

2017

ZORGPAD WERK, Brug tussen werk en eerstelijns



ESF Project 5488

Oproep innovatie 311

ZORGPAD WERK, BRUG TUSSEN WERK EN EERSTELIJN

Inhoudstafel

1. Inleiding
2. Doelgroep
3. Doelstellingen
4. Toepassing innovatieve modellen
 - 4.1. Zorgpaden
 - 4.2. WRAP
 - 4.3. ICF
5. Sensibilisering
 - 5.1. De eerstelijns zorg- en hulpverleners
 - 5.2. De arbeidsbemiddelaar
 - 5.3. De cliënt
6. Zorgpad Werk in fasen
 - 6.1. Fase 1: Werk bespreekbaar maken
 - 6.2. Fase 2: Aanmelding
 - 6.3. Fase 3: Intake
 - 6.4. Fase 4: Objectiveren en rechten toekennen
 - 6.5. Fase 5: Trajectacties
 - 6.6. Fase 6: Afsluiten en nazorg
7. Casussen
8. Besluit en aanbevelingen
9. Lijst met afkortingen
10. Referentielijst
11. Contact

1. INLEIDING

Langdurige gezondheidsproblemen of functionele beperkingen behoren tot de belangrijkste **oorzaken van werkloosheid** en uitsluiting op de arbeidsmarkt. De kans op werk is in de periode 03/16 tot en met 03/17 nog met 1,2% afgenomen voor personen met een arbeidshandicap en bedraagt nu 3,5% terwijl dit voor de totale groep 'Niet werkende werkzoekenden' 9,3% bedraagt. (Vanderbiesen, 2017) Toch is werk voor veel mensen belangrijk: het betekent meer financiële mogelijkheden, betekenisvolle relaties, het gevoel iemand te zijn en zich te kunnen ontwikkelen. Het is dan ook geen verrassing dat de mentale gezondheid van mensen sneller herstelt door werkhervatting of het vinden van werk.

De **werkzaamheid van personen met een arbeidsbeperking** in Vlaanderen blijft erg laag. Cijfers van de Vlaamse overheid, Werk en sociale economie (Samoy, 2014) tonen aan dat de arbeidsdeelname bij het hebben van een arbeidsbeperking in het Vlaams gewest ligt op 40.5%, terwijl in landen zoals Frankrijk, Zweden, Zwitserland en IJsland boven de 60% uitkomen. Langdurige gezondheidsproblemen en/of functiebeperkingen vormen een basis voor dit probleem. Maar ook de wijze waarop de toegang tot werken georganiseerd is in België samen met verschillende werkloosheidsvallen zijn drempels tot arbeids(re-)integratie. Zo moeten mensen met een RVA uitkering minimaal 13u per week werken of is de combinatie van een inkomensvervangende tegemoetkoming met werken niet vanzelfsprekend.

Door deze complexe drempels inzake arbeidsparticipatie hebben vele zorgactoren de neiging om niet over 'werk' te praten met hun cliënten. Arbeidsbemiddelaars van hun kant zien wel succesverhalen, 49% van de GTB-klanten komt tot betaald werken, en zien zij deze nog te versterken door een goede samenwerking met zorgverstrekkers. Hierbij weten we op basis van een rapport van de OESO (2013) dat het van belang is om bij werknemers die afwezig zijn wegens ziekte **vroegtijdig in te grijpen** om langdurige uitval te voorkomen. Na een afwezigheid van 3 maanden daalt immers de kans tot 50% op een succesvolle of snelle herintrede op de arbeidsmarkt. Om vroegtijdig in te kunnen grijpen, is een directe en integrale aanpak nodig vanuit alle disciplines m.b.t. werk en gezondheid. Zo raadt de OESO (2013) aan om systematisch gezondheidsspecialisten zoals huisartsen te betrekken in het behouden en re-integreren van werknemers met geestelijke gezondheidsproblemen.

Ook het **regeerakkoord** van 2014 focust op (re-)integratie van personen die arbeidsongeschikt zijn. Hierbij wordt uitgegaan van wat de betrokkene nog kan en niet alleen van wat hij niet meer kan. Een multidisciplinaire aanpak staat centraal. Niet alleen **werkgevers en arbeidsgeneesheren** worden geappelleerd om via het aanbieden van werkbaar werk bij te dragen aan een solidaire samenleving en de instandhouding van de sociale zekerheid. Ook de **behandelende sector**, zoals zorg- en hulpverleners uit de eerstelijns worden door het beleid geresponsabiliseerd om een bijdrage te leveren in de arbeids(re-)integratie van deze doelgroep.

Zowel uit een studie van LUCAS als uit een bevraging binnen GTB blijkt er een hoge nood te bestaan aan om meer samen te werken tussen deze actoren. (Van Audenhoven, 2014-2015)

Om zorg binnen een complex zorgnetwerk te organiseren, kunnen **zorgpaden ingezet** worden. Zorgpaden combineren wetenschappelijke kennis, ervaring en cliëntenvoorkeuren met een efficiënte en gecoördineerde organisatie van zorg, dit is een evidence based methodiek bruikbaar voor dit project. Het Zorgpad Werk wil alle betrokken hulpverleners in staat stellen tot het geven van goede handelingsadviezen om hun cliënten tijdig (opnieuw) naar werk te oriënteren. De handelingsadviezen zijn eenduidig, wetenschappelijke onderbouwd en afgestemd op het concrete ondersteuningsaanbod. Bovendien kan een zorgpad de cliënt incentives geven tot therapie trouw door de zorg kosteloos te maken als men actief deelneemt aan het zorgtraject.

Kernachtig geformuleerd hebben wij bij het realiseren van het Zorgpad Werk volgende eisen geformuleerd:

1. Zelfwerkzaamheid van de cliënt versterken door middel van
a. het inbrengen van een herstelvisie 'begeleiding en werk'
B. inzetten van instrumenten 'belasting-belastbaarheid' die gemakkelijk beschikbaar en gebruiksvriendelijk zijn en beantwoorden aan goede praktijkvoorbeelden
2. De cliënt ervaart de begeleiding als een naadloos traject naar werk door middel van
a. het gebruik van een gemeenschappelijke taal, nl. ICF, tussen alle betrokken zorg- en hulpverleners
b. éénduidige instrumenten
c. multidisciplinair overleg en diverse communicatie-methoden
3. Met het zorgpad 'werk' beogen we
a. een verhoogde tewerkstellingsgraad
b. een basis zorgpad te creëren dat eenvoudig kan ingekanteld worden in andere, pathologie-gebonden richtlijnen/zorgpaden

Voorliggend draaiboek biedt concrete handvaten, getoetst in actie-onderzoek aan 29 cases, om het Zorgpad Werk te implementeren. Schematisch kennen de tools volgende indeling:

actie	doelgroep	pilots
sensibiliseren	werkzoeker	Folder GTB, huiswerkopdrachten, ICF
	zorgactoren	Folder "Werk bespreekbaar maken", PowerPoint sensibiliseren, website Zorgpad Werk
	arbeidsactoren	Website Zorgpad Werk
activeren	werkzoeker	Vragenlijst 'Wie bemiddelt de cliënt naar werk?' Huiswerkopdrachten, werken met doelen, het houvastplan
communiceren	werkzoeker	Huiswerk opdrachten
	zorgactoren	vragenlijsten voor de verschillende hulpverleners gebaseerd op ICF
	arbeidsactoren	verschillende brieven gericht op de communicatie met eerstelijns

Het draaiboek richt zich zowel naar trajectbemiddelaars zoals VDAB, GTB, jobcoaches van art. 107-projecten, trajectbegeleiders OCMW's, private arbeidsbemiddelaars,... als naar zorg- en hulpverleners en organisaties uit de gezondheidszorg, bv. de huisarts in het bijzonder, de eerstelijns, revalidatiecentra, netwerken geestelijke gezondheidszorg,....

Aan de hand van deze handleiding kunnen de trajectbemiddelaars en organisaties of disciplines uit de gezondheidszorg het aangeboden algemeen zorgpad gebruiken als:

- een leidraad bij een concrete arbeidsbemiddeling in samenwerking met de cliënt en zijn/haar zorgnetwerk;
- een gereedschapskoffer van concrete hulpmiddelen en instrumenten bruikbaar in een traject naar arbeid;
- een inspiratiebron voor de opmaak van een pathologie- of doelgroep gebonden Zorgpad Werk.

Nota

In het werkveld spreken we soms over 'de patiënt' soms over 'de klant'. In dit draaiboek kiezen we ervoor om te spreken over 'de cliënt'. In de ene context zal de betrokkene benaderd worden vanuit medisch oogpunt, in een andere context op het vlak van werk.

In dit draaiboek Zorgpad Werk zijn diverse tools en documenten opgenomen. Deze zijn terug te vinden in bijlage maar ook via hyperlinks in de tekst raadpleegbaar.

2. DOELGROEP

De doelgroep die we met Zorgpad Werk willen bereiken, zijn personen met een fysieke en/of psychische arbeidsbeperking die hierdoor belemmerd worden in hun proces naar (re-)integratie op de arbeidsmarkt. De aard van de aandoening is ondergeschikt. Het Zorgpad Werk is toepasbaar op cliënten met een bestaand eerstelijnsnetwerk of een nood hieraan.

Spreeken over 'aan de slag gaan' of 'weer aan het werk gaan' kan een brede invulling krijgen. We houden rekening met de verschillende graden waarin mensen in staat zijn te werken. Op basis van individuele competenties, laten we personen maximaal participeren in de maatschappij. We hanteren hiervoor de participatieladder zoals omschreven in de conceptnota W². (Vlaamse Regering, 2013)

6. Betaald werk

5. Betaald werk met ondersteuning

4. Tijdelijke activerende trajecten

3. Arbeidsmatige activiteiten onder begeleiding met welzijns- en zorgbegeleiding

2. Sociale contacten buitenshuis

1. Contacten beperkt tot de huiselijke kring

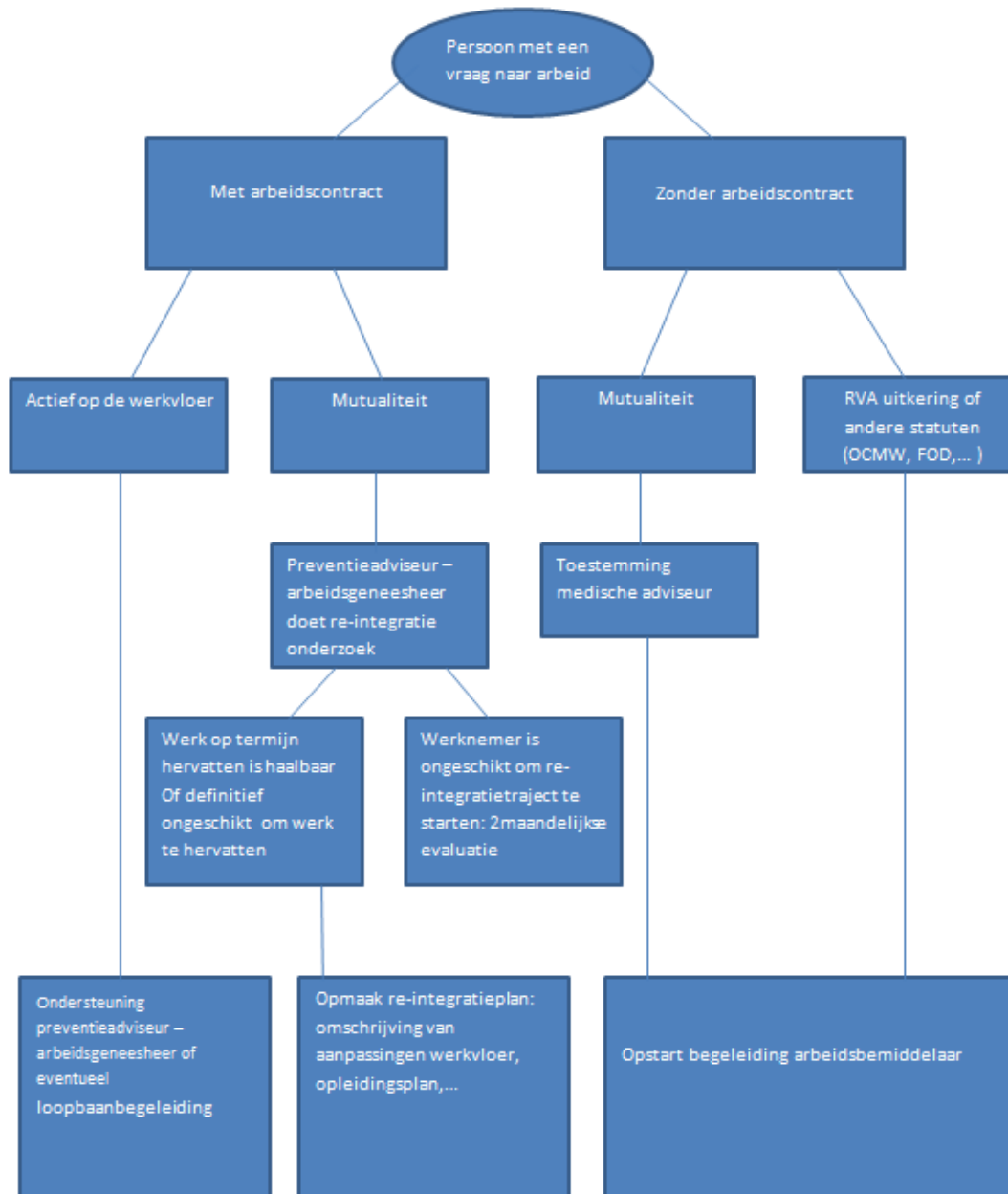
De verschillende treden van de participatieladder kunnen als volgt omschreven worden. Op trede 6 bevinden zich de mensen met betaald werk, zonder hierbij ondersteuning te krijgen. Betaald werk, met ondersteuning is ondergebracht op trede 5, zoals betaald werk met ondersteuning in het normale economisch circuit (NEC), sociale economie, beschutte werkplaatsen. Personen die zich op trap 4 bevinden, volgen een tijdelijke activering met als doel (opnieuw) een stap naar betaald werk te kunnen zetten. Op trap 3 situeren zich de mensen die arbeidsmatige activiteiten verrichten onder begeleiding, in combinatie met welzijns- en zorgbegeleiding. De klemtoon ligt hier eerder op het welzijns- en zorgaspect, dan op werk.

Op trede 1 en 2 situeren zich mensen die minder arbeidsmatig participeren aan de maatschappij. Op trap 2 vinden we mensen die sociale contacten buitenshuis hebben en deelnemen aan georganiseerde ontmoetingen met als focus ontmoeting en bezigheid. Bij mensen op trap 1 beperken de contacten zich tot de huiselijke kring of de welzijns- of zorginstellingen waar ze verblijven.

Het Zorgpad Werk oriënteert zich naar personen die zich situeren in, of toeleidbaar zijn naar trede 3, 4, 5 of 6. Mensen op de onderste twee treden participeren minder arbeidsmatig in de maatschappij. Voor deze laatste doelgroep kan dit een zorgpad een inspiratie zijn om een aangepast model uit te werken.

Rekening houdend met het koninklijk besluit van 28 oktober 2016 over de (re-)integratie van arbeidsongeschikte werknemers richt dit zorgpad zich tot personen met een vervangingsinkomen (RVA, mutualiteit, FOD,...). Is een persoon nog gebonden aan een arbeidscontract en is er een vraag naar begeleiding of aangepast werk, dan is de regelgeving strikt:

- Is de werknemer nog actief op de werkvloer, en heeft hij vragen over afstemming rond werk en gezondheid, dan kan hij beroep doen op de arbeidsgeneeskundige dienst van zijn werkgever of op een erkend loopbaancentrum.
- Is de werknemer arbeidsongeschikt en geniet hij van een mutualiteitsuitkering, dan kan de werknemer, werkgever of de adviserende geneesheer van de mutualiteit een (re-)integratietraject aanvragen. De preventieadviseur – arbeidsgeneesheer stelt een onderzoek in en maakt een (re-)integratieplan op.



De afbakening van de doelgroep voor dit zorgpad neemt niet weg dat onderdelen en/of instrumenten uit dit zorgpad inzetbaar zijn voor een ruimere publiek dan hier omschreven.

3. DOELSTELLINGEN

We streven naar een verhoogde tewerkstellingsgraad van de doelgroep en vertrekken vanuit de wens van de cliënt 'Ik vind de job van mijn leven en de sector Werk en de sector Zorg ondersteunen mij hierin'. De wijze waarop we dit doel willen bereiken zijn gekoppeld aan een aantal vereisten.



Een vroegtijdige en multidisciplinaire tussenkomst van alle betrokken uit de eerstelijns, bv. de huisarts, de arts-specialist, psycholoog, psychiater, kinesitherapeut, ... zorgen voor een tijdige en gemotiveerde toeleiding naar trajectbemiddeling.

Om de intrinsieke motivatie van de cliënt niet te doen wankelen, is het noodzakelijk dat de cliënt de begeleiding als een naadloos traject naar werk ervaart. We kunnen dit bereiken door in te zetten op het gebruik van een gemeenschappelijke taal en handelingskader, nl. ICF, tussen alle betrokken zorg- en hulpverleners uit zorg en welzijn enerzijds en de actoren van de sector werk anderzijds. Ook de inzet van eenduidige instrumenten en het maximaal inzetten op informatie-uitwisseling via van overleg en communicatie tussen alle actoren kunnen hiertoe bijdragen. Ook de inzet op evidence based behandelmethoden die effectief zijn in de opstap of terugkeer naar werk, beschouwen we als noodzakelijk om te slagen in het opzet.

We zetten maximaal in op de versterking van de zelfwerkzaamheid van de cliënt door middel van de inbreng van een herstelvisie 'begeleiding en werk'. Hierbij zetten we instrumenten 'belasting-belastbaarheid' in die gemakkelijk beschikbaar, en gebruiksvriendelijk zijn en beantwoorden aan goede praktijkvoorbeelden.

4. TOEPASSING INNOVATIEVE MODELLEN

Om de samenwerking tussen sector Zorg en Werk te verbeteren is er gekozen om een zorgpad uit te schrijven. Daarnaast is er binnen het Zorgpad Werk gekozen om gebruik te maken van verschillende methodieken, zoals de WRAP en ICF. Op deze manier kan de cliënt het stuur van zijn traject maximaal in handen nemen.

4.1. ZORGPADEN

Om zorg binnen een complex zorgnetwerk te organiseren, worden zorgpaden ingezet in de gezondheidszorg. Zorgpaden kunnen gebruikt worden als methode om zorgprocessen te optimaliseren wanneer zich problemen stellen rond communicatie, coördinatie, transparantie, standaardisatie en opvolging van goede zorg voor een welbepaalde patiëntengroep. De nood aan continuïteit en samenwerking over zorgaanbieders heen, geeft zorgpaden een transmuraal karakter. Transmurale zorgpaden zijn zorgpaden die over de organisatiegrenzen van zorgaanbieders in de gezondheidszorg heen worden ontwikkeld.

De methodologie werd aanvankelijk ontwikkeld om de processen binnen één organisatie te stroomlijnen en te optimaliseren. Het inzetten van zorgpaden en hun methodologie in een waarde gedreven zorgnetwerk is relatief nieuw. De wetenschappelijke kennis en methoden zijn vaak gefragmenteerd of beperkt tot een specifieke patiëntengroep of context. Om zorgpaden in te zetten over de volledige breedte van een waarde gedreven zorgnetwerk, moeten deze beperkingen overstegen worden. (AEYELS e.a., 2016)

In het Zorgpad Werk gaan we een stap verder en willen we de muren tussen de schisma's als sector zorg en sector werk overstijgen. We spreken over een transsectoraal zorgpad.

Zorgpaden combineren wetenschappelijke kennis, ervaring en voorkeuren van cliënten met een efficiënte en gecoördineerde organisatie van zorg. Ze laten toe om geboden zorg te evalueren en te verbeteren. Een zorgpad wordt gedefinieerd als een complexe interventie om de gemeenschappelijke besluitvorming en organisatie van zorgprocessen te verwezenlijken voor een specifieke groep van cliënten gedurende een gedefinieerd tijds kader. Deze eigenschappen van een zorgpad zijn herkenbaar en toegepast in het Zorgpad Werk:

- Een expliciete vermelding van doelen en de sleutelinterventies gebaseerd op evidentie, best practice en cliëntverwachtingen en -kenmerken;

Binnen een trajectbemiddeling werken we stapsgewijs naar arbeids(re-)integratie. Per stap worden opnieuw doelstellingen bepaald, rekening houdend met bekomen inzichten en de wensen van de cliënt. We zetten hierbij in op ondersteunende methodieken en instrumenten, bv. WRAP-methodiek, ICF en MDO (multidisciplinair overleg), waarvan de evidentie kan aangetoond worden of die uit diverse ervaringen efficiënt en doeltreffend blijken.

- Het faciliteren van de communicatie tussen de teamleden en cliënten en hun familie;

Binnen een trajectbemiddeling kan er op verschillende momenten en om verschillende redenen nood zijn aan contacten tussen de betrokken actoren, namelijk tussen de trajectbemiddelaars, de betrokken zorg- en hulpverleners, de cliënt en zijn omgeving. Vooral het doel van het overleg bepaalt welke vorm van contact aangewezen is. Dit kan gaan van het uitwisselen van cliëntgegevens tot een multidisciplinair overleg. Een belangrijke voorwaarde is het op voorhand bespreken met de cliënt waarom je bepaalde contacten wil leggen en hiervoor zijn toestemming vragen.

- Het coördineren van het zorgproces door het afstemmen van de rollen en de opeenvolging van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënten en hun familie;

In het Zorgpad Werk zetten we de cliënt maximaal zelf aan het stuur. Hij is zelf persoonlijk en actief betrokken bij het plannen en uitvoeren van het traject. De cliënt mag en kan zijn richting zelf kiezen binnen het aangeboden kader. Hierlangs heeft de trajectbemiddelaar de rol om het hele proces te coachen.

- Het documenteren, opvolgen en evalueren van afwijkingen en resultaten;

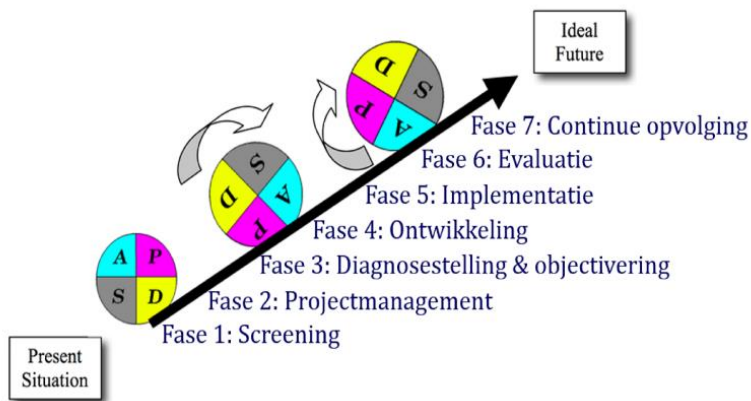
De trajectbemiddelaar registreert elke actie en elke handeling binnen het traject in het digitale cliëntdossier. Dit creëert de mogelijkheid om zowel op individueel vlak als op globaal niveau van het zorgpad de resultaten en afwijkingen in beeld te brengen en te evalueren.

- Het identificeren van de verantwoorde middelen

Het tijdig inzetten van eenduidige, weloverwogen richtlijnen in het herstelproces van de cliënt levert maximale efficiëntie en effectiviteit op. De richtlijnen zijn gebaseerd op:

- *Drempelverlagend werken*
- *Vereenvoudiging van communicatie*
- *Vereenvoudiging van instrumenten en documenten voor de eerstelijns*
- *Betrokkenheid van meerdere disciplines die leidt tot een beter totaalbeeld/functioneren van de cliënt*

Binnen het [Netwerk Klinische Paden](#) (NKP), een initiatief van het Leuvens Instituut voor GezondheidszorgBeleid (LIGB) van KU Leuven, werd een methodologie uitgewerkt voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden: het 7-fasenmodel. (VANHAECHT e.a. 2011, p. 473-481) Dit 7-fasenmodel omvat een screeningsfase, een projectmanagementfase, een diagnosestellings- en objectiveringsfase, een ontwikkelingsfase, een implementatiefase, een evaluatiefase en een continue opvolgingsfase. Deze fase worden cyclisch doorlopen aan de hand van verschillend plan-do-study-act cycli. De projectmatige aanpak voorziet in een regelmatige evaluatie en actualisatie van het zorgpad.



Het volgen van deze methodiek is geen garantie tot succes, maar dient ter ondersteuning van multidisciplinaire teams die veilige, efficiënte, effectieve, patiëntgerichte, tijdige, billijke continue en geïntegreerde zorgprocessen willen (her)ontwerpen.

Via de website www.ikzoekeenzorgpad.be, een initiatief van LISTEL, staan eerstelijns en transmurale zorgpaden continu beschikbaar van alle mogelijke actoren. Deze site is voor iedereen toegankelijk op eender welk moment en zonder login. De site biedt een uniform kader aan waarop zorgpaden aangeboden worden aan professionele zorg- en hulpverleners. Met enkele muisklikken vindt elke zorg- of hulpverlener terug welke taken van hem verwacht worden per fase in een zorgpad. Via de website kunnen zorg- en hulpverleners naast het zorgpad zelf ook downloadbare documenten en instrumenten terugvinden en de nodige links naar relevante websites, cliënteninfo, sociale kaart,...

Het aanbieden van deze website wil faciliterend werken voor zorg- en hulpverleners zodat zij een betere kwalitatieve dienstverlening bieden en uniform werken.



4.2. WRAP (WELLNESS RECOVERY ACTION PLAN)

Binnen het zorgpad is er gekozen om een herstelgerichte visie op te nemen. Het Wellness Recovery Action Plan is een herstelmethode die helpt om weer grip te krijgen op het leven, als dat door ingrijpende gebeurtenissen is ontregeld. WRAP is ontwikkeld om mensen te ondersteunen bij het benutten van eigen ervaringen. Hier staat herstel centraal en de verbetering van het welbevinden. WRAP ondersteunt in individueel herstel en de regie in eigen hand te nemen. WRAP is niet gebonden aan een specifieke diagnose.

WRAP is een plan voor zelfhulp waarmee mensen met ernstige psychische aandoeningen eigen identiteit, balans en verloren gewaande sociale rollen kunnen hervinden en over de gevolgen van ontwrichtende psychische ervaringen heen kunnen groeien. Zij kunnen ermee ontdekken hoe ze zelf betekenis kunnen geven aan hun ervaringen en hoe zeer dit bijdraagt aan hun herstel. Bij het aanbieden en maken van het actieplan wordt diagnostisch taalgebruik vermeden. Door eigen ervaringen niet in termen van ziekte maar in termen van menselijke ervaringen te benoemen ondersteunt WRAP het doorbreken van (zelf)stigmatisering.

WRAP sluit aan bij de bestaande ontwikkelingen op het gebied van herstel en ervaringsdeskundigheid. Methodische zelfhulp lijkt steeds meer een randvoorwaarde voor herstel en de goede inzet van ervaringsdeskundigheid (Boertien e.a., 2012b, p. 276-283). WRAP biedt een concreter en omvattender houvast voor zowel persoonlijke herstelprocessen als voor de ervaringsdeskundige inzet. WRAP kan de inrichting van herstelondersteunende zorg ondersteunen omdat de cliënt steeds meer zicht krijgt op zijn eigen herstel en van daaruit leert om, waar nodig, een meer concrete hulpvraag te formuleren. Binnen de WRAP-methodiek maken personen een actieplan op met in hun achterhoofd de vraag 'wat heb ik wanneer nodig om me goed of weer beter te voelen'. Dit actieplan vullen ze aan met passende tools zoals dagelijks onderhoud, triggers, vroege waarschuwingstekens, signalen van ontsporing, crisis en post-crisis. Het is een evidence-based practice, waar vooral is gebleken dat WRAP voor een significante verbetering zorgt in psychiatrische symptomen, herstel, hoop, opkomen voor eigen belangen en lichamelijke gezondheid. Bovendien blijkt dat WRAP-deelnemers significant beter voor hun eigen behoeften en belangen opkwamen in hun contacten met ggz-hulpverleners.

Het actieplan helpt om het herstel vorm te geven en om de hulpvraag steeds scherper te formuleren. Zo ontwikkelt een WRAP-plan zich tot een flexibele leidraad in het dagelijks leven. Door WRAP aan te bieden ondersteunt de organisatie het individuele herstel en de ontwikkeling van de hulpvraag waarop de zorg kan aansluiten.

Er zijn 5 belangrijke sleutelbegrippen:

- hoop
- persoonlijke verantwoordelijkheid
- eigen ontwikkeling
- opkomen voor jezelf
- steun

Vanuit deze sleutelbegrippen zijn de verschillende huiswerkopdrachten binnen het Zorgpad Werk gekozen. (Copeland, z.j.)

Binnen het Zorgpad Werk is er vooral gebruik gemaakt van de methodiek rond WRAP, er zijn verschillende instrumenten gekozen die binnen deze visie passen. Belangrijk hierin is dat de methodiek binnen elk traject belangrijk is en voor elke doelgroep inpasbaar is. Het gebruik van de instrumenten is afhankelijk van de doelstellingen en op maat van de mogelijkheden van de cliënt. WRAP is geen instrument specifiek voor ondersteuning bij psychische aandoeningen maar kan ook in een andere context ondersteunen bij het hervinden van regie en welbevinden. Gezien de WRAP inzetbaar is voor verschillende doelgroepen, is er binnen het Zorgpad Werk hier ook geen onderscheid in gemaakt.

Binnen de WRAP methodiek is de inzet van ervaringsdeskundigen belangrijk. Het kan de keuze zijn van de organisatie zijn om hier verder op in te zetten. Op dat moment kunnen deze personen ingezet worden wanneer hier nood aan is.

Tijdens de aanmeldingsfase is er de opdracht rond de doelstellingen: waar wil de cliënt zelf aan werken, met als doel hierin de regie meer in eigen handen te kunnen krijgen. De cliënt krijgt doorheen de verschillende huiswerkopdrachten de kans om zijn eigen mogelijkheden in kaart te brengen en zeker ook hierin terug de positieve punten te vinden. Via deze manier verwachten we dat de persoon zelf hierdoor terug de hoop krijgt om een goede begeleiding te verkrijgen, die de richting uitgaat die hij zelf mogelijk acht, rekening houdend met zijn mogelijkheden en beperkingen.

Via het in kaart brengen van het netwerk, komen de steunfiguren in beeld waar de persoon op kan terugvallen. Het houvastplan, wat vooral naar het einde van de begeleiding gebruikt kan worden, kan gezien worden als de gereedschapskist die binnen WRAP heel belangrijk is. Hierin kan de cliënt samen met de bemiddelaar de triggers verwoorden die hem uit balans brengen en een plan omschrijven om hier mee om te gaan. Dit houvastplan dient gedeeld te worden met de personen/hulpverleners die omschreven zijn in dit plan. Op deze wijze kan het gehele netwerk op de gewenste manier inspelen bij bepaalde moeilijkheden.

Binnen de begeleiding is het belangrijk dat de cliënt zelf eigenaar is van zijn volledig dossier. Zo is het aan te raden om samen met hem een cliëntenmap bij te houden, waarin alle belangrijke documenten en huiswerkopdrachten gebundeld zitten. Dit is als het ware de gereedschapskoffer die hij mee kan nemen naar alle contacten in zijn netwerk, zodat zij ook verder op de hoogte kunnen blijven van het verloop van de begeleiding.

4.3. ICF (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH)

De ICF is een internationaal classificatiesysteem van het menselijk functioneren ontwikkeld door de WHO (2000) die voor meer dan 1 doel geschikt is. Deze is van toepassingen in verschillende vakgebieden en uiteenlopend sectoren. ICF schept een gemeenschappelijke taal voor het beschrijven van iemands functioneren, vanuit een bio-psychosociaal model. (World Health Organization (WHO) 2002)

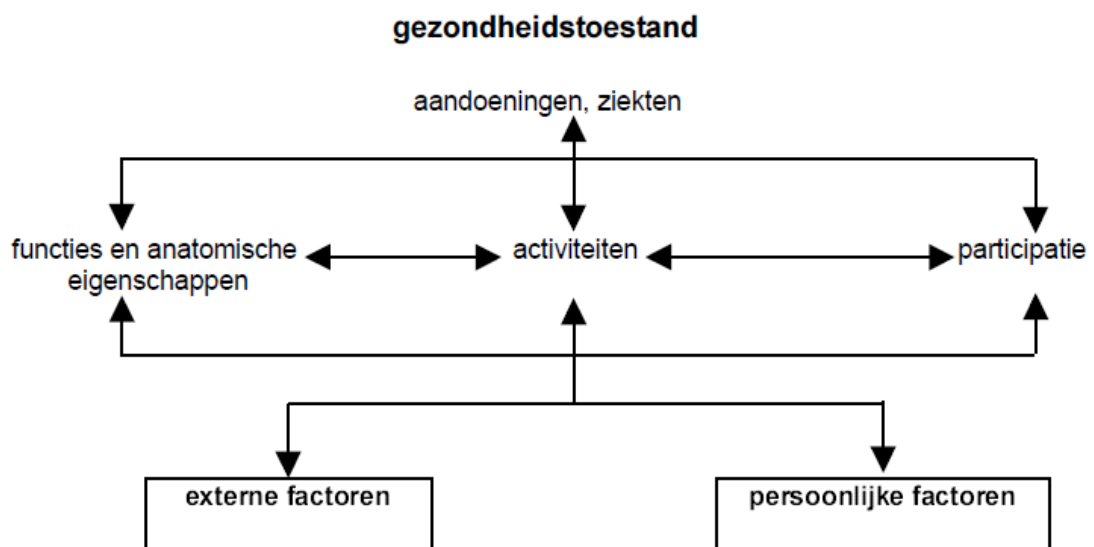
ICF erkent immers dat een handicap niet enkel voortkomt uit een medische disfunctie, maar ook uit de manier waarop deze ons belet om in onze omgeving te functioneren. De focus ligt op de gevolgen van het 'medische' op ons functioneren binnen de omgeving en de maatschappij.

Met behulp van ICF kan het menselijk functioneren worden beschreven vanuit 3 perspectieven:

- Het perspectief van het menselijk organisme
- Het perspectief van het menselijk handelen
- Het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven.

In de ICF wordt het volledig functioneren van mensen in kaart gebracht aan de hand van categorieën, gestructureerd in componenten, hoofdstukken, subhoofdstukken.

Vanuit het ICF basisschema is alles opgebouwd:



Dit schema is het basisschema van ICF, de kapstok, waar alle categorieën van ICF aan worden opgehangen.

Centraal binnen ICF staat het functioneren van mensen. ICF splitst het functioneren op in 3 componenten:

- Funcities en anatomische eigenschappen: lijf en brein
 - Funcities: fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijke organisme
 - Anatomische eigenschappen: positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijke lichaam
- Activiteiten: onderdelen van iemands handelen: wat iemand doet: horen, denken, aanleren van vaardigheden, ...
- Participatie: iemands deelname in het maatschappelijke leven: wat iemand doet in relatie tot zijn omgeving/anderen: werken, het huishouden doen, zich verplaatsen, ...

Het functioneren van mensen wordt door verschillende factoren beïnvloedt:

- Door aandoeningen/ziektes/letsels: gezondheidsproblemen, denk hierbij aan de andere, reeds vermelde classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD-10
- Door externe factoren: factoren buiten het individu, dit gaat over de omgeving van mensen en de mate waarin deze een invloed heeft op het functioneren van mensen: zijn er hulpmiddelen om de betrokkene te ondersteunen, welke invloed hebben de vrienden op het functioneren van de persoon, ...
- Door persoonlijke factoren: factoren binnen het individu, dit gaat over persoonlijke kenmerken, zoals bijvoorbeeld, leeftijd, opleidingsverleden, geslacht, ...

Vanuit VDAB/GTB is er een coreset ontwikkeld van 43 categorieën uit ICF, die de afstand tot de arbeidsmarkt het best kunnen inschatten. Elk van deze categorieën is voorzien van een operationele definitie, alsook van een aantal gedragsindicatoren. Dit maakt het voor de bemiddelaar een meer werkbaar instrument.

Via ICF is het mogelijk om samen met de cliënt zijn functioneren en groeimogelijkheden verder in kaart te brengen. Hiervoor is er gekozen om de coreset van 43 categorieën om te zetten naar eenvoudig taalgebruik. Bij opstart van de begeleiding is het zinvol om dit te laten invullen, om zo sneller een goed beeld te krijgen van de persoon. Doorheen de begeleiding kan dit document opnieuw aangegrepen worden om de groei binnen deze begeleiding beter zichtbaar te maken.

Omdat ICF door iedereen gebruikt kan worden, biedt ze een gemeenschappelijke taal in de samenwerking met partners uit de zorgsector.

Voor de samenwerking tussen sector werk en de eerstelijns gezondheidszorg is er gekozen om een ICF vragenlijst te voorzien per discipline, waarin er specifiek naar kennis vanuit elk vakgebied is gevraagd. Uit bevraging is gebleken dat de huisarts vaak overbevraagd worden rond algemene medische gegevens, maar ook op verschillende levensdomeinen geen duidelijk beeld hebben. Door de vragen op te splitsen verkrijgen we een beter beeld vanuit de deskundigheid van ieders discipline.

- De behandelende arts ontvangt een document met 2 delen. In het eerste deel dient deze de medische diagnose weer te geven. Daarnaast leggen de ICF categorieën de nadruk op de algemene zaken, zoals zorgdragen voor gezondheid, omgaan met stress,
- Voor kinesist/ergotherapeut ligt de nadruk vooral om de fysieke mogelijkheden van de persoon (staan, zitten, heffen, tillen,...)
- Voor psychiater/psycholoog is vooral de psychische stabiliteit, coping, omgaan met stress de categorieën die bevestigd worden.
- Omdat er soms ook andere hulpverleners betrokken zijn, willen we deze bevestigd via een verkorte algemene vragenlijst gebaseerd op ICF.

Vanuit het gedeelde inzicht van cliënt, bemiddelaar en de zorg –en hulpverlener, kan er zo een volledig mogelijk beeld van de persoon geschetst worden. Het helpt de bemiddelaar om sneller, gerichte stappen te zetten binnen de begeleiding. Daarnaast kunnen de doelstellingen ook duidelijk worden weergegeven aan het netwerk, waardoor er gezamenlijk hieraan gewerkt wordt.

Op dit moment is er geen mogelijkheid om via een gedeeld patiëntendossier de ICF klantenversie en begeleidersversie met de zorg- of hulpverlener te delen. Het is aan te bevelen om hier in de toekomst naar een veilige informatica-omgeving om het delen van doelgerichte informatie mogelijk te maken. Zodat elke behandelaar zijn doelen kan bepalen, maar ook holistisch kan werken. Deze info moet snel en accuraat beschikbaar zijn.

Aangezien deze mogelijkheid op dit moment niet bestaat, is het aan te raden om de cliënt steeds de laatste versie met doelstellingen beschikbaar te stellen. Zoals aangegeven binnen de WRAP methodiek voorzien we een cliëntenmap waarin de belangrijke documenten verzameld kunnen worden. De ICF vragenlijsten van de zorg- en hulpverleners zijn hierin een belangrijk aandeel, maar zeker ook de ICF klantenversie. De cliënt kan op deze manier ervoor zorgen dat de hulpverleners in zijn netwerk op de hoogte blijven.

De verschillende instrumenten die ontwikkeld werden in het kader van dit zorgpad vind je op :



5. SENSIBILISERING

Voor het slagen van arbeids(re-)integratie trajecten is een goede samenwerking tussen de partners uit de zorg- en welzijnssector enerzijds en de partners werk en empowerment in een bepaalde regio cruciaal. Hoe beter alle partners elkaar kennen, hoe vlotter de samenwerking zal verlopen. (Vlaamse Regering, 2013)

5.1. DE EERSTELIJNS ZORG- EN HULPVERLENERS

Het is duidelijk dat het thema 'arbeids(re-)integratie' nog niet dagelijks op de agenda van de eerstelijns staat. De rol en het belang die de verschillende zorg- en hulpverleners hebben in het (re-)integratieproces is onvoldoende bekend bij hen. De eerstelijns kan meer betrokken worden zowel in het uitwisselen van informatie, bilateraal overleg, multidisciplinair samenwerken en in het aanbieden van therapeutische herstellingszorg.

Ook over de mogelijkheden die de sector werk aanbiedt inzake arbeidsbemiddeling heerst nog onwetendheid. Tijdens de ontwikkeling van het zorgpad werd duidelijk dat er talrijke vooroordelen en misverstanden heersen, bv. leeft er de idee dat er geen werk is voor de doelgroep wat artsen niet aanspoort om cliënten door te verwijzen. Hierdoor worden niet alle mogelijkheden benut en blijven mogelijk veel cliënten langer thuis dan nodig.

Om de eerstelijns aan te moedigen om een actieve rol op te nemen, kunnen op verschillende niveaus initiatieven genomen worden.

- Organiseren van infosessies en vormingsinitiatieven

Bij het organiseren van vormingen houd je deze doelstellingen voor ogen:

- De eerstelijns denkt oplossingsgericht rond ziekte en arbeid en is overtuigd dat arbeids (re-)integratie mogelijk is.
- De eerstelijns hanteert een empowerende aanpak rond de doelgroep.
- De eerstelijns is zich bewust van haar rol.
- De eerstelijns kan gericht doorverwijzen naar diensten voor arbeidsbemiddeling, met bij voorkeur het aanreiken van één contactpunt.
- De tewerkstellingsgraad van personen met een arbeidsbeperking verhoogt.

De inhoud van deze vormingen kan enerzijds algemene duiding bevatten rond de problematiek, anderzijds is het aanbevolen om zoveel mogelijk praktische handvaten aan te reiken.

- Algemene duiding – mogelijke thema's
 - Maatschappelijke en economische situering:
 - Belang van werk
 - Probleemstelling
 - Beleidsvisie en –maatregelen
 - Wetgeving
 - Nood aan uniforme taal tussen de verschillende sectoren, nl. ICF

- Empowerende aanpak
- Mogelijkheden bij bemiddeling naar werk, aan de hand van de participatieladder:
 - Doelgroep per trede
 - Tewerkstellingsmogelijkheden per trede
 - Aanbod per trede, belang van samenwerking en de rol van de eerstelijns
- Concrete handvaten aanreiken
 - Welke cliënten kan ik doorverwijzen?
 - Wat zijn voorwaarden of criteria om cliënten door te verwijzen?
 - Concrete contactgegevens op basis van de lokale sociale kaart
 - Hoe moet ik een cliënt aanmelden?
 - Aanreiken van good practices en succesverhalen
 - Casusbespreking.
 - Maak gebruik van de tools
 - [Waarom werk bespreekbaar maken?](#)
 - [Vragenlijst 'Wie bemiddelt de cliënt naar werk?'](#)
 - [Verwijsbrief arbeidsbemiddeling](#)
 - [Mijn loopbaanvragen](#)
 - [Doelstellingen – ik weet aan welke doelstellingen ik wil werken](#)



Om actief aan de slag te gaan in het sensibiliseren van de eerstelijns is er een [powerpoint](#) opgemaakt. Je kan deze gebruiken om het Zorgpad Werk te introduceren in plaatselijke overleg platformen, lokale overlegkringen, huisartsenkringen

5.2. DE ARBEIDSBEMIDDELAAR

- Uitbouwen van persoonlijk netwerk

Om individuele zorg- of hulpverleners te overtuigen van hun bijdrage om cliënten toe te leiden naar de arbeidsmarkt, is het de moeite om tijd te investeren in de uitbouw en het behoud van een persoonlijk netwerk. De ervaringen uit het project leren dat een persoonlijke en gerichte benadering van bv. huisartsen tot een andere aanpak van hun cliënten kan leiden. Artsen geven zelf aan dat ze vlugger en gemakkelijker contact opnemen als ze een gezicht kunnen plakken op de dienstverlener.

De contacten die je legt om te netwerken doe je best persoonlijk of telefonisch, mailings blijven vaak onbeantwoord. Vooral het eerste contact, waarin je vooral de werking en het aanbod toelicht, doe je best persoonlijk. Blijf deze contacten ook onderhouden door hen regelmatig op de hoogte te houden, zowel van individuele dossiers als van algemene aangelegenheden. Voorzie, buiten het formele overleg, ook meer informeel contact. Dit maakt de toegankelijkheid tot de begeleiding meer laagdrempelig. Beide partijen kunnen met hun vragen terecht bij elkaar. Deze contacten slaan de brug tussen de gezondheidssector en de arbeidsmarkt.

Misschien renderen niet alle contacten onmiddellijk, maar bijvoorbeeld wel op een later tijdstip.

Uiteraard is deze manier van aanpak zeer arbeidsintensief, toch is het de moeite om het te overwegen. Immers na enkele succesverhalen te kunnen boeken, volgt het sneeuwbaaleffect en wordt de tijdsinvestering kleiner.



- Leg contacten via de huisartsenkring of beroepsverenigingen.
- Vraag bij voorstellingen aan artsen of er andere collega's ook interesse kunnen hebben.
- Spreek groepspraktijken aan. Hiermee kan je meerdere artsen tegelijk informeren en sensibiliseren waardoor je een grote groep potentiële cliënten bereikt.
- Vergeet de wijkgezondheidscentra niet aan te spreken.
- Voorzie een vast aanspreekpersoon per regio bij wie de eerstelijns terecht kan.

- Attitudes van de arbeidsbemiddelaar

Als arbeidsbemiddelaar dien je communicatief sterk in je schoenen te staan. De zorg- of hulpverleners kunnen in eerste instantie moeilijk te overtuigen zijn van het nut om intensiever samen te werken, er heersen daarnaast soms misverstanden die eerst uitgeklaard moeten worden. Pas nadien zal de samenwerking vanuit een goede basis opgezet kunnen worden. In het begin van de samenwerking zal het initiatief meer door de bemiddelaar genomen moeten worden, hierin dien je dan ook door te zetten. Het is belangrijk om zelf doordrongen te zijn van het idee dat samenwerken zinvol is.

Daarnaast is de zorgsector in volle ontwikkeling, uitbouwen van samenwerkingen is vaak ook een langer proces met prioriteiten die kunnen veranderen. Flexibel je kunnen opstellen hierrond is belangrijk. Binnen de individuele samenwerkingen dien je vaak naar oplossingen te zoeken om deze samenwerking vlot te laten verlopen, op maat van de zorg- of hulpverlener.

De huisartsen vinden het zeer belangrijk, om een centraal aanspreekpunt te hebben binnen de regio, zorg dan ook voor een goede bereikbaarheid.

- Stakeholders betrekken

Wens je aan de slag te gaan om een specifiek Zorgpad Werk te ontwikkelen, bv. voor een specifieke doelgroep of een pathologie-gebonden zorgpad, dan is het belangrijk om zicht te krijgen op alle betrokken actoren. Niet enkel breng je de stakeholders in kaart maar toets je ook de draagkracht en bereidheid van verandering en innovatie af. Neem voldoende tijd voor deze fase. Zorg daarnaast ook voor een correct evenwicht tussen de betrokken disciplines, organisaties in je ontwikkelingsgroep.

Om de eerstelijns te betrekken, kan je gebruik maken van bestaande overlegplatformen waar je diverse disciplines gelijktijdig kan bereiken. Deze platformen, zoals SEL's en LMN's hebben immers de opdracht om de multidisciplinaire en transmurale samenwerking te bevorderen en de gesprekstafel aan te bieden voor dergelijke initiatieven. Bovendien zijn de leden van deze platformen afgevaardigden vanuit hun discipline of organisatie en vertegenwoordigen zij de standpunten van hun achterban. Je kan terecht op [Vlaamse SELs](#) en [LMNs](#)

In de toekomst zullen deze bestaande overlegplatformen opgaan in de eerstelijnszones. Deze zones zijn geografische gebieden waarin alle zorgaanbieders en lokale besturen hun samenwerking vorm gaan geven en hun verantwoordelijkheid zullen nemen voor de populatie van die eerstelijnszone. Het tijdsvenster van deze reorganisatie van de eerstelijns loopt van 2018 tot 2025. (<https://www.zorg-en-gezondheid.be/conferentie-reorganisatie-van-de-eerstelijnszorg-in-vlaanderen>)

Wil je een specifieke discipline betrekken dan kan je terecht bij de diverse beroepsverenigingen of kringen, zoals de huisartsenkringen. Je vindt de contactgegevens op www.desocialekaart.be

Het uittesten van een zorgpad doe je best op kleine schaal, bv. in een beperkte, afgebakende regio. Op deze manier is het haalbaar om de betrokken disciplines en organisaties te betrekken, hun interesse te wekken en hun engagement te verkrijgen. Zodra het zorgpad op punt staat, kan je de uitrol ervan uitbreiden naar andere regio's.

5.3 DE CLIËNT

Om de slaagkansen van een traject naar werk te verhogen is het ook van belang om de cliënt rond een aantal thema's te sensibiliseren. Dit kan zowel door de trajectbemiddelaar als de eerstelijns opgenomen worden.

- Thema's: Het belang van werk en de positieve invloed hiervan op de gezondheid van de cliënt, zowel fysiek als psychisch.
- Het belang van een snelle reactivering
- Focus op mogelijkheden in plaats van beperkingen
- Werk kan meer zijn dan een fulltime baan op de reguliere arbeidsmarkt
- Het is in het voordeel van de cliënt dat de trajectbemiddelaar en de eerstelijns samenwerken en informatie uitwisselen

Het sensibiliseren van een cliënt gebeurt niet expliciet, maar dit komt doorheen de verschillende fases en de verschillende contactmomenten aan bod. Het is belangrijk dat zowel de trajectbemiddelaar als de eerstelijns overtuigd is van deze thema's en dit beiden uitdragen in hun houding naar de cliënt.

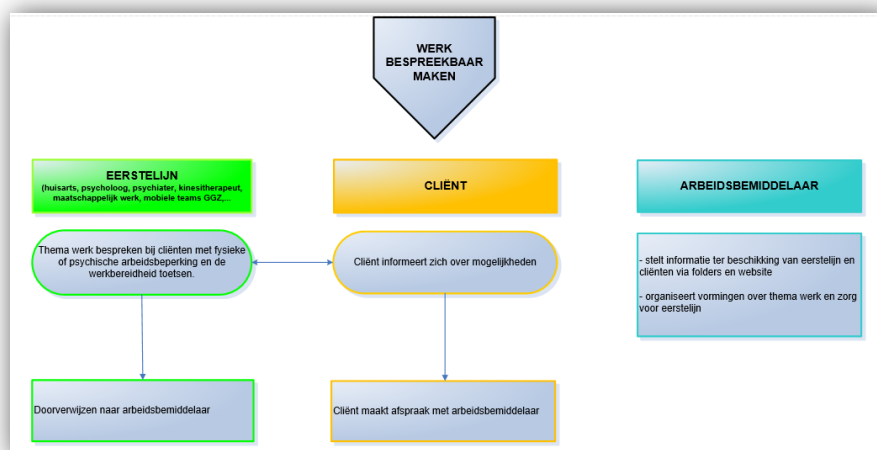
Maak gebruik van deze tools:

- [Folder GTB: 'Samen kunnen we'](#)
- [Onthaalbrochure](#)



6. ZORGPAD IN FASEN

6.1. FASE 1 - WERK BESPREEKBAAR MAKEN



Het traject naar arbeids(re)-integratie start zodra duidelijk is dat de cliënt geconfronteerd wordt met een fysieke of psychische beperking die de weg naar arbeid zou kunnen belemmeren. Hier is vooral een rol weggelegd voor de behandelende sector: de huisarts, de arts specialist, de psycholoog, de psychiater, de kinesitherapeut,... De eerstelijin moet niet enkel focussen op de beperking of aandoening maar ook op de beleving van de cliënt omtrent werk.

Onderstaande richtlijnen vloeien voort uit de bevindingen van dit project en uit literatuuronderzoek. Een aantal tips richten zich, omwille van hun bevoegdheid, enkel naar de behandelende artsen.

WIE brengt thema 'werk' ter sprake?

- In geval van arbeidsongeschiktheid is steeds een behandelende arts betrokken, hetzij de huisarts, hetzij een arts-specialist. Hun rol als curatieve arts gaat verder dan het wettigen van ziekteverzuim.
- Merk je als zorg- of hulpverlener dat de cliënt klaar is om stappen te zetten in een traject naar arbeidsparticipatie, verwijs de cliënt dan door naar diensten voor arbeidsbemiddeling. Je kan hiervoor terecht bij de [lokale werkwinkels](#).
- Bij cliënten die een intensieve ondersteuning vragen, kan een samenwerking met een casemanager werk aanbevolen zijn. Samen is er meer mogelijk dan je denkt, een multidisciplinaire aanpak verhoogt de kans op succes. Contacteer een gespecialiseerde arbeidsbemiddelaar via je lokale contactpersoon of via de [lokale werkwinkel](#).

WANNEER breng je thema 'werk' ter sprake?

- Praat vanaf je eerste contacten over werk en de betekenis ervan met je cliënt. Een goed inzicht maakt het mogelijk om een betere inschatting te maken naar arbeids(re-)integratie.
- Wanneer duidelijk is dat een terugkeer naar werk een optie is, breng het thema dan herhaaldelijk ter sprake. Hierdoor blijft de focus op werk behouden vanaf dag 1 na de acute fase. Concreet kan je volgende momenten aangrijpen om werk te bespreken:
 - Als de einddatum van de arbeidsongeschiktheid nadert
 - Als het document 'vertrouwelijk' moet ingevuld worden en een nieuwe einddatum moet bepaald worden
 - Bij een positieve evolutie van de ziekte
 - Op het moment dat de cliënt zich bij de medisch adviseur dient aan te melden
 - ...

HOE breng je thema 'werk' ter sprake?

- Leg de focus meer op hetgeen de patiënt nog kan, in plaats van op hetgeen hij niet meer kan. De mogelijkheden van de patiënt moeten primeren op zijn beperkingen.
- Vraag aan de patiënt wat werk waardevol maakt, los van de financiële component. Wat betekent 'werk' op het vlak van betekenisvolle relaties, persoonlijke ontwikkeling en het gevoel iemand te zijn?
- Weet dat het begrip 'werk' breed is; er is bv. ook betaald werk met ondersteuning, maar onbetaald werk kan ook een goede opstap zijn.
- Maak de mogelijkheid van progressieve tewerkstelling kenbaar.
- Hou rekening met de persoonlijke situatie van de patiënt: ernst van de ziekte, motivatie, zelfkennis, randvoorwaarden,...
- Maak gebruik van de verschillende instrumenten die hiervoor beschikbaar zijn.

Maak gebruik van deze tools:

- [Hoe en waarom praat ik met mijn patiënt over 'werk'?](#)
- [Vragenlijst 'Wie bemiddelt de cliënt naar werk?'](#)
- [Mijn loopbaanvragen](#)
- [Doelstellingen – ik weet aan welke doelstellingen ik wil werken](#)
- [Mijn actieplan](#)
- [Oefening blokkades](#)
- [Praatplaat](#)
- [Vragenlijst 'Dromen over werk'](#)



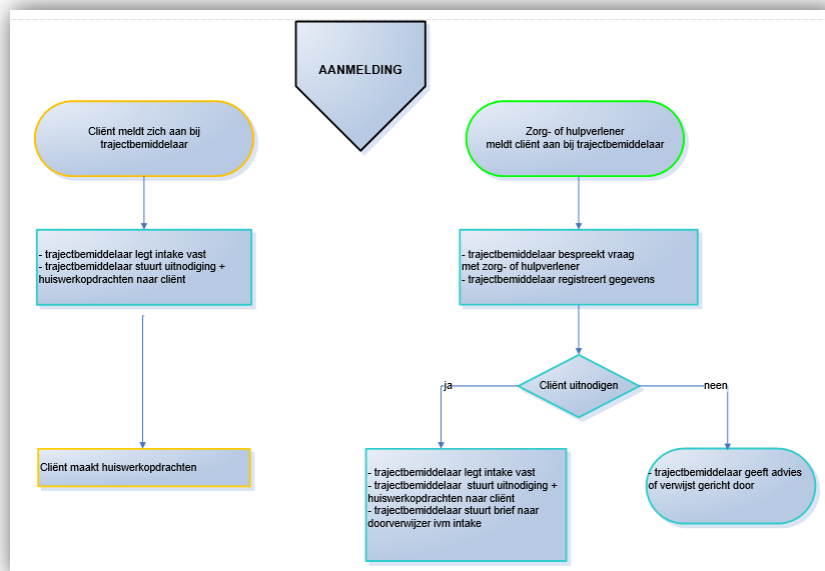


- Start de dialoog over werk zo snel mogelijk.
- Breng 'werk' herhaaldelijk ter sprake.
- Focus op wat goed gaat, hanteer een oplossingsgerichte aanpak.
- Volg het tempo van de cliënt, hou rekening met zijn motivatie, zelfkennis, randvoorwaarden,...
- Stimuleer de cliënt om contact op te nemen met trajectbemiddelaars en geef concrete informatie over contactpunten. Zonodig neem telefonisch contact om de cliënt aan te melden.
- Heb je concrete vragen of wens je specifiek advies over een cliënt, contacteer dan een trajectbemiddelaar.

- Alle informatie en tools over deze fase vind je op



6.2. FASE 2 – AANMELDING



Nadat de eerstelijnswerker en cliënt samen besloten hebben de stap naar werk te zetten, dient er overgegaan te worden naar een aanmelding bij een trajectbemiddelaar. Om te weten naar welke arbeidsbemiddelaar de eerstelijns kan doorverwijzen, is [‘Vragenlijst Wie bemiddelt de cliënt naar werk’](#) een aangewezen instrument.

Als de persoon voldoende zelfredzaam is, is het aan te raden dat deze zelf de stap naar begeleiding zet. Hij kan zichzelf aanmelden bij de werkwinkel van zijn regio of een andere trajectbemiddelaar. Om deze hierin te ondersteunen kan de zorg-hulpverlener wel een [verwijsbrief](#) opmaken met een aantal algemene gegevens, reden van verwijzing, haalbaarheid tewerkstelling, doelstellingen en motivatie cliënt, de valkuilen en drempels. De contactgegevens van GTB vind je [hier](#), die van de werkwinkels [hier](#). Het is aan te raden om het principe van warme overdracht hoog in het vaandel te dragen. Mits akkoord van de cliënt kan er telefonisch overleg gepleegd worden en eventueel relevante dossiergegevens gedeeld.

Wanneer de cliënt niet in de mogelijkheid is om zelf een aanmelding te doen, kan de betrokken zorg- of hulpverlener dit voor zijn rekening nemen. We streven er steeds naar om de cliënt zoveel mogelijk deze actie zelf te laten zetten.

Na de aanmelding ontvangt de cliënt een uitnodiging voor een intakegesprek. Samen met de uitnodiging ontvangt de cliënt enkele huiswerkopdrachten. Deze opdrachten kaderen binnen de WRAP-methodiek.

- Via de eerste opdracht [‘Mijn loopbaanvragen’](#) kan de persoon al weergeven of hij klaar is om de stap naar werk te zetten, welke voordelen hij ziet in tewerkstelling, maar ook welke drempels hij op dit moment ervaart en wie hem hierbij kan ondersteunen.
- De 2^{de} opdracht, [‘Doelstellingen’](#), zorgt ervoor dat de cliënt kan weergeven aan welke zaken hij wenst te werken gedurende de begeleiding.

Op deze manier kan de cliënt zichzelf grondig voorbereiden op het intakegesprek. Hierdoor kan hij tijdens dit gesprek beter aangeven welke richting hij uit wil en het heft meer in eigen handen nemen. Dit past binnen de visie van het zorgpad: cliënt aan het stuur. Indien het niet haalbaar is om dit zelfstandig te doen, kan er steeds aangeboden worden om dit samen met begeleiding te doen.

Ook de aanmelder ontvangt een [brief](#) met een kennisgeving van de intake.

Maak gebruik van deze tools:

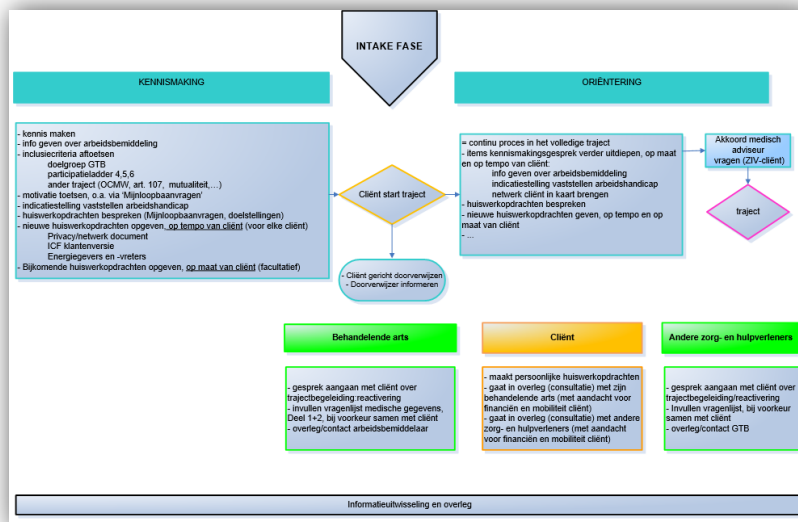
- [Verwijsbrief naar arbeidsbemiddeling](#)
- [Mijn loopbaanvragen](#)
- [Doelstellingen](#)



- Laat de cliënt zoveel mogelijk zelf actie ondernemen.
- Verwijs de cliënt zo gericht mogelijk en ondersteun met verwijsbrief, maar laat cliënt zelf zoveel mogelijk zelf actie ondernemen.
- Is overleg nodig, neem als zorg- of hulpverlener rechtstreeks contact met de trajectbemiddelaar.
- Maak gebruik van de tools zoals 'Mijnloopbaanvragen' en/of 'Doelstellingen'
- Alle informatie en tools over deze fase vind je op



6.3. FASE 3: INTAKE



Tijdens de intakefase wordt dieper ingegaan op de droom van de cliënt inzake tewerkstelling en wordt gereflecteerd op acties die kunnen opgezet worden, bv. stage lopen op een werkvloer of werkplekleren. Dit eerste contact tussen de bemiddelaar en de cliënt is cruciaal voor het verdere verloop van het traject.

Tijdens de intake bespreekt de bemiddelaar de huiswerkopdrachten met de cliënt. Wanneer het voor de cliënt moeilijk is om dit alleen te doen, kan hij steeds vragen om dit op te nemen met een persoon binnen zijn netwerk. Wanneer dit niet gebeurt, neemt de trajectbemiddelaar dit op met de cliënt. Aangezien privacywetgeving en overleg tussen verschillende partijen zeer sterk met elkaar verbonden is, dient er tijdens het eerste gesprek een [privacydocument](#) ondertekend te worden. Hierin kan de cliënt zijn persoonlijk netwerk in kaart brengen en toestemming geven aan de trajectbemiddelaar om hiermee contact te leggen.

Mits akkoord van de cliënt stelt de trajectbemiddelaar de eerstelijns zorg- en hulpverlener in kennis van de start van de trajectbegeleiding. Van de cliënt wordt verwacht dat hij tijdens een volgende consultatie in overleg met de arts gaat om zijn arbeids(re-)integratie –en competenties te bespreken. Het is belangrijk dat hij dit gesprek ook aangaat met de andere zorg- en hulpverleners. Net zoals bij de aanmeldingsfase is het belangrijk dat de eerstelijns het gesprek opnieuw met de cliënt en de trajectbemiddelaar aangaat rond arbeidsintegratie. Vooral op sleutelmomenten is dit bepalend, bv. als de cliënt op consultatie komt na de intake bij de trajectbemiddelaar of als hij de cliënt zelf doorverwees en een bericht heeft ontvangen dat het traject opstart.

Daarnaast dient hij enkele documenten samen met de cliënt in te vullen:

- de [vragenlijst met medische gegevens](#).
- de arts bespreekt de arbeidscompetenties met de cliënt en vult de vragenlijst in

Overleg tussen de eerstelijns en trajectbemiddelaar kan plaatsvinden indien hij dit nodig acht of op vraag van de trajectbemiddelaar.

Maak gebruik van de tools:

- [Brief arts – intake](#)
- [Mijn loopbaanvragen](#)
- [Doelstellingen](#)
- [Brief arts – aanvraag medische gegevens](#)
- [Medische gegevens – vragenlijst behandelende arts](#)
- [Brief zorg- en hulpverlener – invullen vragenlijst](#)
- [Vragenlijst kine-ergo](#)
- [Vragenlijst psychiater – psycholoog](#)
- [Vragenlijst andere zorg- en hulpverlener](#)
- [Privacydocument](#)
- [ICF - klantenversie](#)



BELANGRIJK!

- Bij de opstart van de begeleiding is het belangrijk dat ook de adviserend geneesheer de toelating geeft om deze begeleiding te starten, wanneer het gaat om RIZIV-cliënten.
- Hiervoor dient het document '[Aanmeldingsformulier mutualiteit](#)' gebruikt te worden.

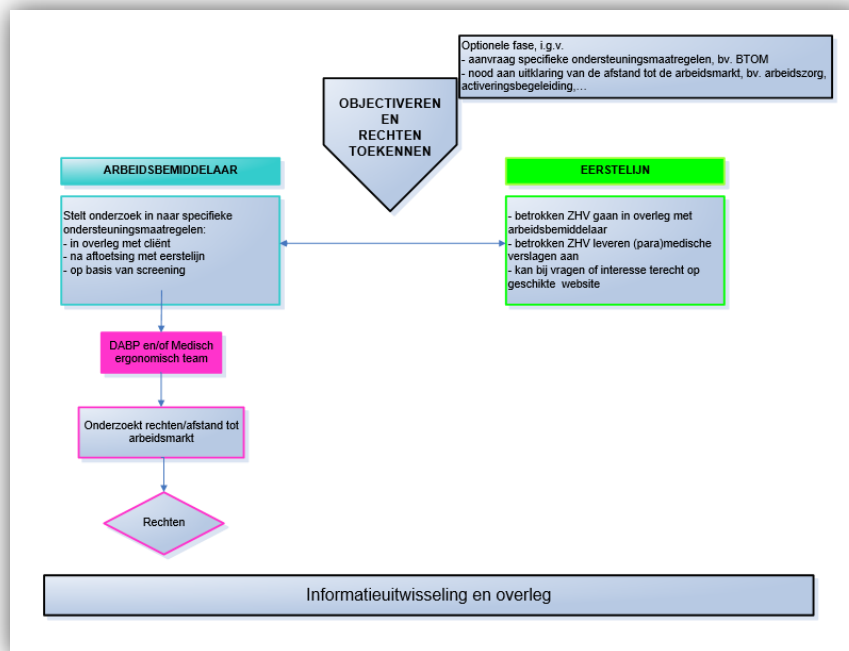


- Stimuleer de cliënt om de huiswerkopdrachten voor te bereiden.
- Bevraag niet alleen de behandelende arts, andere zorg- en hulpverleners bezitten ook waardevolle informatie over de cliënt.
- Vul nauwgezet de vragenlijst in samen met je cliënt en tijdens een consult.
- Denk eraan: de intake is de basis van de vertrouwensrelatie met de cliënt.

- Alle informatie en tools over deze fase vind je op



6.4. FASE 4 - OBJECTIVEREN EN RECHTEN TOEKENNEN



Deze fase is een optionele fase en is van toepassing als er onduidelijkheid bestaat over de mogelijkheden in functioneren of als de cliënt aanspraak kan maken op ondersteuningsmaatregelen. De fase kan ingezet worden gedurende de hele begeleiding, vanaf de opstart tot voor de afrondingsfase.

Indien nodig bespreekt de bemiddelaar met de cliënt de mogelijkheden van screening. Er is de verwachting dat de cliënt actief meewerkt tijdens deze screening.

De cliënt zelf is een belangrijke factor om een duidelijk beeld te krijgen op zijn functioneren. Het aanleveren van informatie over functioneren kan via de ICF klantenversie of doorheen verschillende gesprekken.

Daarnaast is het ook belangrijk om zo duidelijk mogelijke informatie te verkrijgen van de eerstelijns zorg- en hulpverleners. De behandelende arts (huisarts en/of specialist) of andere eerstelijns actoren gaan op vraag van de arbeidsbemiddelaar in overleg om samen een duidelijker beeld te verkrijgen van de persoon. De behandelende arts (huisarts en/of specialist) levert best voldoende medische verslagen aan.

De bemiddelaar overlegt met de cliënt welke trajectacties mogelijk zijn, op basis van de beslissing van DABP.

Rechten aanvragen

Wanneer het duidelijk is dat de persoon nood heeft aan tewerkstellingsondersteunende maatregelen, kan de bemiddelaar beslissen om die aan te vragen.

De verschillende maatregelen die aangevraagd kunnen worden voor de persoon met een arbeidshandicap zijn:

- De Vlaamse Ondersteuningspremie (VOP);
- Een tegemoetkoming in de aanpassing van de werkomgeving (incl. kledij en gereedschap);
- Een tegemoetkoming in vervoers –en verblijfskosten;
- Schrijf-, oraal, -en gebarentaaltolken voor doven en slechthorenden;
- tewerkstelling beschermde werkplaats;
- tewerkstelling in lokale diensteneconomie;
- tewerkstelling in sociale economie;

Deze maatregelen proberen de mogelijkheden op de arbeidsmarkt te verhogen, de aanvraag gebeurt bij de VDAB. De bemiddelaar kan deze maatregelen aanvragen, uiteindelijk beslist de Dienst Arbeidsbeperking van VDAB of dit recht toegekend kan worden.

Objectiveren

Wanneer een bemiddelaar ondersteuning vraagt in het uitstippelen van het traject van de cliënt, kan deze hiervoor beroep doen op een screening bij VDAB. De bemiddelaar stelt een onderzoek in, steeds in overleg met de cliënt en na toetsing met de huisarts/behandelende arts en andere betrokken eerstelijns zorg- en hulpverleners

Dergelijke aanvragen kunnen omwille van verschillende redenen:

- het normale intakeproces volstaat niet om tot een advies te komen;
- het traject is vastgelopen en de bemiddelaar wil graag advies over een mogelijk verder verloop;
- een dossieronderzoek met oog op aanvraag van een BTOM (bijzondere tewerkstelling ondersteunende maatregelen);
- de bemiddelaar heeft vermoedens van een problematiek (medisch, mentaal, psychisch, psychiatrisch) waarbij een activeringsbegeleiding misschien zinvol is.

De bemiddelaar stelt een dossier samen op basis van voorgaande acties en maakt het over aan DABP. Het dossier wordt gestaafd met relevante documenten, o.a. medische en paramedische verslagen. Om dit beeld van de cliënt te schetsen gebruikt men ICF.

Een **screening** kan met verschillende verwijsvragen:

- specifieke vragen betreffende 1 aspect van functioneren
- een vraag naar globale verkenning
- specifieke vragen rond randvoorwaarden
- inschatting of er sprake is van een indicatie indien er geen attesten voorhanden zijn die onmiddellijk leiden tot een indicatiestelling en met het oog op de verdere trajectbegeleidingsmogelijkheden
- de cliënt totaal geen zicht heeft op zijn arbeidsvaardigheden of functioneren
- het nodig is dat een totaalprofiel van arbeidsvaardigheden en arbeidsmogelijkheden opmaakt wordt om een gefundeerde uitspraak te kunnen doen over een haalbare trajectfocus (NEC, sociale economie, beschutte werkplaats ...)

Een screening kan resulteren in:

- een profiel van sleutelvaardigheden
- een oriëntering op het tewerkstellingscontinuüm met arbeidsmarktgericht advies
- advies naar arbeidsondersteunende maatregelen
- mogelijke richtlijnen om met draagkracht en beperkingen om te gaan
- mogelijk advies naar een beroepssector of job
- bijkomend advies voor oplossing van randvoorwaarden

Wanneer er onduidelijkheid bestaat naar fysieke haalbaarheid van bepaalde zaken kan er een vraag gesteld worden aan het Medische Ergonomisch Team binnen GTB. Hier kan er een fysiek activiteitenonderzoek gebeuren, al dan niet met handelingsgericht ergo advies, een werkvloertoets of een consult bij een GTB-arts.

Daarnaast is het mogelijk om via een beroepsverkennde stage het jobdoelwit van de cliënt uit te klaren of om te testen of een bepaalde job haalbaar is voor de betrokken cliënt. Het helpt in kaart te brengen welke competenties de cliënt nog dient te verwerven om het beroep in kwestie onder de knie te krijgen. Een cliënt kan in deze vorm maximaal 30 kalenderdagen per jaar doen in een bepaald bedrijf.

Maak gebruik van deze tools:

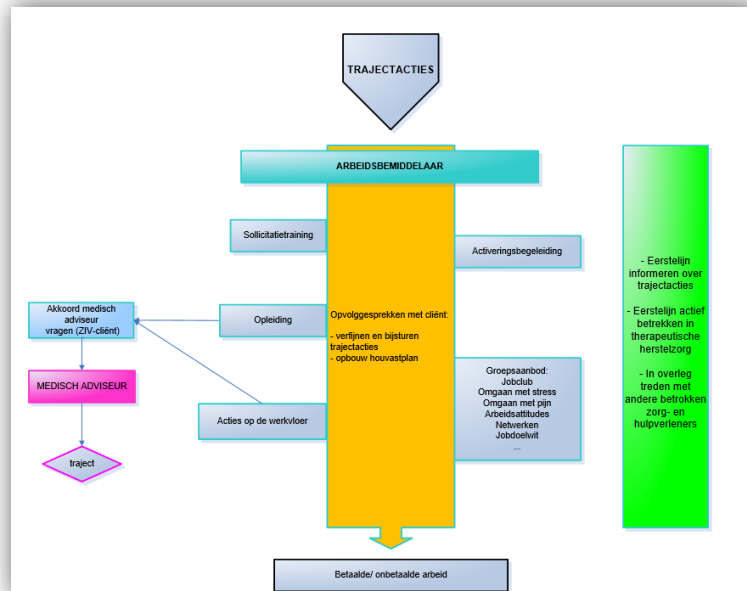
- [Brief arts – aanvraag medische gegevens](#)
- [Medische gegevens – vragenlijst behandelende arts](#)
- [Brief zorg- en hulpverlener – invullen vragenlijst](#)
- [Vragenlijst kine-ergo](#)
- [Vragenlijst psychiater – psycholoog](#)
- [Vragenlijst andere zorg- en hulpverlener](#)
- [ICF klantenversie](#)



- De eerstelijns hulpverlener is een grote bron van informatie, spreek hem hierover aan!
- Betrek het volledige netwerk om het functioneren in kaart te brengen.
- Alle informatie en tools over deze fase vind je op



6.5. FASE 5 - TRAJECTACTIES



Na het doorlopen van fase 4 is de trajectfocus van de cliënt duidelijk.

Bij de start van fase 5 weten we dus naar welk doel we de cliënt zullen begeleiden: de reguliere arbeidsmarkt (NEC), sociale economie (sociale of beschutte werkplaatsen) of onbetaalde arbeid (arbeidszorg of vrijwilligerswerk). Uiteraard is het wel mogelijk dat dit doel wijzigt in de loop van het traject.

Op maat van de cliënt gaan we in deze fase bepalen welke trajectacties er nodig zijn om dat doel te bereiken. Er zijn verschillende trajectacties mogelijk, waarop we dadelijk verder ingaan. We brengen hierbij de eerstelij ook op de hoogte van het doel van het traject (op basis van de acties van fase 4) en de voorgestelde trajectacties. Indien nodig kan je de eerstelij ook betrekken bij het bepalen van de trajectacties.

Deze trajectacties worden aangewend op maat van de cliënt en wanneer nodig. Een cliënt hoeft dus niet alle stappen te doorlopen. De trajectbemiddelaar en de cliënt bepalen samen aan de hand van gesprekken welke acties er nodig zijn.

Deze fase kan er voor elke cliënt anders uitzien. Er kan ook op ieder moment bijgestuurd worden, bijvoorbeeld wanneer blijkt dat een bepaalde actie die afgesproken werd toch niet voldoet voor de cliënt. Het kan zinvol zijn om op dat moment ook de eerstelij te betrekken.

Bij cliënten van wie in de voorgaande fase wordt vastgesteld dat zij niet meer inzetbaar zijn op de arbeidsmarkt slaan we fase 5 over en gaan we meteen over naar fase 6. Hierbij gaat het om cliënten met een zeer grote afstand tot de arbeidsmarkt wegens een combinatie van medische, mentale, psychische en sociale problemen die daardoor niet toegeleid kunnen worden naar jobs in het normaal economisch circuit, jobs in de sociale economie, activiteiten in arbeidszorg of gespecialiseerde begeleiding (bv. activeringsbegeleiding). Wanneer tijdens de oriënterende fase vastgesteld wordt dat de kans klein is dat de cliënt binnen het jaar aan het werk zal kunnen gaan, zet

de trajectbemiddelaar de begeleiding stop en gaan we meteen over naar fase 6. We streven er wel naar om deze cliënten gericht door te verwijzen naar organisaties uit de welzijnssector of de gezondheidszorg om het probleem dat de deelname aan de arbeidsmarkt belemmert weg te werken.

Mogelijke trajectacties:

1) Activeringsbegeleiding (TAZ)

Een 'activeringsbegeleiding' is een voortraject waarin de medische, mentale, psychische of psychiatrische problematiek (MMPP) maar ook de sociaal-economische, sociale en/of psychologische drempels op weg naar werk worden aangepakt. Dankzij dit traject zou een vervolotraject van betaalde of onbetaalde arbeid mogelijk moeten worden. (http://www.vvsg.be/sociaal_beleid_en_werk/werk/activeringsbeleid_ocmw/samenwerking%20VDA/AB/Pages/experimenttenderactiveringszorg.aspx)

2) Werkplekleren

Werkplekleren is een verzamelnaam voor maatregelen die het voor werkzoekenden mogelijk maken om een job te leren op de werkvloer.

Er bestaan verschillende vormen van werkplekleren:

- Opleiding / stage
- (G)IBO

Indien in de oriënteringsfase bepaald werd dat een cliënt inzetbaar is in de reguliere arbeidsmarkt, maar toch nog bepaalde competenties mist, kan er afgesproken worden dat de cliënt een opleiding gaat volgen.

Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van opleidingen bij VDAB of andere partners zoals Centra voor Volwassenenonderwijs, Syntra, ... of van het gespecialiseerde aanbod indien nodig Gespecialiseerde Opleiding, Begeleiding en Bemiddeling (GOB's).

Meer info vind je [hier](#). Een overzicht van alle GOB's vind je [hier](#).

IBO staat voor **Individuele Beroepsopleiding**. Dit is een vorm van opleiding op de werkvloer voor mensen zonder ervaring in een bepaald beroep. Een IBO kan maximum 6 maanden duren.

Cliënten met een arbeidsbeperking kunnen ook gebruik maken van een GIBO: **Gespecialiseerde Individuele Beroepsopleiding**. Dit is een specifieke vorm van IBO, waarbij de toeleiding en begeleiding gebeurt door een GOB (zie hoger) en die gericht is op het creëren van duurzame tewerkstelling voor mensen met een arbeidsbeperking die in begeleiding of opleiding zijn bij het GOB. Een GIBO kan maximum 1 jaar duren (de duur wordt bepaald door VDAB).

BELANGRIJK!

Bij werkplekieren actie op de werkvloer is het belangrijk dat ook de adviserend geneesheer op de hoogte wordt gesteld wanneer het gaat om RIZIV-cliënten.

Bij een IBO/GIBO dient ook het document voor het RIZIV ingevuld te worden

3) Groepsaanbod

Naast competentieversterking is het ook mogelijk dat een cliënt nood heeft aan het versterken van andere vaardigheden. Dit doen we in groep via korte workshops, waarbij de cliënt nieuwe inzichten krijgt en de groepsleden elkaar stimuleren om vooruit te komen.

Het huidige aanbod focust zich op deze thema's: leren solliciteren, omgaan met stress, omgaan met pijn, uitklaren van het jobdoelwit, netwerken, sociale vaardigheden op de werkvloer. (<https://www.gtb.be/werkzoekenden>)

4) Sollicitatiebegeleiding

Een laatste mogelijke trajectactie is het begeleiden van het sollicitatiegedrag van de cliënt. Dit is vaak de laatste fase voor de tewerkstelling. Cliënten die geen nood hebben aan andere acties, of deze reeds doorlopen hebben, en klaar zijn om de stap naar werk te zetten krijgen deze actie aangeboden.

Dit neemt doorgaans de vorm aan van individuele gesprekken met de trajectbemiddelaar, al dan niet na het doorlopen van een groepsmodule 'leren solliciteren'. In deze gesprekken wordt dan specifiek ingegaan op het sollicitatiegedrag van de cliënt en stuurt de begeleider dit bij indien nodig.

Thema's die in deze gesprekken aan bod kunnen komen zijn:

- Nakijken curriculum vitae en sollicitatiebrief
- Overlopen vacatureaanbod
- Opvolgen gedane sollicitaties
- Aansporen sollicitatiegedrag, bijvoorbeeld de cliënt stimuleren om nog eens contact op te nemen met een werkgever
- Andere: gebruik sociale media, uitbreiden jobdoelwit, ...

Cliënten met een trajectfocus op de sociale economie of onbetaald werk

Bovenstaande trajectacties richten zich in de eerste plaats tot cliënten van wie de trajectfocus ligt op de reguliere arbeidsmarkt.

Voor cliënten met een focus op sociale economie of arbeidszorg ziet het traject er doorgaans anders uit. Zij kunnen wel gebruik maken van de groepsmodules, maar bijvoorbeeld niet van een GOB, (G)IBO, ... omdat deze zich specifiek richten naar de reguliere arbeidsmarkt.

Cliënten met een trajectfocus op de sociale economie worden door trajectbemiddelaars van VDAB of erkende partners toegeleid naar vacatures in deze sector. Deze vacatures verschijnen in een aparte databank die niet publiek toegankelijk is. De trajectbemiddelaar bekijkt samen met de cliënt welke vacatures geschikt zijn. De cliënt kan hier dan op solliciteren en het is uiteindelijk het bedrijf (beschutte of sociale werkplaats) die de keuze maakt uit de verschillende sollicitanten.

Cliënten met een trajectfocus ligt op onbetaalde arbeid (arbeidszorg of vrijwilligerswerk) worden door de trajectbemiddelaar toegeleid naar een passend arbeidszorginitiatief of vrijwilligerswerk. Dat gebeurt steeds in samenspraak met de cliënt. Wanneer de cliënt start met arbeidszorg of vrijwilligerswerk wordt hij of zij nog enige tijd opgevolgd door de trajectbemiddelaar en komt deze regelmatig langs voor een evaluatiegesprek. Daarbij streven we er maximaal naar om de cliënt te laten doorstromen naar betaalde arbeid wanneer dit haalbaar is.

Continue samenwerking tussen sectoren

In deze fase blijft (bilateraal) overleg tussen trajectbemiddelaar en de eerstelijns belangrijk. Dit kan telefonisch of via email gebeuren, naar gelang de voorkeur van beide partijen.

In de eerste plaats is het belangrijk om de eerstelijns op de hoogte te houden van de stappen die gezet worden in het traject. Dit zal eventueel overleg in de toekomst vergemakkelijken wanneer het mis dreigt te lopen en een intensievere interventie vereist is.

Het belang van de betrokkenheid van de eerstelijns zal zich vooral manifesteren wanneer het traject mis dreigt te lopen. In dit geval zou het kunnen dat bilateraal overleg niet langer voldoende is en er moet overgegaan worden tot een intensievere vorm van overleg, bv MDO. Informatie over de verschillende mogelijke overlegvormen vind je [hier](#).

Het kan zinvol zijn voor de trajectbemiddelaar om de expertise van de eerstelijns in te roepen wanneer een traject mis dreigt te lopen of bepaalde stappen niet lukken omwille van het medische aspect. Dit om te voorkomen dat een cliënt vroegtijdig afhaakt. Signalen dat een cliënt dreigt af te haken kunnen o.a. de volgende zijn: cliënt meldt zich regelmatig voor korte tijd ziek, cliënt meldt zich al na 1 of enkele dagen stage/opleiding ziek, ...

De vertrouwensrelatie tussen de huisarts en zijn cliënt zorgt er vaak voor dat een cliënt veel belang hecht aan het advies van zijn of haar arts. Het is daarom in het voordeel van de trajectbemiddelaar om de eerstelijns te betrekken in het traject en te komen tot een gedeelde visie met betrekking tot de trajectfocus en de te zetten stappen. De eerstelijns kan bijvoorbeeld een belangrijke rol spelen wanneer een cliënt zichzelf overschat om tot een realistisch perspectief te komen.

We hebben gemerkt dat sector 'werk' en sector 'zorg' vaak een andere kijk hebben op een bepaalde cliënt. Sector 'werk' legt de focus meer op wat nog mogelijk is voor de cliënt, terwijl sector 'zorg' vaak de neiging heeft om te focussen op de beperkingen. Daarom wijzen we op het belang van ICF als gemeenschappelijke taal om tot een gedeelde visie te kunnen komen.

Maak gebruik van deze tools:

- [Nota overlegstructuren](#)

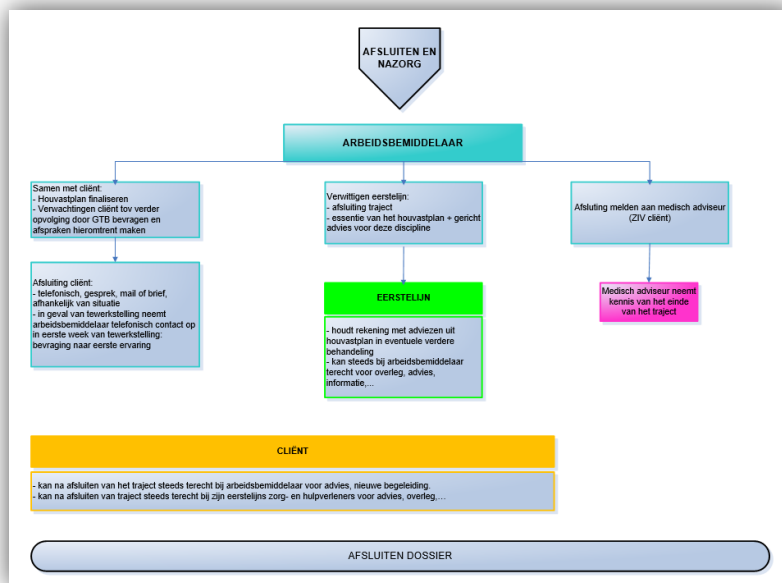


- Bespreek alles met je cliënt; zeg wat je doet en doe wat je zegt.
- Zet je cliënt zoveel mogelijk zelf aan het werk, bijvoorbeeld aan de hand van huiswerkopdrachten (zie ook WRAP).
- Hou zoveel mogelijk rekening met het doel van de cliënt.
- Volg bij het bepalen van de stappen zoveel mogelijk het tempo van de cliënt.
- Blijf de eerstelijns betrekken.

- Alle informatie en tools over deze fase vind je op



6.6. FASE 6 - AFSLUITEN EN NAZORG



In deze fase streven we ernaar om de begeleiding van de klant op een zo correct mogelijke manier af te sluiten. Aangezien ieder traject op maat is, verschilt de duur van een traject van persoon tot persoon. Afronden kan om verschillende redenen gebeuren.

- Idealiter is de cliënt aan het werk. De trajectbemiddelaar volgt de cliënt op tewerkstelling in eerste instantie nog enkele maanden op en dan wordt het traject afgesloten. Weliswaar kan de bemiddelaar in overleg met de cliënt op afgesproken tijdstippen contact nemen omtrent het verloop van de tewerkstelling (nazorg)..
- De medische aandoening van de cliënt maakt het momenteel niet mogelijk om stappen naar werk te zetten. We proberen de cliënt toe te leiden naar een meer passend statuut, bv mutualiteit. We verwijzen de cliënt door naar andere instanties die gepaste hulp kunnen bieden, bv CGG, in overleg met eerstelijns.
- Wanneer zowel de cliënt als de trajectbemiddelaar oordelen dat verdere begeleiding geen meerwaarde meer biedt.

In de voorgaande fase werkt de trajectbemiddelaar samen met de cliënt aan een houvastplan, dat in deze fase gefinaliseerd wordt wanneer de cliënt aan het werk gaat. (zie verder bij documenten) Hierbij wordt de cliënt aangespoord om na te denken over wat hij of zij kan doen wanneer hij het opnieuw moeilijk krijgt, wie hij kan aanspreken, ... Zie ook verder bij documenten.

Het afsluiten van het traject kan op verschillende manieren gebeuren, afhankelijk van de situatie van de cliënt: in een persoonlijk gesprek, telefonisch, via mail of brief. In het geval van een tewerkstelling zal de trajectbegeleider in de beginfase telefonisch contact opnemen met de cliënt om te bevragen hoe de eerste ervaring is geweest.

De bemiddelaar brengt ook de betrokken eerstelijns hulpverleners op de hoogte van het afsluiten van het traject en de reden van afsluiten.

Indien de cliënt aan het werk is en er een houvastplan opgesteld werd, wordt de essentie van dit plan ook overgemaakt aan de eerstelijns hulpverlener. Het is daarbij belangrijk dat de hulpverlener op de hoogte is van de rol die cliënt aan de hulpverlener heeft toegedicht.

Nazorg

Indien er zich problemen voordoen tijdens een tewerkstelling kan een cliënt beroep doen op 'nazorg'. Een aanvraag voor begeleiding in het kader van nazorg kan zowel van de cliënt komen als van de werkgever.

Nazorg bestaat uit een beperkt aantal gesprekken met de cliënt, al dan niet samen met zijn werkgever. Wanneer dit niet blijkt te volstaan, wordt de cliënt doorverwezen naar loopbaanbegeleiding of kan er bekeken worden of er een nieuw traject dient opgestart te worden.

Document: houvastplan

Het houvastplan wordt reeds (gedeeltelijk) in de voorgaande fase opgemaakt. In deze fase wordt het verder geconcretiseerd wanneer de cliënt aan het werk gaat. We vullen dit samen met de cliënt in, maar we streven ernaar om de antwoorden zoveel mogelijk vanuit de cliënt zelf te laten komen.

Het doel van dit plan is om de cliënt te laten reflecteren over wat te doen wanneer hij of zij voelt dat het mis begint te gaan. We gaan dieper in op:

- Signalen die de cliënt bij zichzelf kan herkennen van verhoogde stress
- Energiegevers: kleine dingen die de cliënt zelf kan doen wanneer hij signalen van verhoogde stress opmerkt
- Wat kunnen helpende gedachten zijn op deze momenten?
- Wie kunnen aanpreekpunten zijn in de omgeving, zowel op het werk als in de privé-situatie? Welke rol bedeeft de cliënt hierin zelf toe aan de eerstelijns?

Maak gebruik van deze tools:

- [Nota overlegstructuren](#)
- [Houvastplan](#)
- [Afsluitbrief cliënt](#)
- [Afsluitbrief eerstelijns](#)

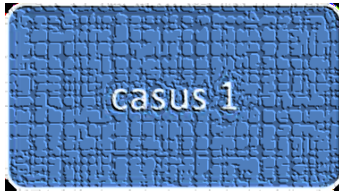




- Laat de cliënt zoveel mogelijk zelf het houvastplan invullen en aangeven wie steunfiguren zijn, welke rol hij of zij wil toebedelen aan de eerstelijns,...
- Tracht tijdens de eerste week van de tewerkstelling, of in ieder geval zo snel mogelijk, contact op te nemen met de cliënt om te horen hoe het gaat.
- Maak duidelijk dat de cliënt steeds contact mag opnemen, bv. wanneer het moeilijk gaat. Probeer te voorkomen dat de cliënt pas contact zoekt wanneer hij of zij terug werkloos is geworden. Mogelijk kan door eerdere bemiddeling een ontslag voorkomen worden.
- Breng de eerstelijns op de hoogte van het afsluiten van het traject en de reden, eventueel ook de essenties uit het houvastplan.

- Alle informatie en tools over deze fase vind je op





X, een 32-jarige man werd door zijn psychiater aangemeld voor de opstart van trajectbegeleiding. In het verleden kampte hij met een alcoholafhankelijkheid en was er sprake van wanen en psychoses. Actueel is er sprake van een sociale fobie en posttraumatische stressstoornis. Hij heeft werkervaring als productiemedewerker en is momenteel werkloos. Hij doorliep in het verleden reeds een traject bij GTB. Zowel in de begeleiding als tewerkstellingen viel hij uit op sociaal functioneren.

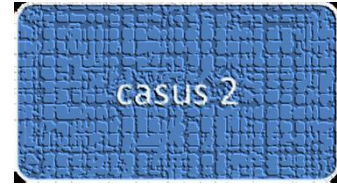
Tijdens de intake bleek dat hij de stap naar de arbeidsmarkt als een grote drempel ervaarde, onder andere door faalervaringen uit het verleden. Tijdens de eerste fase in het traject lag de focus op het huidige functioneren in kaart te brengen. Dit gebeurde aan de hand van de huiswerkopdrachten uit het zorgpad, de vragenlijsten voor huisarts en specialisten en regelmatig telefonisch contact met zijn psychiater. Hieruit bleek dat er een uitgesproken begeleidingsnood was in het sociaal functioneren. Ook bleek uit overleg met de psychiater en het vorige traject dat hij snel de neiging heeft om af te haken wanneer de druk en stress te veel worden.

Zowel bemiddelaar als psychiater waren er van overtuigd dat hij vooral nood had aan opnieuw een positieve ervaring op een werkvloer met ondersteuning. Er werd een stage georganiseerd, enerzijds om zijn functioneren op een werkvloer in kaart te kunnen brengen en anderzijds om hem terug te laten kennismaken met een werkcontext.

Gezien hij het zelf moeilijk vindt om aan te geven wanneer hij zich niet goed voelt werd afgesproken dat de psychiater de stage mee zou opvolgen. Dankzij de opvolging van de psychiater slaagde hij erin om niet in zijn vluchtgedrag te vervallen en de stage tot een goed einde te brengen. Door de stage werd duidelijk dat de stap naar het reguliere circuit te groot is. Hij kon dit zelf nu, ook na gesprek met zijn psychiater, aanvaarden. Er werd een attestering voor sociale werkplaats aangevraagd en hij is momenteel met goede moed en veel enthousiasme bezig met sollicitaties bij sociale werkplaatsen.

Tijdens het traject was de samenwerking met hulpverlening een meerwaarde omdat we zo meer informatie konden verzamelen. Ook de stappen die gezet werden konden ook vanuit zorgvlak opgevolgd worden wat de slaagkansen zeker heeft vergroot. Voor de klant is het een meerwaarde dat de trajectbemiddelaar over voldoende informatie beschikt omdat zo een zo haalbaar mogelijk trajectplan opgesteld kan worden. De grootste stap voor de klant was dat hij dankzij de samenwerking niet is afgehaakt tijdens de stage en zijn 'vrees' voor de arbeidsmarkt en stappen naar werk heeft overwonnen.

X, een 25-jarige man van allochtone origine, werd door zijn huisarts aangemeld voor het Zorgpad Werk. Hij kampt momenteel met partiële motorische uitval van de linkerarm, nog steeds een gevolg van een verkeersongeval in 2010. De kracht in zijn linkerarm is erg beperkt: hij kan deze nauwelijks nog gebruiken om voorwerpen te tillen. Zijn job als magazijnbediende is daardoor onmogelijk geworden.



X is heel gemotiveerd om terug aan het werk te gaan en voelt zich verraden door zijn eigen lichaam. Hij droomt van een job als koerier. De huiswerkopdrachten die de begeleider hem meegaf in kader van het Zorgpad vindt hij erg confronterend. Hij leidt hieruit af dat hij beschouwd wordt als ongemotiveerd en in het eerste gesprek laat hij hierover duidelijk zijn verontwaardiging blijken. Hij maakt duidelijk dat hij niet thuis is uit vrije wil en dat als zijn lichaam het zou toelaten hij al lang aan het werk zou zijn.

Na een uitgebreid gesprek met de bemiddelaar en overleg met de huisarts besluit X toch dat een job als koerier fysiek niet meer haalbaar is voor hem. In deze job zal hij regelmatig lasten moeten tillen en dat kan hij niet meer. De bemiddelaar stelt hem voor een herscholing te volgen richting administratief bediende. Na een infosessie in het opleidingscentrum gaat X akkoord. Ook de adviserend geneesheer van de mutualiteit verklaart zich akkoord met dit traject.

Sinds een tweetal maanden volgt X een herscholing richting administratief bediende. Momenteel zijn we ook bezig om uit te klaren of hij in aanmerking komt voor ondersteuningsmaatregelen zoals een arbeidspostaanpassing en een Vlaamse Ondersteuningspremie.

Tijdens een gesprek met zijn bemiddelaar vertelde hij onlangs dat zijn oorspronkelijke argwaan voortkwam uit het feit dat hij zich op dat moment nog niet klaar voelde om de stap naar werk te zetten. Nu gaf hij aan dat hij toch blij is dat zijn huisarts hem heeft doorverwezen en hij al gestart is met het zetten van stappen naar werk tijdens zijn ziekteperiode zodat hij niet langer thuis hoeft te zitten. Hij excuseerde zich voor zijn gedrag tijdens het eerste contact. Hij gaf zelf aan dat hij wellicht veel langer zou hebben thuis gezeten als hij zou hebben gewacht tot hij zich zelf klaar voelde om stappen naar werk te zetten.

8. LIJST AFKORTINGEN

BTOM	Bijzondere tewerkstellingen ondersteunende maatregelen
BuSO	Buitengewoon secundair onderwijs
CV	Curriculum vitae
CVO	Centrum voor volwassenonderwijs
DABP	Dienst arbeidsbeperking
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
ESF	Europees sociaal fonds
FOD	Federale overheidsdienst
GIBO	Gespecialiseerde individuele beroepsopleiding
GOB	Gespecialiseerde opleiding, begeleiding en bemiddeling
GTB	Gespecialiseerde trajectbepaling en begeleidingsdienst
IBO	Individuele beroepsopleiding
ICD-10	International statistical classification of diseases and related healthproblems
ICF	International classification of functioning disability and health
LCO	Lokaal cliëntoverleg
LIGB	Leuvens instituut voor gezondheidszorgbeleid
LISTEL	Limburgs samenwerkingsinitiatief in de thuisgezondheidszorg en de eerstelijns
LMN	Lokaal multidisciplinair netwerk
LUCAS	Centrum voor zorgonderzoek en consultancy
KU Leuven	Katholieke universiteit Leuven
MDO	Multidisciplinair overleg
MET	Medisch ergonomisch team
MMPP	Medisch, mentale, psychische of psychiatrische (problematiek)
NEC	Normaal economisch circuit
NKP	Netwerk klinische paden
OCMW	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
OESO	Organisatie voor economische samenwerking en ontwikkeling
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RVA	Rijksdienst voor arbeidsbemiddeling
SEL	Samenwerkingsinitiatief eerstelijnsgezondheidszorg
TAZ	Tender activeringszorg
VAPH	Vlaams agentschap voor personen met een handicap
VDAB	Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling
VOP	Vlaamse ondersteuningspremie
W ²	Werk- en welzijnstrajecten op maat
WHO	World health organisation
WRAP	Wellness recovery action plan

9. REFERENTIELIJST

AEYELS, D., e.a. (2016) 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. Uitdieping voor transmurale zorg, Netwerk Klinische Paden, Leuven, 2016

BOERTIEN, D., e.a. (2012) Wellness Recovery Action Plan in Nederland – Een herstelmethode bij psychische ontwrichting. *MGV, nr. 5, jaargang 67*. p. 276-283.

COPELAND, M.E. (z.j.) Wellness Recovery Action Plan: WRAP - Werkblad beschrijving interventie. Copeland Center, Philadelphia, US .

MICHEL, C. (2014) Regeerakkoord. (Beschikbaar via http://www.premier.be/sites/default/files/articles/accord_de_gouvernement_-_regeerakkoord.pdf)

OECD (2013) Mental health and work: Belgium. (Beschikbaar via <http://dx.doi.org/10.1787/9789264187566-en>)

SAMOY, E. (2014) Arbeidsparticipatie van mensen met langdurige gezondheidsproblemen. De speciale module van de enquête naar de arbeidskrachten (EAK 2011). (Beschikbaar via <http://www.steunpuntwerk.be/node/3270>)

VAN AUDENHOVEN, C. (2014-2015) Preventie van langdurige uitval van personen met psychische kwetsbaarheid: een bevraging bij huisartsen. LUCAS-KUL

VANDERBIESEN, W. (2017) Kwartaalbericht Vlaamse arbeidsmarkt. (Beschikbaar via: <http://www.steunpuntwerk.be/node/3609>)

VANHAECHE, K. e.a. (2011) 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden. *Tijdschrift voor geneeskunde, 67*, p. 473-481.

Vlaamse Regering (2013) Conceptnota W² (Beschikbaar via http://www.werk.be/sites/default/files/20130607_conceptnota_WW.pdf)

GTB - Afdeling LIMBURG

Welzijns-campus 23 bus 41
3600 Genk

089 32 10 50
lim@gtb.be
www.gtb.be

LISTEL

A. Rodenbachstraat 29 bus 1
3500 Hasselt

011 81 94 70
info@listel.be
www.listel.be