaten – is aangewezen.

Het toenemend aantal mensen met een psychische kwetsbaarheid, de lage tewerkstellingscijfers voor deze groep en het complexe uitkeringssysteem zetten aan tot *out-of-the-box* denken. Ideeën zoals de ISEW of een invoering van een universeel basisinkomen moeten verder onderzocht worden om hun haalbaarheid in kaart te brengen.



## 6. LITERATUURLIJST

- AWVN (2019). *Werkgeversfocus op mensen met een psychische kwetsbaarheid*. Geraadpleegd op 3 april 2019, van <https://www.awvn.nl/werkgeversfocus-op-mensen-met-een-psychische-kwetsbaarheid/>
- Becker, D. R. & Drake, R. E. (1993). *A working life: The Individual Placement and Support (IPS) program*. Concord, United States: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Becker, D.R. & Drake, R.E. (1994). Individual Placement and Support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30 (2), 193 – 206.
- Becker, D.R., Swanson, S.J., Reese, S.L., Bond, G.R., & Mc Leman, B.M. (2015). *Supported Employment Fidelity Review Manual*. Concord, United States: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Belgische Federale Overheidsdiensten (2019). *De federale en programmatorische overheidsdiensten*. Geraadpleegd op 13 april 2019, van [https://www.belgium.be/nl/over\\_belgie/overheid/federale\\_overheid/federale\\_en\\_programmatorische\\_overheidsdiensten](https://www.belgium.be/nl/over_belgie/overheid/federale_overheid/federale_en_programmatorische_overheidsdiensten)
- Belgische Vereniging voor Supported Employment (s.d.). *Over SUEM.be*. Geraadpleegd op 1 mei 2019, van <https://suem.be/>
- Beyer, S., Jordan de Urries, F. & Verdugo, M.A. (2010). A Comparative Study of the Situation of Supported Employment in Europe. *Journal of policy and practice in Intellectual Disabilities*, 7(2), 130-136
- Bleys, B. & Van der Slycken, J. (2018). *De Index voor Duurzame Economische Welvaart (ISEW) voor Vlaanderen, 1990-2016*. Gent, België: MIRA & Universiteit Gent. Geraadpleegd op 5 april 2019, van <https://www.milieurapport.be/publicaties/2018/duurzame-economische-welvaart-in-vlaanderen-evolutie-van-1990-tot-en-met-2016>
- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R., & Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 182(6), 467-468
- Boardman, J., & Rinaldi, M. (2013). Difficulties in implementing supported employment for people with severe mental health problems. *The British Journal of Psychiatry*, 203, 247-249
- Bogaerts, K. & Vandenbroucke, P. (2009). *Inactiviteitsvallen bij personen met psychische problemen*. Geraadpleegd op 24 maart 2019, van <http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/sites/default/files/20091120IVBPM.pdf>
- Bond, G. R. (2004). Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 345-359. doi: 10.2975/27.2004.345.359
- Bond, G.R., Becker, D.R. & Drake, R.E. (2011). Measurement of Fidelity of Implementation of Evidence-Based Practices: Case Example of the IPS Fidelity Scale. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2), 126-41.

- Bond, G.R., Campbell, K. & Drake, R.E. (2012). Standardizing Measures in Four Domains of Employment Outcomes for Individual Placement and Support. *Psychiatric Services*, 63 (8), 751-757
- Bond, G.R., & Drake, R.E. (2014). Making the case for IPS Supported Employment. *Administration and Policy in Mental Health*, 41, 69-73. Doi: 10.1007/s10488-012-0444-6
- Bond, G.R., Drake, R.E., & Becker, D.R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31 (4), 280-290.
- Bond, G.R., Drake, R.E., & Becker, D.R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the U.S. *World Psychiatry*, 11(1), 32-39
- Bond, G.R., Drake, R.E., Becker, D.R., & Noel, V. (2016). Sustaining Individual Placement and Support (IPS) services: the IPS Learning Community. *World Psychiatry*, 15 (1), 81-83
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101.
- Bree, R.T. & Gallagher, G. (2016). Using Microsoft Excel to code and thematically analyse qualitative data: a simple, cost-effective approach. *AISHE-J: The All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 8 (2), 281.1 – 281.14
- Bregman, R. (2017). *Utopia for realists; and how we can get there*. Londen, Engeland: Bloomsbury Publishing Plc.
- Burns, T. & Catty, J. (2008). IPS in Europe: the EQOLISE trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 313-317.
- Burns T., Catty J., Becker T., Drake, R.E., Fioritti, A., Knapp, M., . . . Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 370 (9593), 1146-1152
- Centre for Mental Health (2014). *The IPS fidelity scale*. Geraadpleegd op 16 februari 2019, van <https://www.centreformentalhealth.org.uk/the-ips-fidelity-scale>
- Cimera, R.E., Wehman, P., West, M. & Burgess, S. (2012). Do sheltered workshops enhance employment outcomes for adults with autism spectrum disorder? *Autism*, 16 (1), 87-94
- Cook, J. A., Lehman, A. F., Drake, R., McFarlane, W. R., Gold, P. B., Left, H. S., . . . Grey, D. D. (2005). Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1948-1956. Doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1948
- Dahlgreen, W. (2015). *37% of British workers think their jobs are meaningless*. YouGov, geraadpleegd op 24 maart 2019, van <https://yougov.co.uk/topics/lifestyle/articles-reports/2015/08/12/british-jobs-meaningless>

- Davis, L.L., Kyriakides, T.C., Suris, A.M., Ottomanelli, L.A., Mueller, L., Parker, P.E., . . . , Drake, R.E. (2018). Effect of Evidence-Based Supported Employment versus Transitional Work on Achieving Steady Work Among Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *75*(4), 316–324. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4472
- De Greef, V. (2015). *Welke vooruitzichten voor de professionele re-integratie van RIZIV-verzekerde patiënten met mentale stoornissen?* Geraadpleegd op 1 april 2019, van [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie\\_4\\_mentale\\_stoornissen.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_4_mentale_stoornissen.pdf)
- Dewa, C.S., Loong, D., Trojanowski, L., & Bonato, S. (2018). The effectiveness of augmented versus standard individual placement and support programs in terms of employment: a systematic literature review. *Journal of Mental Health*, *27*(2), 174-183.
- Dienst Psychosociale Gezondheidszorg (2017). *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*. Geraadpleegd op 30 maart 2019, van [www.psy107.be](http://www.psy107.be)
- Dixon, L., Holoshitz, Y., & Nossel I. (2016). 'Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry*, *15*, 13–20.
- Dollard, M., Skinner, N., Tuckey, M. R., & Bailey, T. (2007). National surveillance of psychosocial risk factors in the workplace: An international overview. *Work & Stress*, *21*(1), 1-29.
- Drake, R.E. (1998). A brief history of the individual placement and support model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *22* (1), 3-8.
- Drake, R.E., & Bond, G.R. (2017). Individual Placement and Support: Penetration and New Populations. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *44* (3), 309-310.
- Drake, R.E., Bond, G.R. & Becker, D.R. (2012). *Individual Placement and Support: an Evidence-based Approach to Supported Employment*. Oxford University Press: New York.
- Drake, R.E., Bond, G.R., Thornicroft, G., Knapp, M., & Goldman, H.H. (2011). Mental Health Disability: an international perspective. *Journal of Disability Policy Studies XX(X)*, *23* (2), 1-11.
- Eklund, M., Hansson, L., & Ahlqvist, C. (2004). The importance of work as compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning among persons with long-term mental illness. *Community Mental Health Journal*, *40*(5), 465-477.
- Emino (2018). Geraadpleegd op 20 maart 2019, van [www.emino.be](http://www.emino.be)
- Evers, J. (2015). *Kwalitatief Interviewen: kunst en kunde*. Amsterdam, Nederland: Boom Lemma Uitgevers.
- Fioretti, A., Burns, T., Hilarion, P., Van Weeghel, J., Cappa, C., Sunol, R., & Otto, E. (2014). Individual Placement and support in Europe. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *37*, 123-128
- Ford, M. (2015). *The rise of the robots: Technology and the threat of a jobless future*. New York: Basic Books.

- Frederick, D.E. & Vander Weele, T.J. (2019). *Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support*. *PLOS one*, 14(2), doi:10.1371/journal.pone.0212208
- Frost, B., Morris, A., Sherring, J. & Robson, E. (2008). *Vocational Education, Training and Employment (VETE) pilot project report*. *Psychiatric Rehabilitation Service 2006-2007*. North Sydney, Australia: New South Wales Ministry of Health
- Geestelijk Gezond Vlaanderen (2018). *Feiten & Cijfers*. Geraadpleegd op 9 maart 2019, van <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers>
- Goscha, R., Kondrat, D. C., & Manthey, T. J. (2013). Case Managers' perceptions of consumer work readiness and association with pursuit of employment. *Psychiatric Services*, 64(12), 1267-1269.
- Graeber, D. (2018). *Bullshit jobs : over zinloos werk, waarom het toeneemt en hoe we het kunnen bestrijden*. Amsterdam, Nederland: Uitgeverij Business Contact
- Groep Maatwerk (2019). Geraadpleegd op 16 januari 2019, van <https://www.groepmaatwerk.be/maatwerkbedrijven/over-maatwerkbedrijven>
- GTB (2012). *GTB werkschrift 3: Arbeidsrehabilitatie*. Geraadpleegd op 19 maart 2019, van [https://www.gtb.be/docs/default-source/default-document-library/gtb\\_werkschrift3\\_web.pdf?sfvrsn=2](https://www.gtb.be/docs/default-source/default-document-library/gtb_werkschrift3_web.pdf?sfvrsn=2)
- GTB (2018a). *Historiek*. Geraadpleegd op 9 februari 2019, van <https://www.gtb-vlaanderen.be/over-gtb/historiek>
- GTB (2018b). *Tender Activeringsbegeleiding - TAZ BIS*. Geraadpleegd op 9 februari 2019, van <https://www.gtb.be/winwin/projecten>
- Harris, M.J. & Rosenthal, R. (1988). *Enhancing Human Performance: Background papers, issues of theory and methodology. Chapter 1: Interpersonal Expectancy Effects*. Washington, DC: The National Academies Press. Doi: 10.17226/779
- Hasson, H., Bejerholm, U & Andersson, M. (2011) Barriers in implementation of evidence-based practice: Supported employment in Swedish context. *Journal of Health Organization and Management*, 25 (3), 332-345,
- Hogue, A., Dauber, S., Dasaro, C. & Morgenstern, J. (2010). Predictors of employment in substance-using male and female welfare recipients. *Journal of substance abuse treatment*, 38(2), 108-118. doi: 10.1016/j.jsat.2009.09.003
- Holland, P., Burström, B., Whitehead, M., Diderichsen, F., Dahl, E., Barr, B.,... Uppal, S. (2011). How do macro-level contexts and policies affect the employment chances of chronically ill and disabled people? Part I: The impact of recession and deindustrialization. *International Journal of Health Services*, 41(3), 395-413.
- Itinera Institute (2013). *Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen*. Geraadpleegd op 24 maart 2019, van [http://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2016/10/pdfs/20120701\\_geestelijke\\_gezondheidszorg\\_pvh.pdf](http://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2016/10/pdfs/20120701_geestelijke_gezondheidszorg_pvh.pdf)

- Janssens, G. (2018). *Waardevol werkloos. Maatschappelijke gevolgen van digitalisering, robotisering en artificiële intelligentie*. Leuven, België: Uitgeverij Lannoo Campus.
- Johnson-Kwochka, A.J., Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E., & Greene, M.A. (2017). Prevalence and Quality of Individual Placement and Support (IPS) Supported Employment in the United States. *Administration and Policy in Mental Health*, 44, 311-319
- Karakus, M., Riley, J. & Goldman, H. (2017). Federal policies and programs to expand employment services among individuals with serious mental illnesses. *Administration and Policy in Mental Health*, 44, 339-344
- Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid (2018). *Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden – Werknemersregeling en regeling voor zelfstandigen – 2007-2016*. Geraadpleegd op 11 mei 2019, van [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie\\_du\\_verklarende\\_factoren\\_invaliditeit\\_2007\\_2016.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/studie_du_verklarende_factoren_invaliditeit_2007_2016.pdf)
- Kenniscentrum Phrenos (s.d.). *Individuele Plaatsing en Steun (IPS)*. Geraadpleegd 9 maart 2019, van <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/implementatietrajecten/ips/>
- Kenniscentrum Phrenos (2015, 1 mei). *Modelgetrouwheidsschaal IPS*. Geraadpleegd op 16 maart 2019, van <http://nlwerke-oberdorf.savviihq.com/wp-content/uploads/2016/11/Modelgetrouwheidsschaal.pdf>
- Khalifa, N., Talbot, E., Schneider, J., Walker, D.M., Bates, P., Bird, Y., . . . Völlm, B. (2016). Individual placement and support (IPS) for patients with offending histories: the IPSOH feasibility cluster randomised trial protocol. *BMJ Open*, doi: 10.1136/bmjopen-2016-012710
- King, R., Waghorn, G., Lloyd, C., McLeod, P., McMaha, T., & Leong, C. (2006). Enhancing employment services for people with severe mental illness: The challenge of the Australian service environment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 471–477.
- Kinoshita, Y., Furukawa, T.A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I.M., Marshall, M., ... Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. doi: 10.1002/14651858.CD008297.pub2.
- Knaeps, J. (2013). *GTB Werkschrift 5: Werk Werkt!* Geraadpleegd op 19 maart 2019, van [https://www.gtb-vlaanderen.be/docs/default-source/default-document-library/gtb\\_werkschrift5\\_web.pdf?sfvrsn=2](https://www.gtb-vlaanderen.be/docs/default-source/default-document-library/gtb_werkschrift5_web.pdf?sfvrsn=2)
- Knaeps, J. (2015). *Vocational Rehabilitation: People with mental health problems, Vocational rehabilitation counselors and Mental health practitioners*. Doctoral dissertation. Leuven, België: KU Leuven.
- Knaeps, J., DeSmet, A., & Van Audenhove, C. (2011a). *Nota 1: Ernstige psychische aandoeningen en regulier betaald werk: wat zegt de wetenschap?* Leuven, België: LUCAS-KU Leuven.
- Knaeps, J., DeSmet, A., & Van Audenhove, C. (2011b). *Nota 2: Ernstige psychiatrische aandoeningen en regulier betaald werk: perceptie van begeleiders*. Leuven, België: LUCAS-KU Leuven.

- Knaeps, J., DeSmet, A., & Van Audenhove, C. (2011c). *Nota 3: Ernstige psychiatrische aandoeningen en regulier betaald werk: effectieve principes in de Vlaamse praktijk*. Leuven, België: LUCAS-KU Leuven.
- Knaeps, J., DeSmet, A., & Van Audenhove, C. (2012). An application of the IPS Fidelity Scale in the planning process to implement Supported Employment in Flanders. *Journal of Vocational Rehabilitation, 37*(1), 13-23.
- Knapen, J.J.M., Myszta, A. & Moriën, Y.C.N. (2018). Resultaten van integratie van mentale en psychomotorische training bij arbeidsrehabilitatie voor mensen met psychische aandoeningen. *Tijdschrift voor psychiatrie, 60* (4), 258 – 262.
- Leroy, F., & Ransschaert, W. (2017). *Ik wil gewoon werken! Het maatschappelijk belang van re-integratie na ziekte*. Brugge, België: Die Keure.
- Lijnen, N. (2017). *Win for Life, met het basisinkomen naar vrijheid en creativiteit*. Kalmthout, België: Pelckmans Pro.
- Linnemorken, L.T.B., Sveinsdottir, V., Knutsen, T., Hernaes, K.H., & Reme, S.E. (2018). Protocol for the Individual Placement and Support (IPS) in Pain Trial: A randomized controlled trial investigating the effectiveness of IPS for patients with chronic pain. *BMC Musculoskeletal Disord, 19* (1), doi: 10.1186/s12891-018-1962-5
- Liv aan het werk (2019). *Het I Care-concept van Liv aan het werk: doen wat werkt. Resultaten na acht jaar*. Geraadpleegd op 1 mei 2019, van <https://livaanhetwerk.be/nieuws/het-i-care-concept-van-liv-aan-het-werk-doen-wat-werkt-resultaten-na-acht-jaar/>
- Luciano, A., Drake, R.E., Bond, G.R., Becker, D.R., Carpenter-Song, E., Lord, S., . . . Swanson, S.J. (2014). Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: past, current and future research. *Journal of Vocational Rehabilitation, 40*, 1-13. doi: 10.3233/JVR-130666
- Maguire, M. & Delahunt, B. (2017). Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars. *AISHE-J: The All Ireland Journal of Teaching and Learning In Higher Education, 9* (3), 335.1 – 335.14
- Marino, L. A., & Dixon, L. B. (2014). An update on Supported Employment for people with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry, 27*(3), 210-215.
- Marshall, T., Goldberg, R.W., Braude, L., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., Ghose, S.S., . . . Delphin-Rittmon, M.E. (2014). Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatric Services, 65* (1), 16-23
- Marwaha, S., Balachandra, S., Johnson, S. (2009). Clinicians' attitudes to the employment of people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*, 349–360.
- McLaren, J., Lichtenstein, J.D., Lynch, D., Becker, D., & Drake, R. (2017). Individual Placement and Support for people with Autism Spectrum Disorders: a pilot program. *Administration and Policy in Mental Health, 44*, 365 - 373

- Metcalfe, J.D., Riley, J., McGurk, S., Hale, T., Drake, R.E., & Bond, G.R. (2018). Comparing predictors of employment in Individual Placement and Support: A longitudinal analysis. *Psychiatry Research, 264*, 85-90
- Michon, H., Van Busschbach, J.T., Van Vugt, M. & Stant, A.D. (2011). *Effectiviteit van Individuele Plaatsing & Steun in Nederland; verslag van een gerandomiseerde gecontroleerde effectstudie*. Utrecht, Nederlands: Trimbos-Instituut
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M-J., Killackey, E., Glozier, N., . . . Harvey, S.B. (2016). Supported employment for people with severe. mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry, 209*, 14–22. doi: 10.1192/bjp.bp.115.165092.
- Mueser, K.T., Clark, R.E., Haines, M., Drake, R.E., McHugo, G.J., Bond, G.R....., Swain, K. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 479 - 490.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2016). Recent advances in supported employment for people with serious mental illness. *Current Opinion in Psychiatry, 29*, 196–201.
- Mueser, K. T. & Mc Gurk, S.R. (2014). Supported employment for people with serious mental illness: current status and future directions. *Encephale, 40*, 45-56.
- Nastic, D. (2012). Why we need a relative income poverty measure. *Poverty, 143 (autumn)*, 13-17
- Noel, V. A., Oulvey, E., Drake, E. E., & Bond, G. R. (2016). Barriers to employment for transition-age youth with developmental and psychiatric disabilities. *Administration and Policy in Mental Health, 44 (3)*, 354-358. Doi:10.1007/s10488-016-0773-y.
- OESO. (2012). *Sick on the Job?* OECD Publishing. Geraadpleegd 9 maart 2019, van <http://dx.doi.org/10.787/9789264124523-en>
- OESO (2013). *Mental health and Work: Belgium*. OECD Publishing. Geraadpleegd op 3 april 2019, van <http://dx.doi.org/10.1787/9789264187566-en>
- Ottomanelli, L., Barnett, S.D., & Toscano, R. (2014). Individual placement and support (IPS) in physical rehabilitation and medicine: the VA spinal cord injury experience. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 37 (2)*, 110-112
- Raeymaekers, P. & Teller, M. (2017). *Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid/invaliditeit: het standpunt van artsen en werkgevers*. Geraadpleegd op 26 januari 2019, van <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2017/20171016PP>
- Richter, D. & Hoffmann, H (2019). The effectiveness of supported employment programs: Meta-regression analysis of the global secular trend, 1990 – 2015. *Preprint*. Doi: 10.31234/osf.io/87hzf
- Rinaldi, M., & Perkins, R. (2007). Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non-integrated pre-vocational services in the UK. *Journal of Vocational Rehabilitation, 27*, 21-27.

- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Monibeller, T., Clenaghan, M. & Rutherford, J. (2008). Individual Placement and Support: from Research to Practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(1), 50-60
- RIZIV (s.d.). *Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen - Veel gestelde vragen – FAQ*. Geraadpleegd op 3 april 2019, van <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/arbeidsongeschiktheid/werknemers-werklozen/Paginas/arbeidsongeschiktheidsuitkeringen-veel-gestelde-vragen-faq.aspx>
- RIZIV (2017). *Lastenboek van de IPS-begeleider*. Geraadpleegd op 30 maart 2019 vanuit persoonlijke communicatie met het RIZIV.
- RIZIV (2018a). *IPS (Individual Placement and Support): Een pilootproject van re-integratie aangepast aan werknemers arbeidsongeschikt wegens geestelijke gezondheidsproblemen*. Geraadpleegd op 30 maart 2019, van <https://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/jv2017/themas/Paginas/ips.aspx>
- RIZIV (2018b). *Voornaamste activiteiten van de dienst voor uitkeringen*. Geraadpleegd op 11 mei 2019, van <https://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/jv2017/activiteiten/Paginas/du.aspx>
- Roads (2018). Geraadpleegd op 16 februari 2019, van [www.roads.nl](http://www.roads.nl)
- Rodevand, L., Ljosaa, T.M., Granan, L.P., Knutzen, T., Jacobsen, H.B., & Reme, S.E. (2017). A pilot study of the individual placement and support model for patients with chronic pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18 (1), doi: 10.1186/s12891-017-1908-3.
- Rosler, W. & Drake, R.E. (2017). Psychiatric rehabilitation in Europe. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, p.216 - 222
- Rosso, B.D., Dekas, K.H. & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Organizational Behavior*, 30, 91-127.
- Sels, L., Vansteenkiste, S., & Knipprath, H. (2017). *Toekomstverkenningen arbeidsmarkt 2050 (Werk.Rapport 2017 nr. 1)*. Leuven, België: Steunpunt Werk, HIVA - KU Leuven.
- Shepherd, G., Lockett, H., Bacon, J. & Grove, B. (2012). Establishing IPS in clinical teams – some key themes from a national implementation programme. *Journal of Rehabilitation*, 78, 37–41.
- Sherring, J., Robson, E., Morris, A., Frost, B., & Tirupati, S. (2010). A working reality: evaluating enhanced intersectoral links in supported employment for people with psychiatric disabilities. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(4), 261-267.
- Somers, M. (Red.) (2019). *Fundamenten. Sociale zekerheid in onzekere tijden*. Brussel, België: Denktank Minerva.
- Statbel (2018). *Bevolking naar woonplaats, nationaliteit, burgerlijke staat, leeftijd en geslacht*. Geraadpleegd op 11 mei 2019, van <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=1265590a-13b9-48bc-82c9-6bdf2f8e6e53>



- Steenkens, K., Sannen, L., Ory, G. & Nicaise, I. (2008). *W<sup>2</sup>: Werk- en Welzijnstrajecten op maat. Een totaalconcept*. Leuven, België: Katholieke Universiteit Leuven & Hoger instituut voor de arbeid.
- Steunpunt Werk (2017). *Werkloosheidsgraad naar geslacht en leeftijd (Gewesten, België, EU; 1983-2017)*. Geraadpleegd op 5 april 2019, van <http://www.steunpuntwerk.be/node/2907>
- Swanson, S.J., Meyer, R.H., Courtney, C.T. & Reeder, S.A. (2014). Strategies for Integrated Employment and Mental Health Services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37 (2), 86-89
- Talbot, E., Bird, Y., Russell, J., Sahota, K., Schneider, J., & Khalifa, N. (2018). Implementation of individual placement and support (IPS) into community forensic mental health settings: Lessons learned. *British Journal of Occupational Therapy*, 81 (6), 338-347.
- Taskila, T., Steadman, K., Gulliford, J., Thomas, R., Elston, R., & Bevan, S. (2014). Working with schizophrenia: Experts' views on barriers and pathways to employment and job retention. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 41, 29-44
- The IPS Employment Center (2018). *The International IPS Community*. Geraadpleegd op 19 maart 2019, van <https://ipsworks.org/index.php/ips-international-learning-community/>
- Tsang, H.W.H. (2003). Augmenting vocational outcomes of supported employment with social skills training. *Journal of Rehabilitation*, 69 (3), 25
- Van Audenhove, C., & Wilmotte, J. (2004). *Evaluatie van de pilootprojecten activering. Eindrapport*. Leuven, België: KU Leuven. Geraadpleegd op 24 maart 2019, van [https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi\\_upload/2004\\_7\\_CVA\\_JW\\_Pilootprojecten\\_Activering\\_Eindrapport.pdf](https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2004_7_CVA_JW_Pilootprojecten_Activering_Eindrapport.pdf)
- Van Der Donk, C. & Van Lanen, B. (2017). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum, Nederland: Coutinho.
- Van Der Heyden, J. & Charafeddine, R. (2013). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten*. Geraadpleegd op 23 maart 2019, van [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ\\_HS\\_NL\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/summ_HS_NL_2013.pdf)
- Vandermeersch, E. (2007). *Valkuilen, hefboomen en acties voor het zinvol en duurzaam activeren van mensen in armoede naar kwalitatieve tewerkstelling. Eindrapport van het project 'Het activeren van mensen in armoede naar werk: van good and bad practices tot mogelijke remedies.'* Brussel, België: Vlaams Netwerk van Verenigen waar Armen het Woord nemen.
- Vander Weele, T.J. (2017) On the promotion of human flourishing. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(31), 8148–56
- Van Erp, N.H.J., Giesen, F., Van Weeghel, J., Kroon, H., Michon, H.W.C., Becker, D., ... Drake, R.E. (2007). A multisite study of implementing supported employment in The Netherlands. *Psychiatric Services*, 58, 1421.
- Van Weeghel, J., Bruinvels, D., Huson, A., Kamstra, D., Lansens, M., Michon, H., . . . Van Wezep, M. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn werk en ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht, Nederland: De Tijdstroom uitgeverij.

- Van Weeghel, J., & Michon, H. (2018). *IPS werkt! Handboek werken en leren met Individuele Plaatsing en Steun*. Bussum, Nederland: Coutinho.
- Vázquez-Estupinan, M.F., Durand-Arias, S., Astudillo-García, C.I. & Madrigal, A.E. (2018). Effectiveness of augmented Individual Placement and Support interventions for competitive employment in people with schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *Salud Mental*, 41 (4), 187-197
- VDAB Arvastat (s.d.). *Arrondissement Halle-Vilvoorde*. Geraadpleegd op 1 mei 2019, van [https://arvastat.vdab.be/help/arvastat\\_help\\_geo\\_arr\\_hal.html](https://arvastat.vdab.be/help/arvastat_help_geo_arr_hal.html)
- Viering, S., Jäger, M., Nordt, C., Bühler, F., Bärtsch, B., Leimer, H., . . . Kawohl, W. (2015). Does 'Individual Placement and Support' satisfy the user's needs? *Frontiers in Public Health*, 3 (160), 1-4
- VLABO (s.d.). *Over DENK*. Geraadpleegd op 20 april 2019, van <https://www.vlabo.be/?action=onderdeel&onderdeel=606>
- Voka (2019). *Welt: mensen maken het bedrijf*. Geraadpleegd op 5 april 2019, van <https://www.voka.be/welt>
- Vukadin, M., Schaafsma, F.G., Westerman, M.J., Michon, H.W.C., & Anema, J.R. (2018). Experiences with the implementation of Individual Placement and Support for people with severe mental illness: a qualitative study among stakeholders. *BMC Psychiatry*, 18 (145), 1-9
- Waghorn, G., Collister, L., Killackey, E., & Sherring, J. (2007). Challenges to implementing evidence-based supported employment in Australia. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27(1), 29-37.
- Waghorn, G., Lloyd, C. & Clune, A.(2009). Reviewing the theory and practice of occupational therapy in mental health rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(7), 314-323.
- Wehman, P. (1986). Supported competitive employment for persons with severe disabilities. *Journal of applied rehabilitation counseling*, 17(4), 24-29.
- WHO (2017). *Mental disorders*. Geraadpleegd 21 maart 2019, van <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health>
- Widerquist, K. (2018). *A critical analysis of basic income experiments for researchers, policymakers and citizens*. Cham, Switzerland: Palgrave MacMillan

## 7. BIJLAGEN

### 7.1 Bijlage A: De IPS-modelgetrouwheidsschaal (Kenniscentrum Phrenos, 2015) <sup>25</sup>

De IPS-modelgetrouwheidsschaal werd opgesteld door Kenniscentrum Phrenos (1-5-2015). Er mogen geen wijzigingen door derden worden aangebracht. De modelgetrouwheidsschaal is een samenstelling van de volgende instrumenten:

- Becker, DR., Swanson, S., Bond, GR. & Merrens, MR. (2008). *Evidence-based supported employment fidelity review manual*. Lebanon, NH: Dartmouth Psychiatric Research Center
- Manthey, T., Coffman, M., Goscha, R., Bond, G., Mabry, A., Carlson, L., Davis, J., & Rapp, C. (2012). *The University of Kansas Supported Education Toolkit 3.0*, The Office of Mental Health Research and Training, The University of Kansas School of Social Welfare.

### BEZETTING

criterium	Gegevensbronnen	Ankerpunt voor de scoring	Scoren in kolom
<p><u>1a. Aantal cliënten bij geïntegreerde aanpak IPS-Arbeid (IPS-A) en IPS-Opleiding (IPS-O)</u></p> <p>De IPS-werkers hebben een eigen caseload gericht op arbeid én opleiding</p> <p>Een fulltime IPS-begeleider begeleidt maximaal 25 cliënten</p>	<p><i>Management Information System (MIS), Document Reviews<sup>26</sup> (DS), Interviews<sup>27</sup> (INT)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 81 of meer cliënten per IPS-werker.</li> <li>2. 61 - 80 cliënten per IPS-werker.</li> <li>3. 41 - 60 cliënten per IPS-werker.</li> <li>4. 26 - 40 cliënten per IPS-werker.</li> <li>5. 25 cliënten of minder per IPS-werker.</li> </ol>	<p>Scoren in kolommen IPS-A én IPS-O</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn niet mogelijk</p>

<sup>25</sup> Bijlage A is integraal overgenomen van de website van het Kenniscentrum Phrenos (2015, 1 mei), geraadpleegd van <http://nlwerke-oberdorf.savviihq.com/wp-content/uploads/2016/11/Modelgetrouwheidsschaal.pdf>

<sup>26</sup> *Document reviews*: klinische documenten, beleidsdocumenten en procedures.

<sup>27</sup> Interviews met klanten, arbeidscoaches, zorgverleners, families en werkgevers.

<p><u>1b. Aantal cliënten bij enkel IPS-A</u></p> <p>De IPS-werkers hebben een eigen caseload gericht op alleen arbeid.</p> <p>Een fulltime IPS-begeleider begeleidt maximaal 20 cliënten</p>	<p>MIS, DS, INT</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 41 of meer cliënten per IPS-werker.</li> <li>2. 31 - 40 cliënten per IPS-werker.</li> <li>3. 26 - 30 cliënten per IPS-werker.</li> <li>4. 21 - 25 cliënten per IPS-werker.</li> <li>5. 20 cliënten of minder per IPS-werker.</li> </ol>	<p>Scoren in kolom IPS-A</p>
<p><u>1c. Aantal cliënten bij enkel IPS-O</u></p> <p>De IPS-werkers hebben een eigen caseload gericht op alleen opleiding</p> <p>Een fulltime IPS-begeleider begeleidt maximaal 35 cliënten</p>	<p>MIS, DS, INT</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 91 of meer cliënten per IPS-werker.</li> <li>2. 71 - 90 cliënten per IPS-werker.</li> <li>3. 51 - 70 cliënten per IPS-werker.</li> <li>4. 36 - 50 cliënten per IPS-werker.</li> <li>5. 35 cliënten of minder per IPS-werker.</li> </ol>	<p>Scoren in kolom IPS-O</p>
<p><u>2. Begeleiding door IPS-werkers</u></p> <p>IPS-werkers verlenen alleen op werk en/of opleiding gerichte ondersteuning</p>	<p>MIS, DS, INT</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IPS-werkers besteden minder dan 60% van de tijd aan werk- en/of opleidingsgerichte ondersteuning.</li> <li>2. IPS-werkers besteden 60 - 74% van de tijd aan werk- en/of opleidingsgerichte ondersteuning.</li> <li>3. IPS-werkers besteden 75 - 89% van de tijd aan werk- en/of opleidingsgerichte ondersteuning.</li> <li>4. IPS-werkers besteden 90 - 95% van de tijd aan werk- en/of opleidingsgerichte ondersteuning.</li> <li>5. IPS-werkers geven 96% of meer van de tijd werk- en/of opleidingsgerichte ondersteuning.</li> </ol>	<p>Bij integraal model scoren in kolommen IPS-A én IPS-O</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn niet mogelijk</p>

<p><u>3. Algemene deskundigheid</u></p> <p>Iedere IPS-werker voert alle fasen van de arbeids- of opleidingsondersteuning uit, inclusief intake, engagement, assessment, verkrijgen van een baan of opleiding, coaching en langdurige ondersteuning totdat wordt overgegaan op een minder intensieve vorm van begeleiding door een andere hulpverlener.</p> <p>(Noot: van de IPS-werker wordt niet verwacht dat deze alles weet op het gebied van financiën en regelgeving. Het inschakelen van een deskundige op dit terrein is nog steeds in lijn met een hoge mate van modelgetrouwheid. Zie item # 1 van hulpverlening).</p>	<p>MIS, DS, INT, Observaties (OBS)<sup>28</sup></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IPS-werkers verwijzen cliënten alleen door naar ondersteuning bij reïntegratiebureau's of andere arbeidsrehabilitatieprogramma's en/of naar andere programma's voor het volgen van een opleiding.</li> <li>2. IPS-werkers behouden de cliënten in hun caseload, maar verwijzen hen door naar andere programma's voor arbeid en/of het volgen van een opleiding.</li> <li>3. IPS-werkers voeren één tot vier fasen van de ondersteuning uit (zoals intake, engagement, assessment, het zoeken of verkrijgen van een baan of opleiding, coaching en daaropvolgende ondersteuning).</li> <li>4. IPS-werkers voeren vijf fasen van de ondersteuning uit, maar niet de gehele ondersteuning.</li> <li>5. IPS-werkers voeren alle zes de fasen van de ondersteuning uit (intake, engagement, assessment, het zoeken of verkrijgen van een baan of opleiding, coaching en daaropvolgende ondersteuning).</li> </ol>	<p>Bij integraal model scores in kolommen IPS-A én IPS-O.</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn mogelijk</p>
---	---	--	---

## ORGANISATIE

<p><u>1. Integratie met het GGZ-behandelteam</u></p> <p>IPS-werkers maken deel uit van maximaal 2 GGZ- teams.</p> <p>Minimaal 90% van de caseload van de IPS-werkers is afkomstig vanuit deze GGZ-</p>	<p>MIS, DS, INT, OBS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. IPS-werkers maken deel uit van een programma naar werk of opleiding dat los staat van de GGZ-behandeling.</li> <li>7. IPS-werkers zijn aan drie of meer GGZ-teams verbonden. OF Cliënten ontvangen begeleiding van individuele GGZ medewerkers die niet in teamverband werken. OF IPS-werkers zijn verbonden aan één of twee teams, maar minder dan 50% van de caseload komt uit deze GGZ-teams.</li> </ol>	<p>Bij integraal model scores in kolommen IPS-A én IPS-O</p> <p>Uiteenlopende scores voor</p>
--	--------------------------	---	---

<sup>28</sup> Observaties van onder andere team meetings en het veldwerk van de IPS-coaches.

<p>teams.</p>		<p>8. IPS-werkers zijn verbonden aan één of twee GGZ-teams. In ieder geval 50 – 74% van de caseload is afkomstig uit deze GGZ-teams.</p> <p>9. IPS-werkers zijn verbonden aan één of twee GGZ-teams. In ieder geval 75 – 89% van de caseload is afkomstig uit deze GGZ-teams.</p> <p>10. IPS-werkers zijn verbonden aan één of twee GGZ-teams. 90 – 100% van de caseload is afkomstig uit deze GGZ-teams.</p>	<p>IPS-A en IPS-O zijn niet mogelijk</p>
<p><u>2. Integratie met GGZ-behandeling door regelmatig contact tussen teamleden</u></p> <p>IPS-werkers nemen actief deel aan wekelijkse behandelbesprekingen van de GGZ-teams (gaat dus niet om administratieve besprekingen), waarin individuele cliënten worden besproken.</p> <p>De werkplek van de IPS-werkers is in de nabijheid van (of wordt gedeeld met) de GGZ-teamleden. Documentatie van de GGZ-behandeling en de trajectbegeleiding worden in hetzelfde cliëntdossier verwerkt.</p> <p>IPS-werkers helpen het GGZ-team om te denken over werk voor cliënten die nog geen ondersteuning bij werk of opleiding ontvangen.</p>	<p>MIS, DS, INT, OBS</p>	<p>6. Geen of één onderdeel is aanwezig.</p> <p>7. Twee onderdelen zijn aanwezig.</p> <p>8. Drie onderdelen zijn aanwezig.</p> <p>9. Vier onderdelen zijn aanwezig.</p> <p>10. Vijf onderdelen zijn aanwezig.</p> <p>De vijf kernonderdelen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een IPS-werker woont wekelijks behandelbesprekingen van een GGZ-team bij.</li> <li>• Een IPS-werker participeert actief in teambesprekingen en overleggen.</li> <li>• Documentatie met betrekking tot trajectbegeleiding (bijv. assessment/profiel, begeleidingsplan, notities over de voortgang) zijn geïntegreerd in het behandelplan van het GGZ-team.</li> <li>• De werkplek van een IPS-werker bevindt zich in de nabijheid van (of wordt gedeeld met) de GGZ-teamleden.</li> <li>• Een IPS-werker helpt het GGZ-team na te denken over werk of opleiding voor mensen waarvoor nog geen traject loopt.</li> </ul>	<p>Bij integraal model scoren in kolommen IPS-A én IPS-O</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn niet mogelijk</p>

<p><u>3. Samenwerking tussen IPS-werkers en externe arbeids- en/of opleidingsdeskundigen</u></p> <p>Er is regelmatig contact tussen IPS-werkers en externe arbeids- en/of opleidingsdeskundigen (b.v.: UWV-medewerkers, bedrijfsartsen, medewerkers van reïntegratiebedrijven, leerplichtambtenaren, medewerkers van jeugdteams of CJG). Dit contact is bedoeld om gedeelde cliënten te bespreken en mogelijke verwijfsplekken te identificeren.</p>	DS, INT, OBS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IPS-werkers en externe arbeids- en/of opleidingsdeskundigen hebben minder dan eens per kwartaal cliënt-gerelateerde contacten (telefonisch, e-mail, persoonlijk) waarin gedeelde cliënten en mogelijke verwijfsplekken worden besproken. OF IPS-werkers en externe arbeids- en/of opleidingsdeskundigen communiceren niet met elkaar.</li> <li>2. IPS-werkers en externe arbeids- en/of opleidingsdeskundigen hebben minstens eens per kwartaal cliënt-gerelateerde contacten (telefonisch, e-mail, persoonlijk) waarin gedeelde cliënten en mogelijke verwijfsplekken worden besproken.</li> <li>3. IPS-werkers en externe arbeids- en/of opleidingsdeskundigen hebben eens per maand cliënt-gerelateerde contacten (telefonisch, e-mail, persoonlijk) waarin gedeelde cliënten en mogelijke verwijfsplekken worden besproken.</li> <li>4. IPS-werkers en externe arbeids- en/of opleidingsdeskundigen hebben minstens eens per kwartaal vaste face-to-face overleggen. OF IPS-werkers en externe arbeids- en/of opleidingsdeskundigen hebben wekelijks cliënt-gerelateerd contact (telefonisch, e-mail, persoonlijk), waarin gedeelde cliënten en mogelijke verwijfsplekken worden besproken.</li> <li>5. IPS-werkers en externe arbeids- en/of opleidingsdeskundigen hebben minstens eens per maand een vast face-to-face overleg. Bovendien is er wekelijks cliënt-gerelateerd contact om gedeelde cliënten en mogelijke verwijfsplekken te bespreken.</li> </ol>	<p>Bij integraal model scores in kolommen IPS-A én IPS-O.</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn mogelijk</p>
<p><u>4. Een op arbeid en opleiding gerichte eenheid</u></p> <p>Tenminste 2 fulltime IPS-werkers en een</p>	MIS, INT, OBS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IPS-werkers maken geen deel uit van een op arbeid en opleiding gerichte eenheid.</li> <li>2. IPS-werkers hebben dezelfde coördinator maar komen niet bijeen als groep. Ze nemen geen cliënten van elkaar over.</li> </ol>	<p>Bij integraal model scores in kolommen IPS-A én IPS-O.</p>

<p>coördinator maken deel uit van het team. Het team heeft wekelijks supervisie waarin cliënt-zaken centraal staan. De supervisie-bijeenkomsten worden uitgevoerd volgens het <i>Supported Employment</i> model, waarin strategieën worden geïdentificeerd en potentiële werkplekken voor cliënten worden uitgewisseld. De IPS-werkers nemen (een deel van) elkaars cliënten over als dat nodig is.</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. IPS-werkers hebben dezelfde coördinator en bediscussiëren cliënten met elkaar op wekelijkse basis. Ze nemen cliënten van elkaar over als dat nodig is. OF Als een IPS-programma in een landelijk gebied is uitgezet waar de IPS-werkers geografisch van elkaar zijn gescheiden met één IPS-werker per locatie: de IPS-werkers en de coördinator hebben 2-3 keer per maand een telefonisch of VC-overleg.</li> <li>4. Tenminste 2 IPS-werkers en een coördinator vormen een op arbeid en opleiding gerichte eenheid met 2-3 geplande supervisie-bijeenkomsten per maand. In deze bijeenkomsten staan cliëntzaken centraal, worden strategieën geïdentificeerd en vindt uitwisseling plaats van potentiële werkplekken voor cliënten. Cliënten worden van elkaar overgenomen als dat nodig is. OF Als een IPS-programma in een landelijk gebied is uitgezet waar de IPS-werkers geografisch van elkaar gescheiden zijn met één IPS-werker per locatie: de IPS-werkers en de coördinator hebben 2-3 keer per maand face-to-face, VC of telefonisch overleg. GGZ-teamleden zijn beschikbaar om IPS-werkers te ondersteunen bij activiteiten zoals iemand naar werk of opleiding brengen of het zoeken naar vacatures en geschikte opleidingen.</li> <li>5. Tenminste 2 IPS-werkers en een coördinator vormen een op arbeid en opleiding gerichte eenheid met wekelijkse supervisie-bijeenkomsten. In deze bijeenkomsten staan cliëntzaken centraal, worden strategieën geïdentificeerd en vindt uitwisseling plaats over potentiële werk- of opleidingsplekken voor cliënten. Cliënten worden van elkaar overgenomen als dat nodig is.</li> </ol>	<p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn niet mogelijk</p>
---	--	---	--



<p><u>5. Rol van de team coördinator</u></p> <p>Het team wordt geleid door een teamleider/- coördinator. De vaardigheden van IPS-werkers worden ontwikkeld en verbeterd op basis van uitkomst-gerelateerde supervisie. Alle vijf de kernrollen van de coördinator zijn aanwezig.</p>	<p>DS, MIS, INT, OBS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Geen of één rol is aanwezig.</li> <li>2. Twee rollen zijn aanwezig.</li> <li>3. Drie rollen zijn aanwezig.</li> <li>4. Vier rollen zijn aanwezig.</li> <li>5. Vijf rollen zijn aanwezig.</li> </ol> <p>De vijf kernrollen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eén fulltime equivalent (FTE) coördinator is verantwoordelijk voor hooguit 10 IPS- werkers. De coördinator heeft geen andere leidinggevende verantwoordelijkheden (coördinatoren van een team kleiner dan 10 mensen mogen een vooraf vastgesteld percentage van hun werktijd aan andere leidinggevende activiteiten besteden. Bijvoorbeeld: een coördinator die verantwoordelijk is voor een team van 4 mensen, kan voor de helft van het aantal contracturen zijn verbonden aan het IPS-team.</li> <li>• De coördinator voert wekelijks supervisie uit, bedoeld om de situatie van de cliënten te beoordelen, om nieuwe strategieën te identificeren en om ideeën te bedenken om cliënten te helpen met werk en/of opleiding</li> <li>• De coördinator communiceert met de teamleiders van GGZ-teams om er zorg voor te dragen dat diensten worden geïntegreerd, problemen binnen het IPS-programma worden opgelost (zoals het verwijzingsproces of het overdragen van het cliënt-volgen aan de GGZ-werkers) en om voorvechter te zijn in het uitdragen van de waarde van werk en opleiding</li> <li>• De coördinator loopt maandelijks mee met nieuwe IPS-werkers of met medewerkers die moeite hebben met het opbouwen van een bestand met werk- en/of opleidingsplekken. Doel is het verbeteren van vaardigheden van de medewerkers door te observeren, model te staan en door feedback te geven op de omgang met werkgevers en</li> </ul>	<p>Bij integraal model scoren in kolommen IPS-A én IPS-O</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn niet mogelijk</p>
--	--------------------------	---	---

		<p>onderwijsinstellingen (t.b.v. het opbouwen van een bestand met werk- en/of opleidingsplekken).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De coördinator bespreekt minimaal eens per kwartaal actuele cliënt-uitkomsten met IPS-werkers en stelt doelen om de prestaties van het programma te verbeteren.</li> </ul>	
<p><u>6. Geen exclusiecriteria</u></p> <p>Alle cliënten die geïnteresseerd zijn in werk en/of opleiding hebben toegang tot IPS-diensten, ongeacht factoren rond het 'werk- of studievoordig' zijn: (readiness), middelengebruik, symptomen, geschiedenis van gewelddadig gedrag, cognitieve stoornissen, het niet bijwonen van behandelafspraken en persoonlijke presentatie. Dit geldt ook als IPS diensten eenmaal in gang zijn gezet.</p> <p>IPS-werkers bieden aan om te helpen bij het vinden van nieuw werk als een baan is beëindigd of een andere opleiding, ongeacht de reden van de beëindiging of het aantal pogingen dat iemand heeft gedaan. Als voor arbeid of opleidingen screeningscriteria gelden, dan worden deze door de GGZ-organisatie niet gebruikt om mensen uit te sluiten. Cliënten worden noch formeel, noch informeel uitgescreend.</p>	DS, INT, OBS	<ol style="list-style-type: none"> <li>Er is een formeel beleid op grond waarvan cliënten door werk- en opleiding-werkers, casemanager of andere werkers, worden uitgesloten als gevolg van onvoldoende werk- of studievoordigheid (readiness) (bijv. middelengebruik, geschiedenis van gewelddadig gedrag, laag functioneringsniveau, etc.)</li> <li>De meeste cliënten zijn niet in staat gebruik te maken van IPS-diensten, omdat de inschatting wordt gemaakt dat ze onvoldoende werk- of studievoordig (readiness) zijn (bijv. middelengebruik, geschiedenis van gewelddadig gedrag, laag functioneringsniveau, etc.).</li> <li>Sommige cliënten zijn niet in staat gebruik te maken van IPS-diensten, omdat de inschatting wordt gemaakt dat ze onvoldoende werk-of studievoordig (readiness) zijn (bijv. middelengebruik, geschiedenis van gewelddadig gedrag, laag functioneringsniveau, etc.)</li> <li>Geen aanwijzingen voor uitsluiten; noch formeel noch informeel. Doorverwijzingen zijn niet afkomstig van een breed scala aan bronnen. IPS-werkers bieden aan om te helpen bij het vinden van nieuw werk als een baan is beëindigd of een andere opleiding, ongeacht de reden van de beëindiging of het aantal pogingen dat iemand heeft gedaan.</li> <li>Alle cliënten die geïnteresseerd zijn in werk of opleiding hebben toegang tot IPS-diensten. GGZ- werkers moedigen</li> </ol>	<p>Bij integraal model scoren in kolommen IPS-A én IPS-O.</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn mogelijk</p>

		<p>cliënten aan om werk of opleiding te overwegen en doorverwijzingen zijn afkomstig van veel verschillende bronnen. IPS-werkers bieden aan om te helpen bij het vinden van nieuw werk als een baan is beëindigd of een andere opleiding, ongeacht de reden van de beëindiging of het aantal pogingen dat iemand heeft gedaan.</p>	
<p><u>7. Focus op regulier, betaald werk en/of deelname aan opleidingen</u></p> <p>De organisatie maakt zich via meerdere strategieën sterk voor regulier, betaald werk en/of deelname aan opleidingen. De intake bevat vragen over interesse voor werk en/of opleiding. Binnen de organisatie zijn verschillende schriftelijke promotie-items (bijv. brochures, informatieborden, posters) te vinden over IPS voor werk en opleiding. De focus hoort hierbij te liggen op afdelingen die diensten verlenen voor (jong) volwassenen met ernstige psychische klachten.</p> <p>De organisatie ondersteunt activiteiten waarmee cliënten ervaringen kunnen uitwisselen met andere cliënten en medewerkers.</p> <p>De organisatie meet de mate waarin wordt toegeleid naar regulier, betaald werk en/of deelname aan opleidingen en met welk resultaat. Deze informatie wordt gedeeld met de organisatieleiding en de IPS-</p>	DS, INT, OBS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Geen of één strategie wordt ingezet.</li> <li>2. Twee strategieën worden ingezet.</li> <li>3. Drie strategieën worden ingezet.</li> <li>4. Vier strategieën worden ingezet.</li> <li>5. Vijf strategieën worden ingezet.</li> </ol> <p>De organisatie promoot regulier, betaald werk en/of deelname aan opleidingen via meerdere strategieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De intake bevat vragen over interesse(s) in werk en opleiding In alle jaarlijkse (of halfjaarlijkse) assessment of behandelplan besprekingen worden vragen over werk en opleiding meegenomen.</li> <li>• Binnen de organisatie (bijv. in wachtruimtes en lobby's) zijn verschillende promotie-items (bijv. brochures, informatieborden, posters) te zien over IPS voor werk en opleiding.</li> <li>• Er is minstens twee keer per jaar ondersteuning voor manieren waarop cliënten ervaringen kunnen uitwisselen met andere cliënten en medewerkers (bijv. lotgenotengroepen, artikelen in de nieuwsbrief, het uitnodigen van sprekers tijdens behandelsessies, etc.).</li> <li>• Er wordt minimaal eens per kwartaal gemeten in welke mate wordt toegeleid naar regulier, betaald werk en/of deelname aan opleidingen en met welk resultaat. De organisatie deelt deze informatie met de organisatieleiding en de IPS-</li> </ul>	<p>Bij integraal model scoren in kolommen IPS-A én IPS-O.</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn mogelijk</p>

medewerkers.		medewerkers.	
<p><u>8.IPS Ondersteuning vanuit de organisatieleiding</u></p> <p>Leden van de organisatieleiding (bijv. raad van bestuur, hoofd afdeling kwaliteitsbewaking, hoofd behandelen zaken, hoofd bedrijfsvoering, hoofd financiële afdeling, hoofd P&amp;O, unit- of clustermanagers) zorgen voor ondersteuning bij de implementatie en borging van IPS-programma's. Alle vijf kernonderdelen van steun vanuit de organisatieleiding zijn aanwezig.</p>	DS, INT, OBS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eén onderdeel is aanwezig.</li> <li>2. Twee onderdelen zijn aanwezig.</li> <li>3. Drie onderdelen zijn aanwezig.</li> <li>4. Vier onderdelen zijn aanwezig.</li> <li>5. Vijf onderdelen zijn aanwezig.</li> </ol> <p>De vijf kernonderdelen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De raad van bestuur en het hoofd behandelen zaken laten zien dat ze kennis hebben van de principes van IPS.</li> <li>• Een expliciete beoordeling van het IPS-programma maakt onderdeel uit van het kwaliteitsproces. Deze review wordt minimaal eens in de 6 maanden uitgevoerd aan de hand van <i>fidelity</i>-metingen. Zodra een hoge mate van modelgetrouwheid is bereikt (een totaalscore "goed" of "voorbeeldig") kan beoordeling minstens eens per jaar plaatsvinden.</li> <li>• Minstens één van de leden van de organisatieleiding neemt actief deel aan bijeenkomsten van de IPS-stuurgroep. Deze stuurgroep wordt minstens eens in de 6 maanden gehouden voor programma's met een hoge mate van modelgetrouwheid en minstens eens per kwartaal voor programma's die dit nog niet hebben bereikt. Een stuurgroep wordt gedefinieerd als een gevarieerde groep van belanghebbenden die belast is met het beoordelen van de modelgetrouwheid, implementatie van het IPS-programma en de uitvoer van het IPS-programma (de levering van diensten). De stuurgroep schrijft een actieplan dat gericht is op het realiseren en vasthouden van diensten met een hoge mate van modelgetrouwheid.</li> <li>• De raad van bestuur maakt duidelijk op welke wijze IPS-</li> </ul>	Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn niet mogelijk

		<p>diensten de missie van de organisatie ondersteunen en stelt heldere en specifieke doelstellingen voor IPS. Dit wordt gedurende de eerste 6 maanden van het IPS-programma gecommuniceerd aan alle managers binnen de organisatie (bijv. via een project kick-off, management team -overleg, nieuwsbrieven, etc.). Na de eerste zes maanden vindt de communicatie in ieder geval eens per jaar plaats.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De IPS programmaleider deelt informatie over de struikelblokken en constructieve factoren van <i>Evidence Based Praktijken</i> (EBP) met het managementteam (inclusief de raad van bestuur). Dit gebeurt minstens twee keer per jaar. Het management team helpt de programmaleider om oplossingen voor de struikelblokken te bedenken en te implementeren.</li> </ul>	
--	--	--	--

## BEGELEIDING

<p><u>1a. Steun bij inkomsten bij IPS-A</u></p> <p>Alle cliënten krijgen voorafgaand aan het starten met een nieuwe baan hulp aangeboden bij het opstellen van een begrijpelijk, gepersonaliseerd inkomstenplan. Ook wordt hulp geboden bij het opstellen van een inkomstenplan als de cliënt een beslissing moet maken over veranderingen in werkuren en salaris.</p> <p>Het inkomstenplan omvat: sociale verzekeringen, medische verzekeringen en medicijnvergoedingen, huur- en</p>	<p>DS, INT, OBS, <i>Individualized Service Plan</i> (ISP)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Steun bij het opstellen van een inkomstenplan is niet direct beschikbaar of niet eenvoudig toegankelijk voor de meeste cliënten van de organisatie.</li> <li>IPS-werkers geven cliënten contactinformatie van plaatsen waar ze informatie over steun bij inkomsten kunnen krijgen.</li> <li>De IPS-werker bespreekt met iedere cliënt veranderingen in uitkeringen, gebaseerd op de werkstatus.</li> <li>Voordat een cliënt met een nieuwe baan start, biedt een IPS-werker of een GGZ- teamlid de cliënt hulp bij het verkrijgen (via een speciaal daarvoor getraind persoon) van een begrijpelijk en op de cliënt's persoonlijke situatie afgestemd inkomstenplan.</li> <li>Voordat een cliënt met een nieuwe baan start, biedt een IPS-werker of een GGZ- teamlid de cliënt hulp bij het verkrijgen (via een speciaal daarvoor getraind persoon) van</li> </ol>	<p>Scoren in kolom IPS-A</p>
--	---	---	------------------------------

<p>woonsubsidies, nabestaandenuitkeringen, pensioenregelingen en iedere andere vorm van inkomen.</p> <p>Cliënten krijgen informatie over en hulp bij het opgeven van inkomsten aan officiële instanties.</p>		<p>een begrijpelijk en op de persoonlijke situatie afgestemd inkomstenplan. Deze medewerkers ondersteunen ook bij het verkrijgen van toegang tot steun bij inkomsten indien cliënten beslissingen moeten nemen over wijzigingen in werkuren en salaris. Er wordt informatie en ondersteuning geboden bij het aangeven van inkomsten bij officiële instanties, afhankelijk van de uitkeringen die iemand krijgt.</p>	
<p><u>1b. Steun bij inkomsten bij IPS-O</u></p> <p>Alle cliënten ontvangen voorafgaand aan en tijdens de opleiding uitgebreide hulp en advies op financieel gebied. De ondersteuning richt zich in elk geval op: het verzamelen van relevante financiële informatie en informatie over eerdere opleidingstrajecten (bankafschriften, belastingaangiften, opleidings-CV), het oplossen van eventuele bestaande studieschulden, beoordeling van mogelijkheden tot studiefinanciering, bestudering van vormen van financiering vanuit andere middelen en de mogelijke ontwikkeling daarvan.</p>	<p>DS, INT, OBS, ISP</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eén onderdeel is aanwezig.</li> <li>2. Twee onderdelen zijn aanwezig.</li> <li>3. Drie onderdelen zijn aanwezig.</li> <li>4. Vier onderdelen zijn aanwezig.</li> <li>5. Vijf onderdelen zijn aanwezig.</li> </ol> <p>De vijf kernonderdelen zijn: het verzamelen van relevante financiële informatie en informatie over eerdere opleidingstrajecten (bankafschriften, belastingaangiften, opleidings-CV), het oplossen van eventuele bestaande studieschulden, beoordeling van mogelijkheden tot studiefinanciering, bestudering van vormen van financiering vanuit andere middelen, bestudering van de mogelijke ontwikkeling van de, financieringsmogelijkheden door de tijd.</p>	<p>Scoren in kolom IPS-O</p>
<p><u>2. Openheid</u></p> <p>IPS-werkers geven cliënten nauwkeurige informatie en helpen bij het evalueren van de keuzes voor het maken van een beslissing over welke gegevens (wat betreft het</p>	<p>DS, INT, OBS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Geen onderdeel is aanwezig.</li> <li>2. Eén onderdeel is aanwezig.</li> <li>3. Twee onderdelen zijn aanwezig.</li> <li>4. Drie onderdelen zijn aanwezig.</li> <li>5. Vier onderdelen zijn aanwezig.</li> </ol> <p>De vier kernonderdelen zijn:</p>	<p>Bij integraal model scoren in kolommen IPS-A én IPS-O.</p> <p>Uiteenlopende scores voor</p>

<p>psychiatrische ziektebeeld en de behandeling) aan een werkgever of onderwijsinstelling worden verstrekt.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• De inzet van een IPS-werker betekent niet dat cliënten verplicht zijn om open te zijn over psychische klachten naar een werkgever of onderwijsinstelling.</li> <li>• IPS-werkers bieden cliënten aan om te bespreken wat de voor- en nadelen zijn van openheid tegenover een werkgever of onderwijsinstelling. Dit gebeurt nog voordat een cliënt contact heeft met een werkgever of onderwijsinstelling. IPS-werkers geven aan hoe openheid over de psychische klachten bijdraagt aan het regelen van aanpassingen en beschrijven hun rol in de communicatie met een werkgever of onderwijsinstelling</li> <li>• IPS-werkers bespreken specifieke informatie die moet worden doorgegeven (bijv. dat een cliënt in behandeling is, de aanwezigheid van psychische klachten, problemen met angsten, perioden van werkloosheid of schooluitval etc.) en geeft voorbeelden van hoe dit soort zaken met een werkgever of onderwijsinstelling besproken kunnen worden.</li> <li>• IPS-werkers bespreken openheid meer dan eens (bijv. als een cliënt na twee maanden nog geen werk heeft gevonden of nog niet is ingestroomd in een opleiding, of als een cliënt problemen op het werk of de opleiding meldt).</li> </ul>	<p>IPS-A en IPS-O zijn mogelijk</p>
<p><u>3a. Continue inschatting van arbeidsmogelijkheden</u></p> <p>De eerste inschatting van arbeidsmogelijkheden vindt plaats in 2-3 sessies en wordt bijgewerkt met informatie over werkervaringen in reguliere, betaalde banen. Er wordt een arbeidsprofiel gemaakt met daarin</p>	<p>DS, INT, OBS, ISP</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vóór plaatsing wordt een evaluatie gedaan waarbij de nadruk ligt op assessment binnen de instelling, gestandaardiseerde testen, intelligentietesten, proefplaatsing.</li> <li>2. Inschatting van arbeidsmogelijkheden kan plaatsvinden via een stapsgewijze aanpak met daarin: eerdere werkervaringen (bijv. werkeenheden in een dagbestedingsprogramma), vrijwilligerswerk, banen die gereserveerd zijn voor iemand met een arbeidsbeperking</li> </ol>	<p>Scoren in kolom IPS-A</p>

<p>informatie over voorkeuren, ervaringen, vaardigheden, huidige aanpassingen (current adjustment), sterke kanten van de cliënt, netwerkcontacten (personal contacts), etc. Dit profiel wordt bijgewerkt met iedere nieuwe werkervaring.</p> <p>Er wordt oplossingsgericht gewerkt, gebruik makend van waarnemingen uit de (werk)omgeving en eventuele aanpassingen aan de werkplek in gedachten houdend. Informatiebronnen zijn: de cliënt, het behandelteam, klinische dossiers, familieleden en voormalige werkgevers (de laatste twee alleen met toestemming van de cliënt).</p> <p>Het maken van een inschatting van de arbeidsmogelijkheden is een continu proces gebaseerd op werkervaring in betaald werk.</p>		<p>(zoals een baan in de beschutte omgeving van de sociale werkvoorziening).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. IPS-werkers helpen cliënten direct bij het zoeken naar een geschikte baan, zonder een systematische beoordeling te doen van interesses, ervaringen, sterke kanten, etc. Ook wordt niet gedaan aan het analyseren van verloren banen (of werk-problemen) om lessen te leren voor de toekomst.</li> <li>4. De eerste inschatting van arbeidsmogelijkheden vindt plaats in 2-3 sessies, waarin sterke punten van de cliënt worden verkend. IPS-werkers helpen cliënten om te leren van iedere werkervaring en werken samen met het GGZ-behandelteam om verloren banen, werkproblemen en werksuccessen te analyseren. De geleerde lessen worden niet bijgehouden in het arbeidsprofiel. OF Het arbeidsprofiel wordt niet regelmatig bijgewerkt.</li> <li>5. De eerste inschatting van arbeidsmogelijkheden vindt plaats in 2-3 sessies en de informatie wordt bijgehouden op een arbeidsprofiel- formulier met daarin: voorkeuren, ervaringen, vaardigheden, huidige aanpassingen, sterke kanten van de cliënt, netwerk-contacten, etc. Het arbeidsprofiel-formulier wordt gebruikt om typen banen en werkomgevingen te identificeren. Het profiel wordt bijgewerkt met iedere nieuwe werkervaring. Er wordt oplossingsgericht gewerkt, gebruik makend van waarnemingen uit de (werk)omgeving en eventuele aanpassingen aan de werkplek in gedachten houdend. Informatiebronnen zijn: de cliënt, het behandelteam, klinische dossiers, familieleden en voormalige werkgevers (de laatste twee alleen met toestemming van de cliënt). IPS-werkers helpen cliënten om te leren van iedere werkervaring en werken samen met het GGZ-behandelteam om verloren banen, werkproblemen en werksuccessen te analyseren.</li> </ol>	
--	--	--	--



<p><u>3b. Continue inschatting van opleidingsmogelijkheden</u></p> <p>Een eerste inschatting van de</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Er wordt op minder dan vier domeinen regelmatig getoetst en documentatie wordt niet regelmatig geüpdatet</li> <li>2. Er wordt op vier domeinen regelmatig getoetst.</li> <li>3. Er wordt op vijf domeinen regelmatig getoetst.</li> <li>4. Er wordt op zes domeinen regelmatig getoetst.</li> <li>5. Er wordt op zeven domeinen regelmatig getoetst.</li> </ol> <p>De domeinen waarop wordt getoetst zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interessegebieden</li> <li>• Talenten, vaardigheden, steun van de omgeving en in te zetten hulpbronnen</li> <li>• Voorkeuren</li> <li>• Opleidings-CV</li> <li>• Ambities voor de toekomst</li> <li>• Barrières ten aanzien van opleiding</li> <li>• Ondersteuningsbehoeften.</li> </ul>	<p>Scoren in kolom IPS-O</p>
<p><u>4. Ondersteuning bij praktische zaken m.b.t opleiding</u></p> <p>Bij de start van de opleiding of het scholingsprogramma en, indien relevant tijdens de opleiding, ontvangt de cliënt ondersteuning bij het regelen van: 1. inschrijving, 2. studiefinanciering of ander inkomen, 3. boeken en andere studiematerialen, 4. vervoer en 5. Planning en roostering.</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bij geen of één van de elementen wordt ondersteuning geboden.</li> <li>2. Bij twee elementen wordt ondersteuning geboden</li> <li>3. Bij drie elementen wordt ondersteuning geboden.</li> <li>4. Bij vier elementen wordt ondersteuning geboden.</li> <li>5. Bij vijf elementen wordt ondersteuning geboden.</li> </ol> <p>De elementen waarbij ondersteuning wordt geboden zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inschrijving</li> <li>2. studiefinanciering of ander inkomen</li> <li>3. boeken en andere studiematerialen</li> <li>4. vervoer</li> <li>5. planning en roostering.</li> </ol>	<p>Scoren in kolom IPS-O</p>

<p><u>5a. Snel zoeken naar regulier, betaald werk</u></p> <p>De eerste assessment en het eerste persoonlijk contact dat een cliënt of IPS-werker met een werkgever heeft (in verband met een reguliere, betaalde baan), vindt plaats binnen 30 dagen (een maand) nadat de cliënt is ingestroomd in het IPS- programma.</p>	<p>DS, INT, OBS, ISP</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Het eerste persoonlijke contact met een werkgever vindt gemiddeld 271 dagen (9 maanden) plaats na toetreding tot het programma.</li> <li>7. Het eerste contact met een werkgever vindt gemiddeld tussen 151 en 270 dagen (5-9 maanden) plaats na toetreding tot het programma.</li> <li>8. Het eerste contact met een werkgever vindt gemiddeld tussen 61 en 150 dagen (2-5 maanden) plaats na toetreding tot het programma.</li> <li>9. Het eerste contact met een werkgever vindt gemiddeld tussen 31 en 60 dagen (1-2 maanden) plaats na toetreding tot het programma.</li> <li>10. Het programma houdt werkgeverscontacten bij en het eerste contact met een werkgever vindt gemiddeld binnen 30 dagen (1 maand) plaats na toetreding tot het programma.</li> </ol>	<p>Scoren in kolom IPS-A</p>
<p><u>5b. Snel zoeken naar opleidingsmogelijkheden</u></p> <p>De eerste assessment en het eerste persoonlijk contact dat een cliënt of IPS-werker met een onderwijsinstelling heeft (in verband met een reguliere opleidingsplaats), vindt plaats binnen 14 dagen (een maand) nadat de cliënt is ingestroomd in het IPS-programma.</p>	<p>DS, INT, OBS, ISP</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het eerste persoonlijke contact met een onderwijsinstelling vindt gemiddeld na 90 dagen (3 maanden) plaats na toetreding tot het programma.</li> <li>2. Het eerste contact met een onderwijsinstelling vindt gemiddeld tussen 61-90 dagen (2-3 maanden) plaats na toetreding tot het programma.</li> <li>3. Het eerste contact met een onderwijsinstelling vindt gemiddeld tussen 31 en 60 dagen (1-2 maanden) plaats na toetreding tot het programma.</li> <li>4. Het eerste contact met een onderwijsinstelling vindt gemiddeld tussen 14 en 30 dagen (binnen 1 maand) plaats na toetreding tot het programma.</li> <li>5. Het programma houdt contacten bij met onderwijsinstellingen en het eerste contact met een onderwijsinstelling vindt gemiddeld binnen 14 dagen plaats</li> </ol>	<p>Scoren in kolom IPS-O</p>

		na toetreding tot het programma.	
<p><u>6. Het zoeken naar werk of opleiding afstemmen op de cliënt</u></p> <p>Contacten met werkgevers en onderwijsinstellingen zijn gebaseerd op de voorkeuren van de cliënt over het soort werk of opleiding (heeft te maken met wat de cliënt leuk vindt en met persoonlijke doelen) en behoeften (inclusief ervaring, talent, symptomatologie, gezondheid, etc.) in plaats van op de arbeidsmarkt of opleidingsaanbod (d.w.z. banen of onderwijsplaatsen die direct beschikbaar zijn).</p> <p>Een persoonlijk plan wordt ontwikkeld en periodiek bijgesteld op basis van het arbeidsprofielformulier en nieuwe werk- en opleidingservaring of op basis van periodieke bijstelling van de opleidingsassessment.</p>	DS, INT, OBS, ISP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minder dan 25% van de contacten met werkgevers of onderwijsinstellingen zijn gebaseerd op keuzes die een weerspiegeling zijn van de voorkeuren, sterke punten, symptomen, etc. van de cliënt, in plaats van op de beschikbaarheid binnen de arbeidsmarkt of het onderwijs.</li> <li>2. 25-49% van de contacten met werkgevers of onderwijsinstellingen zijn gebaseerd op keuzes die in het verlengde liggen van de voorkeuren, de sterke kanten, de symptomen etc. van een cliënt, in plaats van op de beschikbaarheid binnen de arbeidsmarkt of het onderwijs.</li> <li>3. 50-74% van de contacten met werkgevers of onderwijsinstellingen zijn gebaseerd op keuzes die in het verlengde liggen van de voorkeuren, de sterke kanten, de symptomen etc. van een cliënt, in plaats van op de beschikbaarheid binnen de arbeidsmarkt of het onderwijs.</li> <li>4. 75-89% van de contacten met werkgevers of onderwijsinstellingen zijn gebaseerd op keuzes die in het verlengde liggen van de voorkeuren, de sterke kanten, de symptomen etc. van een cliënt, in plaats van op de beschikbaarheid binnen de arbeidsmarkt of het onderwijs.</li> <li>5. 90-100% van de contacten met werkgevers of onderwijsinstellingen zijn gebaseerd op keuzes die liggen in het verlengde van de voorkeuren, de sterke kanten, de symptomen etc. van een cliënt, in plaats van op de beschikbaarheid binnen de arbeidsmarkt of het onderwijs. De contacten zijn in overeenstemming met het huidige plan. Als cliënten beperkte werk- of opleidingservaring hebben, geven IPS-werkers informatie over diverse maatschappelijke mogelijkheden.</li> </ol>	<p>Bij integraal model scoren in kolommen IPS-A én IPS-O.</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn mogelijk</p>

<p><u>7. Ontwikkelen van banen en opleidingsplaatsen – Regelmatig contact met werkgevers en onderwijsinstellingen</u></p> <p>Iedere IPS-werker heeft minimaal 6 persoonlijke contacten per week met werkgevers of onderwijsinstellingen voor de cliënten die werk of een opleiding zoeken</p> <p>(Stel het aantal vast voor iedere IPS-werker, bereken het gemiddelde en bepaal zo het ankerpunt dat het dichtst in de buurt komt).</p> <p>Een contact telt ook als een IPS-werker dezelfde werkgever of onderwijsinstelling meerdere keren per week ziet. Ook hoeft de cliënt zelf niet aanwezig te zijn. Cliënt- specifieke en algemene contacten worden meegeteld. IPS-werkers gebruiken een checklist, waarbij per week de contacten worden bijgehouden.</p>	<p>DS, INT, OBS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IPS-werkers hebben minder dan 2 cliënt-specifieke contacten per week.</li> <li>2. IPS-werkers hebben 2 cliënt-specifieke contacten per week OF Contacten worden niet bijgehouden.</li> <li>3. IPS-werkers hebben 4 cliënt-specifieke contacten per week. Ook wordt een checklist gebruikt om het aantal contacten bij te houden. Deze checklist wordt maandelijks beoordeeld door de programmacoördinator.</li> <li>4. IPS-werkers hebben 5 cliënt-specifieke contacten per week. Ook wordt een checklist gebruikt om het aantal contacten bij te houden. Deze checklist wordt wekelijks beoordeeld door de programmacoördinator.</li> <li>5. IPS-werkers hebben 6 of meer cliënt-specifieke contacten per week. Ook wordt een checklist gebruikt om het aantal contacten bij te houden. Deze checklist wordt wekelijks beoordeeld door de programmacoördinator. Als het aantal cliënten dat werk of een opleiding zoekt minder dan 3 is, dan gaat het om 2 contacten vermenigvuldigd met het aantal cliënten dat naar werk of een opleiding zoekt.</li> </ol>	<p>Scoren in kolommen IPS-A én IPS-O</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn niet mogelijk</p>
<p><u>8a. Ontwikkelen van banen – Kwaliteit van het contact met werkgevers</u></p> <p>IPS-werkers bouwen een relatie met werkgevers op via meerdere persoonlijke bezoeken die zijn bedoeld</p>	<p>DS, INT, OBS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De IPS-werker heeft contact met een werkgever als een cliënt wordt geholpen bij het indienen van een sollicitatie. OF De IPS-werker heeft zelden contacten met werkgevers.</li> <li>2. De IPS-werker neemt contact op met werkgevers om</li> </ol>	<p>Scoren in kolom IPS-A</p>

<p>om de behoeften van de werkgever te leren kennen, duidelijk te maken wat het IPS- programma te bieden heeft voor de werkgever, te beschrijven welke sterke punten van een cliënt een goede match zijn voor het werk</p> <p>(Stel het aantal vast voor iedere IPS-werker, bereken het gemiddelde en bepaal zo het ankerpunt dat het dichtst in de buurt komt).</p>		<p>navraag te doen over openstaande vacatures en deelt de opgedane kennis met cliënten.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. De IPS-werker haakt in op openstaande vacatures door zichzelf bij de werkgever te introduceren, het IPS-programma te beschrijven en de werkgever te vragen of hij/zij de cliënt wil uitnodigen voor een gesprek.</li> <li>4. De IPS-werker heeft persoonlijk contact met werkgevers om na te gaan of er openstaande vacatures zijn, beveelt cliënten aan door hun sterke punten te beschrijven en vraagt werkgevers om cliënten uit te nodigen voor een gesprek.</li> <li>5. De IPS-werker bouwt een relatie met een werkgever op via meerdere persoonlijke bezoeken, die zijn bedoeld om de behoeften van de werkgever te leren kennen, duidelijk te maken wat het IPS-programma te bieden heeft voor de werkgever, te beschrijven welke sterke punten van een cliënt een goede match zijn voor het werk.</li> </ol>	
<p><u>8b. Ontwikkelen van opleidingsplaatsen – Kwaliteit van het contact met (afdelingen van) onderwijsinstellingen</u></p> <p>IPS-werkers bouwen een relatie op met onderwijsinstellingen via meerdere persoonlijke bezoeken, die zijn bedoeld om de mogelijkheden binnen de onderwijsinstelling te leren kennen en om duidelijk te maken wat het IPS-programma te bieden heeft voor de onderwijsinstelling</p> <p>(Stel het aantal vast voor iedere IPS-werker, bereken het gemiddelde en</p>	<p>DS, INT, OBS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De IPS-werker heeft contact met een onderwijsinstelling als een cliënt wordt geholpen bij inschrijving voor een cursus of opleiding. OF De IPS-werker heeft zelden contacten met onderwijsinstellingen.</li> <li>2. De IPS-werker neemt contact op met onderwijsinstellingen om navraag te doen over opleidingsplaatsen en -vereisten en deelt de opgedane kennis met cliënten.</li> <li>3. De IPS-werker introduceert zichzelf bij onderwijsinstellingen om het IPS-programma te beschrijven en de onderwijsinstelling te vragen of de cliënt welkom is voor een persoonlijk gesprek.</li> <li>4. De IPS-werker heeft persoonlijk contact met onderwijsinstellingen om na te gaan of er opleidingsplaatsen zijn, beveelt cliënten aan door hun sterke punten te beschrijven en verzoekt</li> </ol>	<p>Scoren in kolom IPS-O</p>

<p>bepaal zo het ankerpunt dat het dichtst in de buurt komt).</p>		<p>onderwijsinstellingen cliënten uit te nodigen voor een gesprek.</p> <p>5. De IPS-werker bouwt een relatie op met een onderwijsinstelling via meerdere persoonlijke bezoeken, die zijn bedoeld om de behoeften van de onderwijsinstelling te leren kennen en duidelijk te maken wat het IPS-programma te bieden heeft voor de onderwijsinstelling</p>	
<p><u>9a. Diversiteit bij IPS-A</u></p> <p>De IPS-werkers helpen cliënten met het verkrijgen van verschillende typen banen.</p>	<p>DS, INT, OBS, ISP</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IPS-werkers helpen cliënten in het verkrijgen van verschillende typen banen voor minder dan 50% van de gevallen.</li> <li>2. IPS-werkers helpen cliënten in het verkrijgen van verschillende typen banen voor 50- 59% van de gevallen.</li> <li>3. IPS-werkers helpen cliënten in het verkrijgen van verschillende typen banen voor 60- 69% van de gevallen.</li> <li>4. IPS-werkers helpen cliënten in het verkrijgen van verschillende typen banen voor 70- 84% van de gevallen.</li> <li>5. IPS-werkers helpen cliënten in het verkrijgen van verschillende typen banen voor 85- 100% van de gevallen.</li> </ol>	<p>Scoren in kolom IPS-A</p>
<p><u>9b. Diversiteit bij IPS-O</u></p> <p>De IPS-werkers leiden cliënten toe naar verschillende typen onderwijsprogramma's, zoals reguliere, fulltime onderwijsprogramma's, voorbereidende en deeltijd onderwijsprogramma's en trainingen, leerwerkplekken, stageplaatsen, Nederlands als tweede taal, digitaal onderwijs etc.</p>	<p>DS, INT, OBS, ISP</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IPS-werkers leiden toe naar één of twee typen onderwijsprogramma's, waarbij regulier fulltime onderwijs ontbreekt</li> <li>2. IPS-werkers leiden toe naar één of twee typen onderwijsprogramma's, inclusief regulier fulltime onderwijs</li> <li>3. IPS-werkers leiden toe naar een bredere range aan onderwijsprogramma's, met uitzondering van regulier fulltime onderwijs</li> <li>4. IPS-werkers leiden toe naar een bredere range aan onderwijsprogramma's, inclusief regulier fulltime onderwijs</li> <li>5. IPS-werkers leiden toe naar alle vormen van onderwijs. Er zijn geen aanwijzingen dat onderwijsprogramma's zijn</li> </ol>	<p>Scoren in kolom IPS-O</p>

		uitgesloten van de mogelijkheden	
<p><u>10. Verscheidenheid aan werkgevers</u></p> <p>IPS-werkers helpen cliënten in het verkrijgen van banen bij verschillende werkgevers.</p>	DS, INT, OBS, ISP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IPS-werkers helpen cliënten in het verkrijgen van banen bij verschillende werkgevers voor minder dan 50% van de tijd.</li> <li>2. IPS-werkers helpen cliënten in het verkrijgen van banen bij verschillende werkgevers voor 50-59% van de tijd.</li> <li>3. IPS-werkers helpen cliënten in het verkrijgen van banen bij verschillende werkgevers voor 60-69% van de tijd.</li> <li>4. IPS-werkers helpen cliënten in het verkrijgen van banen bij verschillende werkgevers voor 70-84% van de tijd.</li> <li>5. IPS-werkers helpen cliënten in het verkrijgen van banen bij verschillende werkgevers voor 85-100% van de tijd.</li> </ol>	Scoren in kolom IPS-A
<p><u>11. Reguliere, betaalde banen</u></p> <p>IPS-werkers voorzien in reguliere, betaalde banen. De salariëring bedraagt tenminste het wettelijk minimumloon, het zijn banen waarvoor iedereen zich kan aanmelden en het betreft geen banen die specifiek zijn bedoeld voor mensen met gezondheidsproblemen (seizoensgebonden banen en banen van organisaties die tijdelijk werk aanbieden – zoals uitzendbureaus – tellen ook als reguliere, betaalde banen).</p>	BO, DS, INT, ISP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IPS-werkers voorzien in reguliere, betaalde banen voor minder dan 64% van de gevallen. OF Het huidige banenbestand is minder dan 10.</li> <li>2. IPS-werkers voorzien in reguliere, betaalde banen voor ongeveer 65-74% van de gevallen.</li> <li>3. IPS-werkers voorzien in reguliere, betaalde banen voor ongeveer 75-84% van de gevallen.</li> <li>4. IPS-werkers voorzien in reguliere, betaalde banen voor ongeveer 85-94% van de gevallen.</li> <li>5. IPS-werkers voorzien in reguliere, betaalde banen voor minimaal 95% van de gevallen.</li> </ol>	Scoren in kolom IPS-A
<p><u>12. Gepersonaliseerde volg- ondersteuning</u></p>	DS, INT, OBS, ISP	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De meeste cliënten ontvangen geen ondersteuning nadat ze met een baan of opleiding zijn begonnen.</li> <li>2. Ongeveer de helft van de cliënten ontvangt een klein</li> </ol>	Bij integraal model scoren in kolommen IPS-

<p>Cliënten ontvangen verschillende vormen van ondersteuning bij het werken in een baan of bij het volgen van een opleiding. Deze ondersteuning is gebaseerd op de baan of opleiding, de voorkeuren van de cliënt, eerdere ervaringen, behoeften, etc.</p> <p>Ondersteuning wordt gedaan door verschillende mensen, waaronder: leden van het GGZ- behandelteam (bijv. wijzigingen in medicatie, sociaal vaardigheidstraining, aanmoediging), familie, vrienden, collega's en de IPS-werker. De IPS-werker zorgt ook voor ondersteuning van de werkgever of onderwijsinstelling (bijv. informatie over opleidingen, aanpassingen op het werk of in de groep) op verzoek van de cliënt.</p> <p>De IPS-werker biedt hulp bij loopbaan- of studieontwikkeling, oftewel: hulp bij opleidingen, een baan of opleiding die meer de voorkeur van de cliënt heeft of het regelen van taken die de voorkeur van de cliënt hebben.</p>		<p>aanbod aan ondersteuning, voornamelijk geboden door de IPS-werker.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. De meeste cliënten ontvangen een klein aanbod aan ondersteuning, voornamelijk geboden door de IPS-werker.</li> <li>4. Cliënten ontvangen verschillende vormen van ondersteuning bij het werken in een baan of bij het volgen van een opleiding. De ondersteuning is gebaseerd op de baan of opleiding, de voorkeuren van de cliënt, eerdere ervaringen, behoeften, etc. De IPS-werker biedt ondersteuning voor de werkgever of onderwijsinstelling op verzoek van de cliënt.</li> <li>5. Cliënten ontvangen verschillende vormen van ondersteuning bij het werken in een baan of bij het volgen van een opleiding. De ondersteuning is gebaseerd op de baan of opleiding, de voorkeuren van de cliënt, eerdere ervaringen, behoeften, etc. De IPS-werker zorgt ook voor ondersteuning van de werkgever of onderwijsinstelling (bijv. informatie over opleidingen, aanpassingen op het werk of in de groep) op verzoek van de cliënt. De IPS-werker helpt de cliënt om een baan of opleiding te vinden die meer de voorkeur van de cliënt heeft en helpt de cliënt met opleidingen, cursussen en trainingen. De audit-locatie levert voorbeelden van verschillende vormen van ondersteuning, waaronder hulp gegeven door leden van het behandelteam.</li> </ol>	<p>A én IPS-O.</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn mogelijk</p>
<p><u>13. Inzet van externe resources</u></p> <p>De IPS-werker maakt gebruik van het persoonlijke netwerk van de cliënt en andere resources om het succes van een traject naar werk of opleiding te</p>	<p>DS, INT, OBS, ISP</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. de IPS-werker onderhoudt geen contact met naastbetrokkenen van de cliënt.</li> <li>2. De IPS-werker onderhoudt contact met één of meerdere naastbetrokkenen van de cliënt. Het contact heeft een informerend karakter.</li> <li>3. De IPS-werker onderhoudt contact met één of meerdere</li> </ol>	<p>Scoren in kolommen IPS-A én IPS-O</p> <p>Uiteenlopende scores voor</p>



<p>vergroten. De IPS-werker versterkt waar nodig het netwerk van de cliënt.</p>		<p>naastbetrokkenen van de cliënt. Het contact is gericht op versterking van het netwerk van de cliënt tijdens diens traject naar werk of opleiding.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. De IPS-werker onderhoudt contact met één of meerdere naastbetrokkenen van de cliënt en zet daarnaast ervaringsdeskundigen of maatjes in ter versterking van het netwerk van de cliënt tijdens diens traject naar werk of opleiding.</li> <li>5. De IPS-werker stelt met de cliënt een gericht plan op om het netwerk rondom de cliënt te versterken in het traject naar werk of opleiding. De rollen van de verschillende betrokkenen zijn hierin beschreven.</li> </ol>	<p>IPS-A en IPS-O zijn mogelijk</p>
<p><u>14. Onbeperkte (in de tijd) ondersteuning voor de cliënten</u></p> <p>IPS-werkers hebben persoonlijk contact (met de cliënt) binnen een week voordat een nieuwe baan of opleiding start, binnen 3 dagen nadat de baan of opleiding is gestart, wekelijks in de eerste maand en gemiddeld minstens eens per maand (gedurende een jaar of langer) als de cliënt goed is ingewerkt of de studie goed verloopt en als de cliënt dit wenst.</p> <p>Als de cliënt eenmaal vast werk heeft of in een stabiele studie-situatie zit, wordt de ondersteuning overgedragen aan iemand uit het GGZ-behandelteam. IPS-werkers nemen binnen 3 dagen contact met de cliënt op als een baan</p>	<p>DS, INT, OBS, ISP</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De IPS-werker heeft geen persoonlijk contact met de cliënt in de eerste maand nadat deze met een baan of opleiding is gestart.</li> <li>2. De IPS-werker heeft persoonlijk contact met minder dan de helft van de werkende of studerende cliënten. Dit duurt minstens 4 maanden nadat de cliënten met de baan of opleiding zijn gestart of wanneer het onderwijsprogramma korter duurt dan 4 maanden, voor de totale duur van dit programma.</li> <li>3. De IPS-werker heeft persoonlijk contact met minstens de helft van de werkende of studerende cliënten. Dit duurt minstens 4 maanden nadat de cliënten met de baan of opleiding zijn gestart of wanneer het onderwijsprogramma korter duurt dan 4 maanden, voor de totale duur van dit programma.</li> <li>4. De IPS-werker heeft gedurende de eerste maand na de start van een baan of opleiding wekelijks persoonlijk contact met de werkende cliënten. Minimaal gedurende het eerste jaar – als de cliënt vast werk heeft of de studie goed verloopt en contact met de IPS-werker wenst - is er</li> </ol>	<p>Bij integraal model scoren in kolommen IPS-A én IPS-O.</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn mogelijk</p>

<p>wordt verloren of uitval uit studie dreigt.</p>		<p>minstens gemiddeld eens per maand persoonlijk contact. Wanneer het onderwijsprogramma korter duurt dan 1 jaar, geldt dit voor de totale duur van dit programma.</p> <p>5. IPS-werkers hebben persoonlijk contact (met de cliënt) binnen een week voordat een nieuwe baan of opleiding start, binnen 3 dagen nadat de baan of opleiding is gestart, wekelijks in de eerste maand en gemiddeld minstens eens per maand (gedurende een jaar of langer) als de cliënt goed is ingewerkt of de studie goed verloopt en als de cliënt dit wenst. Wanneer het onderwijsprogramma korter duurt dan 1 jaar, geldt dit voor de totale duur van dit programma. Als de cliënt eenmaal vast werk heeft of in een stabiele studie-situatie zit, wordt de ondersteuning overgedragen aan iemand uit het GGZ-behandelteam. IPS-werkers nemen binnen 3 dagen contact met de cliënt op als een baan wordt verloren of uitval uit studie dreigt.</p>	
<p><u>15. Hulpverlening in de maatschappij</u></p> <p>Arbeidsgerichte hulpverlening of hulpverlening gericht op opleiding, zoals engagement, het vinden van een baan of opleiding en volgende ondersteuning wordt door alle IPS-werkers geboden in een natuurlijke maatschappelijke context (beoordeel iedere IPS-werker op zijn/haar totaal aantal ingeroosterde uren per week; bereken het gemiddelde en bepaal het best passende ankerpunt).</p>	<p>DS, INT, OBS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IPS-werkers besteden 30% van hun ingeroosterde werktijd of minder in de samenleving</li> <li>2. IPS-werkers besteden 30-39% van hun ingeroosterde werktijd in de samenleving</li> <li>3. IPS-werkers besteden 40-49% van hun ingeroosterde werktijd in de samenleving</li> <li>4. IPS-werkers besteden 50-64% van hun ingeroosterde werktijd in de samenleving</li> <li>5. IPS-werkers besteden 65% van hun ingeroosterde werktijd of meer in de samenleving</li> </ol>	<p>Bij integraal model scoren in kolommen IPS-A én IPS-O.</p> <p>Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn niet mogelijk</p>

<p><u>16. Assertieve omgang en outreach</u></p> <p>Het beëindigen van de dienstenlevering aan cliënten is niet gebaseerd op gemiste afspraken of vastgestelde tijdslimieten. Outreach-pogingen worden systematisch gedocumenteerd. Engagement en outreach-pogingen worden ondernomen door een geïntegreerd team. Er vinden meerdere huisbezoeken plaats. Bezoeken aan de cliënt worden goed gecoördineerd tussen de IPS-werker en de GGZ-teamleden. Er wordt contact gelegd met de familie indien dit relevant is. Als eenmaal duidelijk is dat de cliënt niet langer wil werken of studeren of gebruik wil maken van de IPS-diensten, dan wordt de outreach gestaakt.</p>	<p>MIS, DS, INT, OBS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aanwijzingen dat 2 of minder engagement en outreach strategieën worden ingezet</li> <li>2. Aanwijzingen dat 3 engagement en outreach strategieën worden ingezet.</li> <li>3. Aanwijzingen dat 4 engagement en outreach strategieën worden ingezet.</li> <li>4. Aanwijzingen dat 5 engagement en outreach strategieën worden ingezet.</li> <li>5. Aanwijzingen dat alle 6 de engagement en outreach strategieën worden ingezet: <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Het beëindigen van de dienstenlevering aan cliënten is niet gebaseerd op gemiste afspraken of vastgestelde tijdslimieten</li> <li>II. Outreach-pogingen worden systematisch gedocumenteerd</li> <li>III. Engagement en outreach-pogingen worden ondernomen door een geïntegreerd team</li> <li>IV. Er vinden meerdere huisbezoeken plaats</li> <li>V. Bezoeken aan de cliënt worden goed gecoördineerd tussen de IPS-werker en de GGZ-teamleden</li> <li>VI. Er wordt contact gelegd met de familie indien dit relevant is</li> </ol> </li> </ol>	<p>Bij integraal model scores in kolommen IPS-A én IPS-O. Uiteenlopende scores voor IPS-A en IPS-O zijn niet mogelijk</p>
--	--------------------------	--	---

<b>BEZETTING</b>		<b>SCORE IPS-O</b>	<b>SCORE IPS-A</b>	<b>Uiteenlopende score mogelijk</b>
1a.	Aantal cliënten bij geïntegreerde aanpak IPS-A en IPS-O			nee
1b.	Aantal cliënten bij enkel IPS-A		X	n.v.t.
1c.	Aantal cliënten bij enkel IPS-O	X		n.v.t.

2.	Begeleiding door IPS-werkers			nee
3.	Algemene deskundigheid			ja
<b>ORGANISATIE</b>		<b>SCORE IPS-O</b>	<b>SCORE IPS-A</b>	<b>Uiteenlopende score mogelijk</b>
1.	Integratie met het GGZ-behandelteam			nee
2.	Integratie met GGZ-behandeling door regelmatig contact tussen teamleden			nee
3.	Samenwerking tussen IPS-werkers en externe arbeids- en/of opleidingsdeskundigen			ja
4.	Een op arbeid en opleiding gerichte eenheid			nee
5.	Rol van de team coördinator			nee
6.	Geen exclusiecriteria			ja
7.	Focus op regulier, betaald werk en/of deelname aan opleidingen			ja
8.	IPS ondersteuning vanuit de organisatieleiding			Nee
<b>BEGELEIDING</b>		<b>SCORE IPS-O</b>	<b>SCORE IPS-A</b>	<b>Uiteenlopende score mogelijk</b>
1a.	Steun bij inkomsten bij IPS-A		X	n.v.t.
1b.	Steun bij inkomsten bij IPS-O	X		n.v.t.
2.	Openheid			ja
3a.	Continue inschatting van arbeidsmogelijkheden		X	n.v.t.
3b.	Continue inschatting van opleidingsmogelijkheden	X		n.v.t.
4.	Ondersteuning bij praktische zaken m.b.t opleiding	X		n.v.t.
5a.	Snel zoeken naar regulier, betaald werk		X	n.v.t.
5b.	Snel zoeken naar opleidingsmogelijkheden	X		n.v.t.

6.	Het zoeken naar werk of opleiding afstemmen op de cliënt			ja
7.	Ontwikkelen van banen en opleidingsplaatsen – Regelmatig contact met werkgevers en onderwijsinstellingen			nee
8a.	Ontwikkelen van banen – Kwaliteit van het contact met werkgevers		X	
8b.	Ontwikkelen van opleidingsplaatsen – Kwaliteit van het contact met (afdelingen van) onderwijsinstellingen	X		n.v.t.
9a.	Diversiteit bij IPS-A		X	n.v.t.
9b.	Diversiteit bij IPS-O	X		
10.	Verscheidenheid aan werkgevers		X	n.v.t.
11.	Reguliere, betaalde banen		X	n.v.t.
12.	Gepersonaliseerde volg-ondersteuning			n.v.t.
13.	Inzet van externe resources			n.v.t.
14.	Onbeperkte (in de tijd) volg-ondersteuning voor de cliënten			ja
15.	Hulpverlening in de maatschappij			ja
16.	Assertieve omgang en <i>outreach</i>			ja

Maximale score IPS-A = 130

Maximale score IPS-O = 125

## 7.2 Bijlage B: Inhoudelijke leidraad van de focusgroepen

### De focusgroep van de zorgverleners

Stel jezelf even kort voor, welke functie je hebt en bij welke organisatie je werkt.

Een stelling: 'Een betaalde job draagt bij tot het herstel van een persoon met een psychische kwetsbaarheid' – Wat denken jullie hierover? Hoe bedoel je? Kan je een concreet voorbeeld geven?

Een betaalde job geeft stress en werkdruk – Kan je dit concreter maken? Wat precies van betaald werken? Wat kan helpen om dit in te perken? Welke ondersteuning kan helpen?

Is ondersteuning op de werkvloer noodzakelijk – hoe zie je dit concreet? Wat is er nodig voor mensen met een psychische kwetsbaarheid?

Herkennen jullie het debat/dilemma rond focussen op zorg of focussen op werk? Hoe ziet dit eruit in jullie organisatie? Wat zijn risico's als er teveel op zorg en te weinig op werk gefocust wordt?

Kunnen jullie als hulpverleners de inschatting maken of iemand klaar is voor betaald werk? Zo ja, hoe doen jullie dit? Wat zijn redenen dat jullie dit doen?

Welke redenen geven klanten aan dat ze niet willen/kunnen gaan werken? Is dit de mening van de klant of van zijn/haar netwerk?

Stellen jullie bij een eerste intakegesprek of kennismaking vragen rond hun streefdoelen op het gebied van werk? En doorheen het traject, komen vragen rond opnieuw werken aan bod? Gebeurt dit standaard of is dit enkel op vraag van de klant? Stimuleren jullie sommige klanten naar werk?

Samen een oefening doen op een *flipchart*, door een vierkant rooster in te vullen met de deelnemers.

	<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
<b>Voortrajecten</b>		
<b>Traject meteen naar betaald werk</b>		

Wat maakt dat je gelooft dat eerst onbetaalde stage beter werkt dan meteen naar betaald werk te gaan?

In welke situatie zou je wel meteen naar een betaalde job kijken? Om welke redenen is dan een stage niet nodig?

Stel dat de klant geen stage wil doen, wat doe je dan? Is dat moeilijker? Wat zijn de redenen?

Mensen met een psychische kwetsbaarheid kunnen zich bewijzen bij werkgevers via stage. Wat moeten ze bewijzen? Hoe denk jij hier over?

Een traject met meteen een focus naar een betaald job heeft risico's. Wat kan er fout lopen? Hoe groot zijn de genomen risico's? Hoe kan dit vermeden worden?

Stel jullie voor dat er een arbeidscoach met focus op betaald werken binnen jullie organisatie werkt. Is dit een meerwaarde? Zijn er nadelen? Wat vinden jullie ervan dat deze persoon aanwezig is op jullie teamvergaderingen of casusbesprekingen?

Wat zou dan de meest ideale samenwerkingsvorm zijn tussen zorgverleners en arbeidscoaches? Denk op vlak van overlegmomenten, werklocatie van de arbeidscoach, communicatiemanieren (telefonisch, mail,..) en deling van dossiers tussen zorg-werk. Schrijf even op jullie blaadjes, dan samen overlopen.

Moesten arbeidscoaches en zorgverleners wekelijks samen zitten, wat zou er dan besproken kunnen worden? Hoe zou je daar dan tegenover staan?

### **De focusgroep van de ervaringsdeskundigen**

Stel jezelf even kort voor en wat jouw voornaamste reden is om aan deze focusgroep deel te nemen.

Wat vinden jullie van het huidige aanbod van ondersteuning naar een betaalde job? Wat kan er beter? Wat moet zeker behouden blijven? Stond je zelf aan het stuur van deze ondersteuning?

Een betaalde job draagt bij tot het herstel van een persoon met een psychische kwetsbaarheid – Wat denken jullie hierover? Hoe bedoel je? Kan je een concreet voorbeeld geven?

Betaald werken geeft druk en stress – Wat vind je hiervan? Kan je dit concreter maken? Wat precies van betaald werken? Wat kan helpen om dit te beperken?

Aangepast werk: wat verstaan jullie hieronder? Wat hebben jullie nodig van een werkgever om je tewerkstelling te doen slagen?

Hoe ziet voor jou de ideale begeleiding / ondersteuning naar de werkvloer eruit? Wat had/heb je nodig om de stap naar werk te zetten?

Stel jullie voor dat er een arbeidscoach met focus op betaald werken meteen ter beschikking was bij jullie opname/behandeling. Wat is een voordeel? Wat zijn nadelen?

Hoe heb jij het evenwicht ervaren tussen de focus op zorg en de focus op werk tijdens je opname of behandeling?

Samen een oefening doen op een *flipchart*, door een vierkant rooster in te vullen met de deelnemers.

	<b>Voordelen</b>	<b>Nadelen</b>
<b>Voortrajecten</b>		
<b>Traject meteen naar betaald werk</b>		

Wat maakt dat je gelooft dat eerst onbetaalde stage beter werkt dan meteen naar betaald werk te gaan?

In welke situatie zou je wel meteen naar een betaalde job kijken? Om welke redenen is dan een stage niet nodig?

Een traject met meteen een focus naar een betaald job heeft risico's. Wat kan er fout lopen? Hoe groot zijn de genomen risico's? Hoe kan dit vermeden worden?

### 7.3 Bijlage C: Algemene brief aan de deelnemers

#### Zorgverleners

Beste deelnemer,

In de voorbije weken gaf u aan deel te willen nemen aan de focusgroep die ik organiseer in het kader van mijn bachelorproef omtrent de arbeidsre-integratie van personen met een psychische kwetsbaarheid. Sinds maart 2018 ben ik aan het werk als IPS (Individuele Plaatsing & Steun) coach binnen het federaal IPS Pilotproject<sup>29</sup> voor de regio Halle-Asse-Vilvoorde.

Daarnaast ben ik student binnen het departement Gezondheid en Welzijn van de Artesis Plantijn Hogeschool te Antwerpen, in de 'Toegepaste Psychologie'. Vanuit de Hogeschool wordt mijn onderzoek opgevolgd door Dr. L. Frederix en Dr. E. Pazmany. Daarnaast wordt mijn onderzoek begeleid door Dr. S. Decuman, ondersteunend expert onderzoek en ontwikkeling binnen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).

De combinatie van mijn huidig werk als IPS-coach en mijn studie 'Toegepaste Psychologie' gaf me de ideale gelegenheid om het topic '**arbeidsre-integratie voor mensen met een psychische kwetsbaarheid**' verder te verkennen aan de hand van mijn bachelorproef. Beperkt onderzoek werd in Vlaanderen reeds verricht naar de percepties van de zorgpartners over dit topic. Werk is echter wel een zeer belangrijk aspect binnen de re-integratie van mensen met een psychische problematiek en de zorgpartners zijn hierin een cruciale actor. Er is ook weinig zicht op de mogelijke ideeën, oplossingen en hindernissen die door de zorgpartners gezien worden in het werkveld. Daarom wil ik graag uw ideeën kennen. Binnen deze bachelorproef wil ik dit aspect graag verder onderzoeken en daarvoor had ik graag uw medewerking.

Het onderzoek bestaat voor u uit de deelname aan één focusgroep. Van deze focusgroep zal een **audio opname** gemaakt worden, die louter zal gebruikt worden voor de verwerking van de informatie. Er zal **geen onkostenvergoeding of transport vergoeding** kunnen voorzien worden.

In bijlage vindt u eveneens een **toestemmingsformulier**. Gelieve dit te lezen en, indien mogelijk, gescand terug te mailen naar [anke.boone@gtb.be](mailto:anke.boone@gtb.be). Indien dit niet mogelijk is, mag u per mail reeds uw toestemming aangeven en dan kan u bijgevoegd document bij de start van de focusgroep ondertekenen. Op die manier weet ik of u aanwezig zal zijn. Deelnemen is uiteraard geheel vrijblijvend en u hebt de mogelijkheid om op ieder tijdstip uw deelname stop te zetten.

Deelname aan het onderzoek wordt heel erg gewaardeerd. Het is immers van het grootste belang dat met betrekking tot het topic 'arbeidsre-integratie voor personen met een psychische kwetsbaarheid' er een zicht wordt verkregen op de percepties van de zorgpartners.

Ik ben steeds bereid tot het geven van bijkomende uitleg. U kan me elke dag bereiken tussen 9u en 18u op het nummer 0472 99 14 46. U kan me ook mailen via [anke.boone@gtb.be](mailto:anke.boone@gtb.be)

Dank bij voorbaat en met vriendelijke groeten,

Anke Boone

---

<sup>29</sup> Het Belgisch IPS-Pilotproject werd opgestart in februari 2018 door het kenniscentrum van de dienst voor uitkeringen van het RIZIV en de ULB. Binnen dit project worden 1.200 reïntegratietrajecten onderzocht over een tijdsspanne van 5 jaar: 600 volgen het *train-then-place* principe; 600 de IPS-methodiek. De bedoeling is om de resultaten van beide principes op een wetenschappelijke manier te analyseren, waarna de IPS-methode mogelijks kan geïntegreerd worden binnen het reeds bestaande aanbod voor arbeidsre-integratie (RIZIV, 2018a).



## Ervaringsdeskundigen

Beste deelnemer,

In de voorbije weken gaf u aan deel te willen nemen aan de focusgroep die ik organiseer in het kader van mijn bachelorproef omtrent de arbeidsre-integratie van personen met een psychische kwetsbaarheid. Sinds maart 2018 ben ik aan het werk als IPS (Individuele Plaatsing & Steun) coach binnen het federaal IPS Pilotproject<sup>30</sup> voor de regio Halle-Asse-Vilvoorde.

Daarnaast ben ik student binnen het departement Gezondheid en Welzijn van de Artesis Plantijn Hogeschool te Antwerpen, in de 'Toegepaste Psychologie'. Vanuit de Hogeschool wordt mijn onderzoek opgevolgd door Dr. L. Frederix en Dr. E. Pazmany. Daarnaast wordt mijn onderzoek begeleid door Dr. S. Decuman, ondersteunend expert onderzoek en ontwikkeling binnen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).

De combinatie van mijn huidig werk als IPS-coach en mijn studie 'Toegepaste Psychologie' gaf me de ideale gelegenheid om het topic '**arbeidsre-integratie voor mensen met een psychische kwetsbaarheid**' verder te verkennen aan de hand van mijn bachelorproef. Beperkt onderzoek werd in Vlaanderen reeds verricht naar de percepties van de ervaringsdeskundigen over dit topic. Arbeid is echter wel een zeer belangrijk aspect binnen het herstelproces en de maatschappelijke re-integratie. Er is ook weinig zicht op de mogelijke ideeën, oplossingen en hindernissen die door de ervaringsdeskundigen zelf gezien worden. Daarom wil ik graag uw ideeën kennen. Binnen deze bachelorproef wil ik dit aspect graag verder onderzoeken en daarvoor had ik graag uw medewerking.

Het onderzoek bestaat voor u uit de deelname aan één focusgroep. Van deze focusgroep zal een **audio opname** gemaakt worden, die louter zal gebruikt worden voor de verwerking van de informatie. Er zal **geen onkostenvergoeding of transport vergoeding** kunnen voorzien worden.

In bijlage vindt u eveneens een **toestemmingsformulier**. Gelieve dit te lezen en, indien mogelijk, gescand terug te mailen naar [anke.boone@gtb.be](mailto:anke.boone@gtb.be). Indien dit niet mogelijk is, mag u per mail reeds uw toestemming aangeven en dan kan u bijgevoegd document bij de start van de focusgroep ondertekenen. Op die manier weet ik of u aanwezig zal zijn. Deelnemen is uiteraard geheel vrijblijvend en u hebt de mogelijkheid om op ieder tijdstip uw deelname stop te zetten.

Deelname aan het onderzoek wordt heel erg gewaardeerd. Het is immers van het grootste belang dat met betrekking tot het topic 'arbeidsre-integratie voor personen met een psychische kwetsbaarheid' er een zicht wordt verkregen op de percepties van de ervaringsdeskundigen.

Ik ben steeds bereid tot het geven van bijkomende uitleg. U kan me elke dag bereiken tussen 9u en 18u op het nummer 0472 99 14 46. U kan me ook mailen via [anke.boone@gtb.be](mailto:anke.boone@gtb.be)

Dank bij voorbaat en met vriendelijke groeten,

Anke Boone

---

<sup>30</sup> Het Belgisch IPS-Pilotproject werd opgestart in februari 2018 door het kenniscentrum van de dienst voor uitkeringen van het RIZIV en de ULB. Binnen dit project worden 1.200 reïntegratietrajecten onderzocht over een tijdsspanne van 5 jaar: 600 volgen het train-then-place principe; 600 de IPS-methodiek. De bedoeling is om de resultaten van beide principes op een wetenschappelijke manier te analyseren, waarna de IPS-methode mogelijks kan geïntegreerd worden binnen het reeds bestaande aanbod voor arbeidsre-integratie (RIZIV, 2018a).

#### 7.4 Bijlage D: Blanco versie van de schriftelijke geïnformeerde toestemming

Ik ondergetekende, ....., verklaar hierbij dat ik, op vrijwillige basis deelneem aan het onderzoek van het departement Gezondheid en Welzijn van de Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen.

Bovendien verklaar ik dat ik:

- (1) de uitleg over de aard van dit onderzoek heb gekregen/gelezen en dat me de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.
- (2) totaal uit vrije wil deelneem aan het wetenschappelijk onderzoek.
- (3) de toestemming geef aan de onderzoeker om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren in een bachelorproef.
- (4) de toestemming geef dat er tijdens de focusgroep een audio opname gemaakt zal worden en dat ik hier vooraf van op de hoogte gesteld was.
- (5) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder redenen op te geven. Indien ik mijn deelname stopzet, heeft dit op geen enkele wijze nadelige gevolgen voor mij.
- (6) ervan op de hoogte ben dat ik op aanvraag het eindresultaat, de bachelorproef, kan krijgen.

Gelezen en goedgekeurd op ..... (datum),

De deelnemer, (naam + handtekening)