

Welke vooruitzichten voor de professionele re-integratie van RIZIV-verzekerde patiënten met mentale stoornissen?

Onderzoeksrapport van Vanessa De Greef¹
Centre de droit public, Université libre de Bruxelles

September 2015

¹ Vanessa De Greef is lector en onderzoeker in Centrum Publiek Recht van ULB (Centre de droit public, ULB). Ze dankt Daniel Dumont (ULB) voor zijn opmerkingen op een eerdere versie van de tekst. Vanessa De Greef heeft alleen voetnoten vertaald. De vertaling van het corpus van de tekst werd uitgevoerd door en vertaalbureau.

Inhoud

1. Inleiding	4
2. Geestelijke gezondheid, werk en RIZIV: een bondige historiek	7
3. De professionele re-integratieprogramma's voor verzekerden met mentale stoornissen	15
3.1. De professionele re-integratieprogramma's voor gerechtigden met mentale stoornissen in het domein van de werkloosheidsverzekering	16
3.1.1. De hervormingen in het domein van de werkloosheidsverzekering en de effecten ervan op het overheidsbeleid voor gerechtigden met mentale stoornissen	18
3.1.2. De vorderingsstaat van de professionele re-integratieprogramma's voor gerechtigden met mentale stoornissen in de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling	20
A. <i>In het Vlaamse Gewest</i>	22
B. <i>In het Waalse Gewest</i>	27
C. <i>In het Brussels Gewest</i>	29
3.2. De professionele re-integratieprogramma's voor gerechtigden met mentale stoornissen in het domein van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen	32
3.2.1. De structurering van het begeleidingsaanbod	33
A. <i>De begeleiding van de verzekerden door de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling</i>	33
B. <i>De begeleiding van de RIZIV-verzekerde patiënten in het kader van de projecten "artikel 107"</i>	39
C. <i>De begeleiding van de RIZIV-verzekerde patiënten door de organisaties voor personen met een handicap</i>	44
3.2.2. Soorten begeleiding	48
4. Het IPS-model	51
4.1. Oorsprong en beginselen van het IPS-model	52
4.2. De veralgemening van het IPS-model in Europa	62
4.2.1. Het aanmoedigende effect van het IPS-model	63
4.2.2. Een beperkter effect buiten de Verenigde Staten	65
4.2.3. Nog te controleren elementen	67
4.3. Het IPS-model in België	68
4.3.1. Het IPS-model in Wallonië	69
4.3.2. Het IPS-model in Vlaanderen	71
4.3.3. Een ruimere transponering van het IPS-model voor de RIZIV-verzekerde patiënten?	74
5. Analyse van enkele buitenlandse hervormingen in de professionele re-integratie van mensen met mentale stoornissen	78
5.1. Een structuur die <i>supported employment</i> bevordert	78
5.2. Een reglementering die de juridische zekerheid van de gerechtigden garandeert en de coherentie van het socialezekerheidssysteem verhoogt	83
5.3. Loonsubsidies voor personen met een zeer zware arbeidshandicap	85
5.4. Voormalige psychiatrische patiënten als ervaringsdeskundigen	87
5.5. Opleiding van huisartsen tot geestelijke gezondheidsproblemen	90
5.6. Betere integratie van de zorg- en werkteams	91

5.7. Betere arbeidsomstandigheden, evaluatie van de kwaliteit van de jobs en sensibilisering van de bedrijven	92
5.8. Vroege tussenkomst van de invaliditeitsverzekering	98
5.9. Behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen reeds op school om stigmatisering te vermijden	100
6. Aanbevelingen	101
6.1. Gegevens inzamelen over het sociaal statuut, de opvolgende instantie, de opleidingsresultaten en de werkomstandigheden	102
6.2. Een gids voor de beoordeling van geestesziekten opstellen om de artsen te sensibiliseren en op te leiden	103
6.3. Het werk van de gezondheids- en de arbeidsspecialisten meer systematisch coördineren	104
6.4. Meer <i>jobcoaches</i> aanwerven en hen beter opleiden	107
6.5. Een nationale structuur voor supported employment uitwerken die ook oog heeft voor de werkomstandigheden	108
6.6. Het IPS-model uittesten op een wetenschappelijke manier	109
6.7. Professionele rehabilitatieaanvragen sneller behandelen om te vermijden dat het traject van de gerechtigde die opnieuw wil werken in het gedrang komt	109
6.8. De gerechtigden begeleiden die opnieuw aan het werk willen	110
6.9. De gerechtigden meer juridische zekerheid bieden zodat ze durven weer te gaan werken	112
6.10. De werkgevers financieel aanmoedigen	117
6.11. Toezien op de werkomstandigheden, met inbegrip van het loon en de werkorganisatie, van de werknemers met mentale stoornissen	118
A. <i>De invoer van mechanismen ex ante en ex post</i>	119
B. <i>Het verschijnsel van de tewerkstellingsval verbonden aan het loon van de werknemers</i>	123
6.12. Controleren of de gerechtigden die een professioneel re-integratietraject zijn gestart dat met hun volle instemming doen	125
6.13. Aangepast werk creëren en speciale regelingen voorzien	126
6.14. Uitkijken voor "valse" opleidingen	129
A. <i>Opleiding lijkt steeds "dé" oplossing te zijn</i>	129
B. <i>De opleiding is niet altijd bedoeld om mensen op te leiden</i>	129
C. <i>Vrijwilligerswerk moet "echt" vrijwilligers werk zijn</i>	130

Bijlagen

Bijlage 1. Lijst van de partner-leden van het comité functie 3 in het kader van de projecten artikel 107

Bijlage 2. Lijst van de partners in het kader van de activeringsbegeleiding in Vlaanderen (TAZ)

Bijlage 3. Lijst van de *arbeidszorginitiatieven* in het domein van de sociale economie

Bijlage 4. Gedetailleerde tabel van de 25 criteria van het IPS-model (incl. de conformiteitsschaal)

Tabel van de kaderstukken

Kader A. De tenlasteneming van personen met een ernstige graad van arbeidsongeschiktheid door het domein van de werkloosheidsverzekering	16
Kader B. Vlaams decreet van 25 april 2014 houdende de werk- en zorgtrajecten, Belgisch Staatsblad, 14 augustus 2014.	24
Kader C. De 25 criteria van de IPS modeltrouwschaal	60

1. Inleiding

De laatste jaren groeide in de internationale en Europese middens geleidelijk aan de bewustwording dat mensen met mentale stoornissen het bijzonder moeilijk hebben om toe te treden tot de arbeidsmarkt en dat professionele re-integratieprogramma's voor hen een flinke steun zouden kunnen betekenen². Volgens de cijfers van de OESO, die zich baseerde op de gegevens over de gezondheidstoestand van 2008, ligt het arbeidspercentage van mensen met mentale stoornissen 15 procentpunten lager en de werkloosheidsgraad 10 punten hoger dan die van personen die in "goede mentale gezondheid" verkeren³. Het arbeidspercentage van mensen met mentale stoornissen zou tussen 1997 en 2008 bovendien nog gedaald zijn⁴.

Mentale gezondheidsproblemen zijn bovendien een van de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid in België en in de OESO-landen⁵. In 2013 wees het jaarverslag van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) op een stijging van het aantal mensen met mentale stoornissen met 88% sinds 2000. Deze categorie omvatte eind 2013 109.000 verzekerden en is daarmee de grootste groep invaliden.

Dit rapport koestert niet de ambitie om alle problemen te behandelen waarmee mensen met mentale stoornissen geconfronteerd worden, noch om alle overheidsprogramma's op te lijsten die voor hen zijn opgezet. Bedoeling is wel om een overzicht te geven van de re-integratiemogelijkheden waarover RIZIV-verzekerde patiënten met mentale stoornissen vandaag beschikken en om bezinningspistes aan te reiken over welke professionele re-integratiemogelijkheden voor deze doelgroep geschikt zijn⁶. Het betreft vooral verzekerden zonder arbeidsovereenkomst die kampen met een lichte of ernstige mentale stoornis.

Van de onderzochte bezinningspistes geniet één model de bijzondere aandacht van het RIZIV, namelijk het "IPS-model (IPS staat voor "individuele plaatsing en steun"). Het stelt

² Zie bijvoorbeeld de Raad van de Europese Unie, « Conclusions du Conseil sur le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être: résultats et action future », 3095 sessie van de Raad Werkgelegenheid, Sociaal Beleid, Volksgezondheid en Consumentenzaken – Vragen over Volksgezondheid - Luxemburg, 6 juni 2011, geraadpleegd op zijn website op 12 april 2012. URL: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/fr/lisa/122390.pdf. Zie ook de samenvatting van de OESO, *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Editions OESO, 2012, beschikbaar op zijn website. URL : <http://www.oecd.org/fr/els/soc/49540729.pdf>

³ OESO, *Santé mentale et emploi : Belgique*, Paris, Editions OESO, 2013, p. 13 et p. 26.

⁴ *Ibid.*, p. 26.

⁵ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Paris, Editions OESO, 2015, p.142.

⁶ Er dient opgemerkt te worden dat de algemene aanbevelingen ook maatregelen omvatten voor mensen die (opnieuw) een arbeidsovereenkomst hebben.

twee grote clichés in vraag: *ten eerste*, een mentale stoornis zou automatisch betekenen dat de patiënt nooit (meer) zal kunnen werken en *ten tweede*, mensen met mentale stoornissen zouden geen andere keuze hebben dan te werken in de arbeidscircuits voor personen met een handicap of een onbezoldigde arbeidsplaats te aanvaarden, en bijgevolg niet dezelfde rechten genieten als andere ("gewone") werknemers. In die zin benadrukken sommige auteurs dat "echt werk impliceert dat werknemers met arbeidsongeschiktheid zoveel mogelijk hetzelfde loon, dezelfde plichten en voordelen en dezelfde integratieresultaten genieten als om het even wie"⁷.

Het is dus van essentieel belang om behalve de kwestie van de toegang van mensen met psychische stoornissen tot de arbeidsmarkt, tegelijk ook de arbeidsomstandigheden te beschouwen die hen worden geboden. Bij de begeleiding van mensen met mentale ziekten bij hun terugkeer naar werk, dient de maatschappelijk werker systematisch een aantal vragen te stellen: houdt de voorgestelde arbeidsplaats rekening met de sterke en zwakke punten van de persoon? Verleent de arbeidsplaats de persoon met mentale stoornissen hetzelfde "statuut" als de andere werknemers van de onderneming? Werd er rekening gehouden met de geestelijke gezondheid van de werknemer en met het medische recidiefrisico?

Het rapport is opgebouwd als volgt. Na een korte samenvatting van de evolutie van de regelgeving en het overheidsbeleid betreffende de professionele re-integratie van de verzekerden in het domein van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (2), zullen we de professionele re-integratieprogramma's bespreken die vandaag worden aangeboden aan mensen met mentale stoornissen (3). Eerst zullen we de evolutie van deze programma's schetsen in het domein van de werkloosheidsverzekering, om na te gaan welk effect de samenwerking tussen het RIZIV en de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling de laatste jaren heeft gehad. Vervolgens beschrijft het hoofdstuk de huidige staat van het begeleidingsaanbod voor RIZIV-verzekerde patiënten via de belangrijkste actoren, namelijk vooral de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling, de organisaties voor personen met een handicap en het RIZIV zelf via zijn mentale gezondheidsprojecten "projecten artikel 107". Het hoofdstuk gaat ook dieper in op de soorten begeleiding die worden aangeboden. Het daarna volgende hoofdstuk schetst de grote lijnen van het Noord-Amerikaanse "IPS-model". We analyseren ook in hoeverre dit model al gedeeltelijk wordt uitgevoerd in België en onder welke voorwaarden het verder kan worden

⁷ JENARO C., MANK D., BOTTOMLEY J., DOOSE S. en al., « Supported employment in the international context: An analysis of processes and outcomes », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2002, n°17(1), p. 18.

uitgebreid (4). Ten slotte, voordat we de belangrijkste aanbevelingen geven voor het opzetten van optimale professionele re-integratieparcours (6), beschrijven we enkele "good practices" uit het buitenland - andere dan het IPS-model - waarop België zich zou kunnen inspireren (5).

Wat de methodologie betreft die we in dit onderzoeksrapport volgen, wordt het belangrijkste referentiekader gevormd door de sociale wetenschappen, het Belgisch positief recht en, voor een deel van het rapport, de rechtsvergelijking. We hanteren een kwalitatieve benadering. In dit kader voerden we een vijftiental geleide (of "semi-directieve") gesprekken waarbij we [de geïnterviewde] tal van niet vooraf geformuleerde vragen stelden. Van die vragen stonden enkel de thema's vast, zodat de enquêteur het gesprek soepel kon leiden en toch een ruime vrijheid genoot.⁸ Deze gesprekken stelden zich tot doel om de professionele re-integratieprogramma's makkelijker te kunnen beschrijven. Ook verlenen ze op korte tijd toegang tot kenniselementen uit andere disciplines, zoals de geneeskunde, de psychiatrie of het maatschappelijk werk. In dit kader hebben we gesproken met actoren van de volgende instellingen: de Vlaamse gewestelijke tewerkstellingsdienst (*Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB)*), de gespecialiseerde arbeidsbegeleidingsdienst voor mensen met een handicap (*Gespecialiseerde trajectbepaling en -begeleidingsdienst (GTB)*), de Espace Socrate, de Waalse activeringsdienst ("Service Activation"), de socialistische ziekenfondsen, de onafhankelijke ziekenfondsen, de Waalse dienst voor beroepsopleiding en tewerkstelling (Forem), de Brusselse gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling (Actiris), verschillende lokale en federale coördinatoren van de projecten artikel 107, het Waals Agentschap voor de integratie van personen met een handicap (AWIPH), de dienst "Personne handicapée autonomie recherchée" van de Franstalige Gemeenschapscommissie Cocof), het partnernet voor Franstalige personen met een handicap (PHARE), het centrum voor beroepsopleidingen Plope, het Brussels partnernetwerk voor geestelijke gezondheidszorg Hermès Plus en het centrum voor functionele readaptatie Intervalle⁹. Voor de meeste gesprekken trokken we naar de arbeidsplaats van de geïnterviewde; vier gesprekken werden telefonisch gevoerd. Ook hebben we een vragenlijst verspreid onder de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling. De antwoorden op onze vragen waren echter soms erg onvolledig, zodat we niet de nodige gegevens konden verzamelen om alles volledig in kaart te brengen. Op deze problematiek zullen we verder in het rapport nog terugkomen.

⁸ GRAWITZ M., *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Editions Dalloz, 1993 (9 editie), p. 573.

⁹ Wij danken ook de vzw asbl Article 23 voor de overgemaakte documentatie. Buiten het kader van een semi-directief gesprek hebben we contact opgenomen met de christelijke mutualiteiten, die ons eveneens documentatie heeft bezorgd. Waarvoor dank.

Omdat het onmogelijk is om een universele en volkomen objectieve definitie te geven van de mentale ziekte, zullen we ten slotte als jurist beschrijven hoe de Belgische overheid de persoon met mentale stoornissen, met psychische stoornissen of met een "mentale ziekte" omschrijft, behandelt of kenschetst¹⁰. Deze drie termen zullen we afwisselend gebruiken.

2. Geestelijke gezondheid, werk en RIZIV: een bondige historiek

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) ijverde aanvankelijk voor de professionele re-integratie van alle arbeidsongeschikte uitkeringsgerechtigden, alvorens een bezinning te starten over de specifieke kwestie van de uitkeringsgerechtigden met mentale stoornissen.

In 2006 begon de Belgische overheid in het domein van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zich werkelijk te bekommeren om de professionele re-integratie van arbeidsongeschikte sociaal verzekerden¹¹. Vanaf dat jaar werd in deze tak van de sociale zekerheid een nieuwe filosofie gehanteerd die de rol van de adviserende geneesheer wezenlijk zou veranderen. Die heeft niet meer alleen de taak om de graad van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde te beoordelen (om na te gaan of hij al dan niet recht heeft op een uitkering); hij dient voortaan ook het professionele re-integratieproces van de gerechtigde voor te bereiden¹². De adviserende geneesheer is een spilfiguur in het re-integratieproces: hij moet toezien op de professionele re-integratie van de gerechtigde en contacteert "met het akkoord van de gerechtigde, elke natuurlijke of rechtspersoon die kan bijdragen tot zijn beroepsherinschakeling"¹³.

De hervorming van 2006 gaat uit van de vaststelling dat "een groot aantal mensen die recht

¹⁰ Zelfs enkele psychiaters die hebben meegewerkt aan de bepaling van sommige definities van mentale stoornissen komen tot dezelfde conclusie, namelijk dat we dit begrip moeten beschouwen vanuit de behandelingen. Mentale stoornissen zijn immers amorf, proteïsch en heterogeen, om het te zeggen met de woorden van A. Frances in 2015 (FRANCES A., « DSM in Philosophyland. Curioser and Curioser » in PARIS J., PHILLIPS J., *Making the DSM-V, Concepts and Controversies*, Springer, 2014, pp. 98-99).

¹¹ Zie de wet van 13 juli 2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling, *Belgische staatsblad*, 1ste september 2006) en het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (*Belgische staatsblad*, 31 juli 1996).

¹² Artikels 109bis en 153, § 2 van de gecoördineerd wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gewijzigd bij de wet van 13 juli 2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling.

¹³ Artikel 153, § 2, al. 2 van de gecoördineerd wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

hebben op uitkeringen van arbeidsongeschiktheid, in de ZIV-regeling of in de regeling arbeidsongevallen of beroepsziekten, immers een zekere capaciteit inzake bezoldigd werk bewaren die gevaloriseerd zou kunnen worden", maar dat "de middelen die vandaag op het gebied van sociaal-professionele re-integratie worden aangereikt, onvoldoende blijken"¹⁴.

In die context besliste de wetgever om de bevoegdheid inzake beroepsherscholing over te hevelen van de sector van de geneeskundige verzorging (het College van geneesheren-directeurs) naar de sector van de uitkeringen. Artikel 109*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 – goedgekeurd in 2006 maar pas in werking sinds 1 juli 2009 – bepaalt als volgt : "de Geneeskundige raad voor invaliditeit heeft tot taak de tenlasteneming door de uitkeringsverzekering van de programma's inzake beroepsherscholing ten gunste van de rechthebbenden van de uitkeringsverzekering toe te staan. De voorwaarden waaronder die taak kan worden vervuld door de in artikel 153 bedoelde adviserende geneesheren, worden bepaald door de Koning".

De hervorming van 2006 trad dus pas in werking in 2009, toen minister van Sociale Zaken L. Onkelinx, het koninklijk besluit goedgekeurde van 30 maart 2009 tot wijziging, wat de beroepsherscholing betreft, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994¹⁵. Dit besluit voorziet met name in de overdracht van de beslissingsbevoegdheid van het College van geneesheren-directeurs aan de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (HCGRI). Deze Commissie, die deel uitmaakt van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit, heeft onder meer als taak "op voorstel van de adviserend geneesheer de tenlasteneming door de uitkeringsverzekering van de programma's van beroepsherscholing ten gunste van de rechthebbenden van de uitkeringsverzekering toe te staan"¹⁶.

Met deze evolutie veranderde de overheid haar optiek inzake de re-integratie van invaliden die een zeker verdienvermogen behouden. Het herscholingsproces werd voortaan systematischer voorgesteld en het proces werd meer persoonsgericht. De verzekerden gaan

¹⁴ Zie de inleidende uiteenzetting van minister van Werkgelegenheid, de heer P. Vanvelthoven, in het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake de professionele re-integratie en het ontwerp van decreet houdende de werk- en zorgtrajecten, Verslag namens de Commissie voor de Sociale Zaken uitgebracht door mevrouw Greet Van Gool, *Doc. St., Kamer*, 1 juni 2006, n° 1334-004, p. 11.

¹⁵ *Belgische staatsblad*, 2 juni 2009.

¹⁶ Artikel 170, 13° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

van "een systeem dat hoofdzakelijk gebaseerd is op overeenkomsten met opleidingsoperatoren naar individuele tenlastenemingen"¹⁷. Volgens hetzelfde besluit omvatten de tegemoetkomingen inzake beroepsherscholing "alle voorzieningen of diensten die erop gericht zijn geheel of gedeeltelijk de initiële arbeidsongeschiktheid van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde te herstellen of de potentiële arbeidsgeschiktheid van deze gerechtigde te valoriseren, met het oog op de volledige integratie van de betrokkene in een arbeidsomgeving"¹⁸.

Op 17 november 2010 werd een tripartiete intentieverklaring ondertekend tussen het RIZIV, de landsbonden van de ziekenfondsen en alle bevoegde instellingen in de gewesten en gemeenschappen die belast zijn met integratie en beroepsopleiding¹⁹. Bedoeling was om overeenkomsten te sluiten tussen de verschillende gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling, teneinde de professionele tenlasteneming van deze verzekerden te organiseren. De overeenkomsten werden respectievelijk ondertekend in 2012 (met de VDAB), in 2013 (met Forem) en in 2014 (met Actiris)²⁰.

In mei 2011 lanceerde de federale regering tevens haar "Back to work"-programma en werd binnen het RIZIV een *taskforce* opgericht om dit programma te operationaliseren. Dit plan past in een context waarin het RIZIV en de verzekeringsinstellingen (V.I.) hebben beslist om nauwer te gaan samenwerken met de gewestelijke en gemeenschapsorganen die bevoegd zijn voor socioprofessionele integratie en beroepsherscholing²¹. Er werden twee initiatieven gelanceerd: enerzijds het opheffen van het voorafgaande karakter van de toestemming van de adviserend geneesheer voor de deeltijdse werkhervatting, en anderzijds het aantrekkelijker maken van de cumulatie van een beroepsinkomen met een uitkering²².

¹⁷ Het jaarverslag van 2011, p. 71. <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jaarverslag-2011.pdf>

¹⁸ Artikel 4 van het koninklijk besluit van 30 maart 2009 tot wijziging, wat de beroepsherscholing betreft, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, *Belgische staatsblad*, 2 juni 2009.

¹⁹ RIZIV, Jaarverslag 2011, p. 72.

²⁰ Deze overeenkomsten zijn niet gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*, maar opgenomen in drie omzendbrieven: omzendbrief V.I. nr. 2012/490 van 12 december 2012 (samenwerkingsovereenkomst RIZIV - CIN- VDAB - GTB in het kader van de professionele integratie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden), omzendbrief V.I. nr. 2013/180 van 30 april 2013 (samenwerkingsovereenkomst tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen, het AWIPH en Forem, in het kader van de professionele integratie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden) en omzendbrief V.I. nr. 2014/127 van 10 maart 2014 (RIZIV – CIN – Actiris – Bruxelles Formation – VDAB – Phare) in het kader van de professionele integratie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden.

²¹ RIZIV, Jaarverslag 2011, p. 72.

²² *Ibid.*, p. 76.

In die zin zorgde de wetgever, in juli 2011, voor een meer flexibele werkhervattingsprocedure voor de gerechtigde. In de programmawet van 4 juli 2011, wijzigde hij de artikels 100, § 2 en 101, § 1^e van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen²³. Als gevolg van deze wijzigingen, die in werking traden op 12 april 2013, kan de werknemer die arbeidsongeschikt erkend is - die dus voor minstens 66% arbeidsongeschikt is verklaard - een toegestaan werk hervatten op voorwaarde dat hij, op medisch vlak, een capaciteitsbeperking behoudt van minstens 50 %. Artikel 101 van de wet van 14 juli 1994 voorziet dat voor een werkhervatting geen voorafgaande toelating meer moet worden gevraagd: een aangifte-aanvraag moet worden ingediend uiterlijk op de eerste werkdag die aan de hervatting voorafgaat²⁴. Deze hervorming brengt dus een wezenlijke verandering met zich mee, al was het maar in de manier waarop de verzekerde beschouwd wordt: hij wordt niet meer aangezien als een "zieke", maar als iemand die uit eigen beweging weer werknemer kan worden. Volgens C. Arbesu sluit deze hervorming aan bij "de noodzaak om de socioprofessionele re-integratiemechanismen in de sector van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te optimaliseren en zo de terugkeer van de arbeidsongeschikte gerechtigden naar werk aan te moedigen door de procedure voor de gerechtigden die zich geleidelijk aan op de arbeidsmarkt willen integreren te versoepelen"²⁵.

Vervolgens werd de programmawet van 29 maart 2012 goedgekeurd om de werkhervatting financieel aan te moedigen²⁶. Artikel 47 van deze wet wijzigt het artikel 215 *sexies* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 door de bedragen te verhogen waarop de gerechtigde die een programma van beroepsherscholing volgt aanspraak kan maken. Vergeleken met de situatie die bestond sinds 2009, heeft de gerechtigde niet meer recht op een premie van één euro, maar van vijf euro per effectief gevolgd uur van opleiding, begeleiding of scholing. Andere nieuwigheid: de gerechtigde die een programma van beroepsherscholing met succes heeft doorlopen, ziet zijn forfaitaire tegemoetkoming verdubbelen: hij kan aanspraak maken op een bedrag van 500 euro in plaats van 250 euro.

Op 19 december 2014 is het opnieuw via een programmawet dat de organieke wet

²³ *Belgische staatsblad*, 19 juli 2011. Voor de inwerkingtreding, zie het koninklijk besluit van 12 maart tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van artikelen 16 tot 18 van de programmawet van 4 juli 2011, *Belgische staatsblad*, 2 april 2013.

²⁴ Zie de contouren van de verplichtingen van de gerechtigde en de adviserend geneesheer in dit verband, omzendbrief 2013/156 van 11 april 2013, in werking getreden op 12 april 2013.

²⁵ ARBESU C., « Mesures d'activation dans le secteur de l'assurance indemnités. Régime des travailleurs salariés », in DAVAGLE M. (dir.), *Le maintien au travail des travailleurs devenus partiellement inaptes*, Limal, Anthemis, 2013, pp. 109-110.

²⁶ *Belgische staatsblad*, 6 april 2012.

betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt gewijzigd. Deze programmawet voegt in artikel 100 van de wet van 14 juli 1994 een paragraaf 1/1 in die bepaalt dat uiterlijk drie maanden na de aanvang van de periode van primaire arbeidsongeschiktheid en na een grondig overleg tussen de adviserend geneesheer en alle te betrekken actoren, "een multidisciplinair re-integratieplan wordt opgesteld voor de gerechtigde voor wie een re-integratie, gelet op zijn resterende capaciteiten, kan worden overwogen"²⁷. Dit plan moet op regelmatige wijze worden opgevolgd. In het wetsontwerp van de programmawet, preciseert de regering dat ze wenst "de inspanningen te versterken die worden verricht om de socioprofessionele re-integratie van de arbeidsongeschikte gerechtigden te begunstigen"²⁸. In de programmawet worden nog andere maatregelen genomen om de voorwaarden van de uitkeringsverzekering nader te bepalen, hetzij door verlenging van de wachttijd van zes tot twaalf maanden, hetzij door het verhogen van de administratieve geldboetes in geval van fraude²⁹.

Deze opeenvolgende hervormingen hebben verstrekkende gevolgen voor de professionele toekomst van de RIZIV-verzekerde patiënten, ook voor deze met mentale stoornissen. Ze hebben ook gevolgen voor de rechten en plichten van de verzekerden. In het kader van de uitvoering van deze hervormingen, vervult de Technische Medische Raad een centrale rol. Deze Raad werd ingesteld bij de dienst voor uitkeringen en heeft een drievoudige taak: hij verleent advies over medische problemen aangaande de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid en stelt algemene medische richtlijnen en criteria voor om beter de evaluatieproblemen aangaande de arbeidsongeschiktheid op te vangen³⁰. Aan de hand van statistische gegevens met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid ten slotte, verricht hij onderzoek in verband met de werking van de uitkeringsverzekering en brengt hij advies uit over de problemen die hierbij rijzen³¹.

Op het vlak van professionele re-integratie bepaalde de Technische Medische Raad een aantal professionele re-integratietrajecten die zijn aangepast aan de situatie van de verzekerden, evenals een methodologie die ervoor zorgt dat de adviserende geneesheren dezelfde procedure toepassen op alle verzekerden.

²⁷ *Belgische staatsblad*, 29 december 2014.

²⁸ Zie de toelichting van de regering, opgenomen in het ontwerp van programmawet, *Parl. St.*, Kamer, 28 november 2014, nr. 0672/001, p. 68.

²⁹ Het minimumaantal sanctiedagen stijgt van 1 naar 3 en het maximumaantal van 200 naar 400. Zie het artikel 128, §1, 1° en 168*quinquies* van de gecoördineerd wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij artikels 154 en 170 van programmawet van 19 december 2014.

³⁰ Artikel 85 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

³¹ *Ibidem*.

Tot 2013 bekommerde het RIZIV zich slechts weinig om de specifieke problematiek van verzekerden met psychische stoornissen. Uit de recentste studie van de OESO over de geestelijke gezondheid en werk in België, is gebleken dat ons land onvoldoende maatregelen treft die erop gericht zijn de begunstigden van een invaliditeitsuitkering weer aan het werk te zetten en dat een betere samenwerking met de diensten voor arbeidsbemiddeling en de gezondheidssector (ook de geestelijke gezondheid) wenselijk is. Bovendien moet een specifieke bezinning over geestelijke gezondheid worden gestart, niet alleen vanwege de prevalentie van de psychische problemen bij de RIZIV-verzekerde patiënten, maar ook vanwege het nauwe verband dat bestaat tussen de psychische problemen en de inactiviteit enerzijds en tussen de banen van slechte kwaliteit en de psychische problemen anderzijds.

Sinds minstens twee jaar wenst het RIZIV beter tegemoet te komen aan de problemen van gerechtigden met mentale stoornissen. In zijn vierde bestuursovereenkomst, die loopt van 2013 tot 2015, verklaart het RIZIV "de facetten van de arbeidsongeschiktheid waar nog onvoldoende kennis over bestaat (zoals bijvoorbeeld de geestelijke gezondheid, de kwaliteit van de geneeskundige evaluatie, enz.)"³².

Op 25 april 2014 organiseerde het RIZIV een colloquium "Invaliditeit en werk, geestelijke gezondheid" dat een stand van zaken gaf over de prevalentie van het verschijnsel mentale stoornissen in het domein van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Verschillende sprekers kwamen praten over projecten die gericht zijn op professionele re-integratie.

In dit onderzoek willen we de bezinning die werd gestart door het RIZIV voortzetten.

We herhalen in die context de aanbevelingen die de OESO in 2013 formuleerde in zijn rapport over België, aangaande de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen³³:

³² De overeenkomst werd opgenomen in het Koninklijk van 21 mei 2013 besluit tot goedkeuring van de vierde bestuursovereenkomst van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, *Belgische staatsblad*, 9 august 2013.

³³ Voor meer informatie over de aanbevelingen, zie OESO, *Santé mentale et emploi : Belgique*, op. cit., pp. 89-95.

<p>1. De ziekenfondsen een actievere rol geven</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De verplichtingen van de ziekenfondsen betreffende de opvolging en het beheer van de ziekten versterken, met name door voor elke gerechtigde sneller een re-integratieplan uit te werken, maar in nauwe samenwerking met de werkgever, de loontrekkende, de arbeidsgeneesheer en de behandelende arts van de loontrekkende. • De ziekenfondsen financieel verantwoordelijk maken voor de activering van de gerechtigden van ziekte- en invaliditeitsuitkeringen. • Zorgen voor een systematische dialoog en samenwerking tussen de adviserende geneesheer van het ziekenfonds en de arbeidsgeneesheer van de onderneming. • Als re-integratie in de onderneming niet meer mogelijk is, een re-integratie- en herscholingsprogramma uitwerken met de gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling.
<p>2. De activeringsmaatregelen aanpassen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Een einde stellen aan het beroepsherscholingsprogramma van het RIZIV en de samenwerking met de gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling formaliseren. • De regel opheffen volgens welke de gerechtigde zijn rechten verliest binnen zes maanden na zijn deelname aan een opleidingsprogramma.
<p>3. De financiële stimulansen voor de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ervoor zorgen dat langdurige

<p>werkgevers verbeteren</p>	<p>ziekterverloven duurder worden voor de werkgevers, opdat ze de terugkeer naar werk zouden vergemakkelijken (er worden vier methodes vooropgesteld).</p>
<p>4. De specialisten van de gezondheid op het werk erbij betrekken</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De systematische medische controles door de arbeidsgeneesheer beperken tot de ondernemingen met hogere risicofactoren. • De mogelijkheid afschaffen om een loontrekkende zonder vooropzeg te ontslaan wegens medische overmacht. • De arbeidsgeneesheren toelaten om contact op te nemen met loontrekkenden die al verschillende weken afwezig zijn • De werknemers beter informeren over de rol van de arbeidsgeneesheer (via de ziekenfondsen en de werkgevers). • Rekening houden met het luik "re-integratie van de loontrekkenden na ziekteverlof" bij de beoordeling van de kwaliteit van de externe preventiediensten. • Ervoor zorgen dat de preventieadviseur en de vertrouwenspersoon de mensen met mentale stoornissen blijvend begeleiden op de werkplaats
<p>5. De behandelende artsen erbij betrekken</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De communicatie en samenwerking tussen behandelende artsen, arbeidsgeneesheren en adviserende geneesheren van de ziekenfondsen aanmoedigen.

	<ul style="list-style-type: none"> • De communicatie en samenwerking tussen behandelende artsen, arbeidsgeneesheren en adviserende geneesheren van de ziekenfondsen aanmoedigen. • De behandelende artsen beter opleiden en informeren, met name over het voorschrijven van ziekteverloven, het begrip arbeidsgeschiktheid, de voordelen van de werkhervatting en het belang van de rol van de arbeidsgeneesheer. • De behandelende artsen vragen om de redenen van een verlenging van de ziekteverloven te rechtvaardigen.
--	--

3. De professionele re-integratieprogramma's voor verzekerden met mentale stoornissen

De professionele re-integratieprogramma's voor mensen met mentale stoornissen zijn in het Belgische institutionele landschap erg dispaaraat en de overheid houdt geen systematische inventaris bij van alle initiatieven die bestaan. Bovendien is de belangstelling van de overheid voor de professionele re-integratieprogramma's voor mensen met mentale stoornissen nog erg recent.

Hierna beschrijven we eerst de programma's voor gerechtigden met mentale stoornissen in het domein van de werkloosheidsverzekering, en vervolgens de programma's in het domein van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De hervormingen die sinds 2012 werden doorgevoerd in het domein van de werkloosheidsverzekering hebben immers een grote impact op de structurering van de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling (3.1.). Na de bespreking van deze evolutie en van de vorderingsstaat van de programma's in de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling, zullen we nagaan hoe de verschillende programma's voor de RIZIV-verzekerde patiënten met mentale

stoornissen zijn uitgewerkt. In dit kader zullen we ook kijken welke actoren de verzekerden naar deze programma's leiden (3.2).

3.1. De professionele re-integratieprogramma's voor gerechtigden met mentale stoornissen in het domein van de werkloosheidsverzekering

Kader A. De tenlasteneming van personen met een ernstige graad van arbeidsongeschiktheid door het domein van de werkloosheidsverzekering

Tot november 2012 vertoonde België de bijzonderheid dat in de werkloosheidsverzekering een "aanzienlijk aantal personen, soms met een ernstige handicap, van wie de reklasseringskansen zonder specifieke begeleiding erg klein zijn" was opgenomen³⁴. In tegenstelling tot in heel wat landen van de OESO, is het "regime van de werkloosheidsuitkeringen bijzonder belangrijk voor mensen met mentale stoornissen die hun baan verliezen"³⁵. Als een persoon met mentale stoornissen niet voldoende invalide is om in aanmerking te komen voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt hij ten laste genomen door de werkloosheidsverzekering of geniet hij een tegemoetkoming als persoon met een handicap.

Om aanspraak te kunnen maken op de werkloosheidsverzekering, mag de persoon de hierna volgende criteria voor toegang tot de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-verzekering) niet cumuleren:

- onderbreking van alle werkzaamheden,
- vermindering van het vermogen tot verdienen met twee derde of meer – dwz met minstens 66% - ten opzichte van een referentiewerknemer, dwz een werknemer die zich in dezelfde situatie bevindt op de arbeidsmarkt,
- een rechtstreeks oorzakelijk verband tussen de onderbreking van alle werkzaamheden en het intreden of het verergeren van de letsels of functionele stoornissen³⁶.

Als de persoon niet aan deze criteria voldoet, is het waarschijnlijk maar niet zeker dat hij ten laste wordt genomen door de werkloosheidsverzekering. Eenvoudig gezegd is het de algemene regel dat mensen die minder dan 66% arbeidsongeschikt zijn, geen toegang hebben tot de GVU-verzekering maar wel tot de werkloosheidsverzekering.

We moeten dit enigszins nuanceren door twee elementen in aanmerking te nemen.

Ten eerste wordt de arbeidsgeschiktheid van de aanvrager van een werkloosheidsuitkering bij het begin van de werkloosheid niet systematisch gecontroleerd, terwijl de

³⁴ PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », *Sociaalrechtelijke Kronieken*, 2004, n°6, p. 309.

³⁵ OESO, *Santé mentale et emploi : Belgique, op. cit.*, p. 38. Zie de vergelijkende tabel van verschillende landen van de OESO, *op. cit.*, p. 37.

³⁶ Zie het artikel 100 van de gecoördineerd wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, *Belgische staatsblad*, 27 august 1994. Voor meer informatie, zie JOURDAN M., REMOUCHAMPS S., « La prise en compte de l'état de santé du chômeur dans la réglementation de l'assurance-chômage » in NEVEN J.-F., GILSON S. (dir.), *La réglementation du chômage : vingt ans d'application de l'arrêté royal du 25 novembre 1991*, Waterloo, Kluwer, *Sociale praktijkstudies*, 2011, p. 239 ; PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », *op. cit.*, pp. 306 et s.

arbeidsongeschiktheid wordt gecontroleerd bij de toetreding tot de GUV-verzekering³⁷. Het gevolg is dat de betrokkene in heel wat gevallen arbeidsgeschikt wordt geacht zolang hij niet arbeidsongeschikt is verklaard in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen³⁸. Om die reden benadrukt P. Palsterman dat "het recht op werkloosheidsuitkeringen op zich [...] niet volstaat om de geschiktheid van de werknemer vast te stellen"³⁹. Het betreft dus "een vermoeden dat kan worden herzien als blijkt dat de betrokkene niet arbeidsgeschikt was"⁴⁰.

Ten tweede zorgt het derde criterium van de wet, namelijk het aantonen van een rechtstreeks oorzakelijk verband tussen het onderbreken van alle werkzaamheden en het intreden of de verergering van de letsels of functionele stoornissen - ook de afwezigheid van een vroegere toestand genoemd -, vandaag voor problemen. Op basis van dit criterium wordt de GUV-verzekering immers soms geweigerd aan mensen die, hoewel ze een beroepsstatus kunnen voorleggen, de verergering van hun gezondheidstoestand niet kunnen aantonen. Bijgevolg staat een graad van arbeidsongeschiktheid van meer dan 66% niet garant voor de toegang tot de GUV-verzekering. Heel wat mensen aan wie de GUV-verzekering werd geweigerd en die geen aanspraak willen maken of niet in aanmerking komen voor een tegemoetkoming als persoon met een handicap, wenden zich dan tot de werkloosheidsverzekering.

In de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling is er sinds eind 2012 heel wat veranderd. De invoering van bepaalde classificaties van werkzoekenden met mentale stoornissen en de hervorming van de activering van gedeeltelijk arbeidsongeschikte personen in de werkloosheidssector, hebben tot gevolg dat geleidelijk aan een specifiek aanbod is ontstaan voor gerechtigden met mentale stoornissen. Omdat het RIZIV voor de professionele re-integratie van zijn gerechtigden samenwerkt met de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling, is het belangrijk dat we de evolutie van de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling in het kader van de behandeling van psychische stoornissen goed begrijpen. We zullen eerst de grote lijnen aangeven van de hervormingen in het domein van de werkloosheidsverzekering (3.1.1.), en vervolgens toelichten wat de effecten van deze hervormingen zijn op de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling. Tot slot geven we nog de vorderingsstaat van de professionele re-integratieprogramma's voor mensen met mentale stoornissen in het Vlaamse, het Waalse en het Brusselse Gewest (3.1.2.).

³⁷ Voor de werkloosheid, zie PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale. Approche transversale » in MATAGNE M. (dir.), *Invalidité, incapacité et handicap professionnel*, Amay, Medialoh, 2007, p. 271.

³⁸ Zie PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », *op. cit.*, p. 306. De verklaring van geschiktheid van de aanvrager in het formulier C6 - dat is vereist in het kader van een aanvraag van een werkloosheidsuitkering na een periode waarin het ziekenfonds de uitkeringen betaalde - moet niet worden gestaafd door een medisch onderzoek.

³⁹ PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », *op. cit.*, p. 311 ; Arb. Rb. Brussel, 27 januari 2005, A.R. n°1132/01, 11624/01, beschikbaar op *Jura*, geraadpleegd op 15 februari 2012. URL : <http://www.jura.be>.

⁴⁰ Arb. Hof Liège (tweede kamer), arrest van 4 november 1998, A.R. n° 24.637/96, beschikbaar op *Jura*, geraadpleegd op 15 februari 2012. URL : <http://www.jura.be>.

3.1.1. De hervormingen in het domein van de werkloosheidsverzekering en de effecten ervan op het overheidsbeleid voor gerechtigden met mentale stoornissen

In het domein van de werkloosheidsverzekering keurde de federale overheid tussen 2012 en 2014 drie grote hervormingen goed. Die hebben een bepalende impact op de toekomst van gerechtigden met mentale stoornissen. Ze hebben met name tot gevolg dat bepaalde uitkeringsgerechtigden werden overgeheveld naar de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen of bijstandsprestaties genieten (inkomensvervangende tegemoetkoming voor personen met een handicap of maatschappelijke dienstverlening). We beschikken momenteel niet over cijfers om deze evolutie nauwkeurig te beschrijven, maar het lijkt geen twijfel dat deze hervormingen een aanzienlijke weerslag kunnen hebben op het evenwicht dat tot op heden bestond tussen de verschillende soorten verzekeringen in België⁴¹.

De eerste hervorming die een aanzienlijke impact zal hebben op de toekomst van de begunstigten van een werkloosheidsuitkering met mentale stoornissen, betreft de activering van gedeeltelijk arbeidsongeschikte personen. Sinds 1 november 2012 moeten personen die minstens 33% (maar minder dan 66%) arbeidsongeschikt zijn, zowel passief als actief beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt, terwijl ze vroeger niet actief beschikbaar moesten zijn⁴². Dat betekent dat ze nog steeds moeten zijn ingeschreven als werkzoekende en bereid moeten zijn om elke behoorlijke betrekking te aanvaarden, maar ook dat ze actief op zoek moeten gaan naar een baan. Deze hervorming verandert aanzienlijk de verplichtingen en de werkrelaties van de 16.000 uitkeringsgerechtigden met een dergelijke gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid⁴³.

⁴¹ Het feit dat mensen als gevolg van deze hervorming uit de werkloosheidsverzekering kunnen vallen, werd toegelicht door voormalige minister van Werk M. De Coninck. Zie onze doctoraatsthesis : DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux. Une analyse des exclusions et des inclusions par le droit en assurance chômage et en aide sociale », verdedigde op 29 april 2015 in ULB (l'Université Libre de Bruxelles). Het zal begin 2016 gepubliceerd worden in de reeks van het Belgisch Genootschap voor Arbeids- en Socialezekerheidsrecht van Die Keure.

⁴² Zie voor de aanzienlijke veranderingen die deze hervorming teweegbrengt artikels 4, 10, 2° en 30 van koninklijk besluit van 23 juli 2012 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering in het kader van de versterkte degressiviteit van de werkloosheidsuitkeringen en tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 december 2011 tot wijziging van de artikelen 27, 36, 36ter, 36quater, 36sexies, 40, 59quinquies, 59sexies, 63, 79, 92, 93, 94, 97, 124 en 131septies van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering, *Belgische staatsblad*, 30 juli 2012.

⁴³ Op grond van de statistieken die haar door de RVA werden bezorgd voor 2012, verklaart minister De Coninck dat "die wijziging van de regelgeving betrekking heeft op 16.000 uitkeringsgerechtigde werkloze jonger dan 50 met een arbeidsongeschiktheid van minstens 33 procent" (zie het antwoord op de vragen nr. 19790 van Zoé Genot over "de controle van werklozen met een handicap" en nr. 19192 van Catherine Fonck over "de gevolgen van de nieuwe voorschriften van de RVA voor

Voor deze categorie van begunstigten van een werkloosheidsuitkering, betekent de hervorming van 2012 een historisch keerpunt⁴⁴.

In het kader van dezelfde hervorming, schrapte minister van Werk M. De Coninck de notie tijdelijke arbeidsongeschiktheid van minstens 33% uit de werkloosheidsreglementering⁴⁵. Tot 1 november 2012 had deze notie tot gevolg dat de opvolgingsprocedure voor het activeringsplan werd opgeschort voor de duur van de arbeidsongeschiktheid⁴⁶. Voor mensen met mentale stoornissen heeft de schrapping van deze notie verstrekkende gevolgen: de tijdelijke arbeidsongeschiktheid van minstens twee jaar was soms de enige mogelijke uitweg om uit te maken wat hen overkwam en om hun ziekte te stabiliseren of te genezen. De notie liet ook toe om de arbeidsongeschiktheid nauwkeuriger te evalueren, rekening houdend met de variabiliteit en de evolutie van de stoornissen. Bijvoorbeeld: omdat de evolutie van de ziekte moeilijk voorspelbaar is, kon de RVA aanvankelijk een tijdelijke arbeidsongeschiktheid erkennen, om ze dan later uit te roepen tot blijvend of onbestaand (na genezing)⁴⁷.

Bij de tweede hervorming werd in de werkloosheidsreglementering een nieuwe categorie van werklozen opgenomen. In navolging van de Vlaamse overheid die al maatregelen nam sinds 2006, bekrachtigde de federale overheid de categorie van werklozen met "medische, mentale, psychische en/of psychiatrische" problemen, bekend onder de afkorting "MMPP". Deze categorie werd formeel bekrachtigd op 28 maart 2014, in het kader van de inschakelingsuitkeringen, dwz de werkloosheidsuitkeringen die aan de gerechtigde worden uitgekeerd op basis van zijn studies (en niet op basis van werk), na een "beroepsinschakelingsstijf"⁴⁸. De gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling stellen deze werklozen een specifiek begeleidingstraject voor.

De derde hervorming dateert eveneens uit 2014 en betreft de werkloze die "een combinatie vertoont van psycho-medisch-sociale factoren die zijn gezondheid en/of sociale inschakeling

personen met een handicap", in *Integraal verslag met vertaald beknopt verslag van de toespraken*, Kamer, Commissie voor de Sociale Zaken, 9 oktober 2013, COM 828, p. 48).

⁴⁴ Voor meer informatie wordt verwezen naar onze doctoraatsthesis: DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*

⁴⁵ Deze notie werd uit de werkloosheidsreglementering geschrapt op 1^{ste} november 2012. Zie de voetnoot 42 voor de exacte titel van de hervorming.

⁴⁶ Vroegere artikel 59 *bis*, § 2 van koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering.

⁴⁷ Voor meer informatie wordt verwezen naar onze doctoraatsthesis : DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*

⁴⁸ Koninklijk besluit van 28 maart 2014 tot wijziging van artikel 63 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering in het kader van een aanpassing van de nieuwe regeling inzake de inschakelingsuitkeringen, *Belgische staatsblad*, 4 april 2014.

duurzaam aantasten, en hierdoor zijn professionele inschakeling" ("PMS"). Op 26 juni 2014 werd deze nieuwe categorie van werklozen officieel bekrachtigd in de werkloosheidsreglementering betreffende de opvolging van de activeringsprocedure, nog voordat de parlementen van de verschillende gewesten hun goedkeuring hadden gehecht aan het nieuwe ontwerp van samenwerkingsakkoord betreffende de actieve begeleiding en opvolging van werklozen⁴⁹. In volle periode van lopende zaken, herschreef de regering het artikel 59bis dat stelt dat de opvolgingsprocedure van het actieve zoekgedrag - gedurende de periode tijdens dewelke de werkloze een specifiek begeleidingstraject volgt, hem voorgesteld door de bevoegde gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling – wordt opgeschort wanneer de werkloze "een combinatie vertoont van psycho-medische-sociale factoren die zijn gezondheid en/of sociale inschakeling duurzaam aantasten en, hierdoor, zijn professionele inschakeling, met als gevolg dat de werkloze binnen de 12 maanden die volgen niet in staat is om te werken in het gewone economische circuit of in het kader van een al dan niet betaalde aangepaste en omkaderde arbeidsplaats"⁵⁰. Deze nieuwe categorie heeft dus een aanpassing van de activeringsprocedure voor bepaalde tijdelijk arbeidsongeschikte werklozen tot gevolg. Als gevolg van deze hervormingen, moesten de diensten voor arbeidsbemiddeling hun begeleidingsaanbod herstructureren.

Aangezien deze veranderingen in het domein van de werkloosheidsverzekering onrechtstreeks gevolgen hebben voor de begeleiding die wordt aangeboden aan de gerechtigden van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wanneer ze ten laste worden genomen door de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling, achten we het opportuun om de vorderingsstaat van deze nieuwe programma's te beschrijven.

3.1.2. De vorderingsstaat van de professionele re-integratieprogramma's voor gerechtigden met mentale stoornissen in de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling

Als gevolg van deze hervormingen, creëren de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling geleidelijk aan professionele re-integratieprogramma's voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten, en onder meer voor mensen met "medische, mentale, psychische en/of psychiatrische problemen" ("MMPP") of met "een combinatie van psycho-medisch-

⁴⁹ Artikel 5 van het koninklijk besluit van 26 juni 2014 tot wijziging van de artikelen 27, 36, 51, 52bis, 59bis, 59bis/1, 59ter, 59ter/1, 59quater, 59quater/1, 59quater/2, 59quater/3, 59quinquies, 59quinquies/1, 59quinquies/2, 59sexies, 59septies, 59octies, 59nonies, 70 en 94 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering, *Belgische staatsblad*, 10 juli 2014.

⁵⁰ *Ibidem*.

sociale factoren" ("PMS")⁵¹.

De categorie "MMPP" en de hervorming van de activering waren echter niet in alle gewesten van het land helemaal nieuw. Overal in België - in alle gewesten en in de Duitstalige Gemeenschap -, bestond de notie "MMPP" al langer. In Wallonië werd ze bijzonder slecht onthaald. Vlaanderen is de enige deelstaat waar de categorie "MMPP" al bestaat sinds 2006 en waar alle gerechtigden van een werkloosheidsuitkering worden geactiveerd.

De hervorming van de activering van gedeeltelijk arbeidsongeschikte werklozen en de invoer van de categorie "MMPP" door de federale overheid, hebben in Vlaanderen dus geen al te grote veranderingen teweeggebracht. Het Vlaamse Gewest biedt al enkele jaren specifieke programma's aan voor mensen met mentale stoornissen. Na de invoer van activeringstrajecten in het kader van de activeringsprocedure, verklaarde de *Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB)* dat bij een aantal langdurig werkzoekenden "problemen werden geconstateerd die niets te maken hebben met de arbeidsmarkt". De oorzaken hiervan zijn psychische of medische problemen⁵². Na de hervorming van de activeringsprocedure inzake het zoekgedrag, meende de *VDAB* dat ze niets kon doen voor mensen uit de categorie "MMPP"⁵³. Deze bewustwording van de *VDAB* moet worden herbekeken in het licht van de overdracht van de bevoegdheid inzake professionele re-integratie van personen met een handicap van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (*VAPH*) aan de *VDAB*. In 2006 herstructureerden de Vlaamse ministers van Werk F. Vandenbroucke (SP.A) en van Sociale Economie K. Van Brempt (SP.A) de begeleidingsparcours voor de werklozen categorie "MMPP"⁵⁴.

Kortom, tot in 2014 focuste enkel het Vlaamse Gewest zich specifiek op mentale stoornissen. Pas sinds de invoer van de categorieën "MMPP" en "PMS" op het hele Belgische grondgebied, ontwikkelen ook de andere deelstaten geleidelijk aan programma's voor personen met mentale stoornissen. In de praktijk zijn die operationeel - en vaak op experimentele wijze - sinds eind 2014 begin 2015. Hierna zullen we de oriëntaties

⁵¹ Over de wijze waarop de medische diagnose wordt gesteld, zie DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*

⁵² *VDAB, Tender activeringszorg*, document beschikbaar op 14 mai 2013 op de intranet van *VDAB*, en *VDAB*, « Samen voor meer banen: een Vlaams Meerbanenplan », gepubliceerd op 16 januari 2006, geraadpleegd op 30 september 2013. URL : <http://www.serv.be/uitgaven/946.pdf>.

⁵³ *VDAB, Tender activeringszorg, op. cit.*

⁵⁴ Deze nota dateert van 21 juli 2006 en heeft als titel « Nota aan de leden van de Vlaamse regering. Betreft: invulling meerbanenplan budgetlijnen arbeidszorg en intensieve trajecten: werkzoekenden in arbeidszorg en intensieve trajecten op sporen ».

beschrijven die worden gevolgd in de verschillende gewesten van het land⁵⁵. Voor het Waalse Gewest zullen we echter niet ingaan op de evoluties in het Duitstalige deel van het gewest. Het *Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft (ADG)*, dat werd opgericht door de Duitstalige Gemeenschap, staat daar in voor de beroepsopleiding van werkzoekenden en voert ook de Waalse bevoegdheden uit op het vlak van plaatsing⁵⁶.

A. In het Vlaamse Gewest

In Vlaanderen wordt elke aanvrager van een werkloosheidsuitkering *gescreend*. Mensen met mentale stoornissen kunnen het voorwerp uitmaken van een gespecialiseerde *screening* door hetzij een psycholoog van de *VDAB*, hetzij de *Gespecialiseerde Arbeidsonderzoeksdienst (GA)*. De "Gespecialiseerde Trajectbepaling- en Begeleidingsdienst (gespecialiseerde begeleidingsdienst voor mensen met een arbeidsbeperking (*GTB*)), de "Gespecialiseerde Arbeidsonderzoeksdienst" (*GA*) en het "Gespecialiseerd Opleidings- en Bemiddelingscentrum" (*GOB*) zijn de drie diensten die samen met de *VDAB* deelnemen aan het begeleidingsproces van werkzoekenden met een arbeidshandicap⁵⁷. In verschillende etappes van het proces, bieden deze diensten de werkzoekende een bijzondere expertise: de *GA* is gespecialiseerd in de *screening*, de *GTB* in de trajectbepaling en begeleiding voor mensen met een arbeidshandicap en het *GOB* in opleiding, begeleiding en bemiddeling.

Afhankelijk van de *screening*, kiest de adviseur - van de *VDAB* of de *GA* - het begeleidingstraject dat het best geschikt is voor elke werkzoekende. Vandaag zijn er na de *screening* door de adviseur vijf trajecten mogelijk⁵⁸. Ten eerste komt de werkzoekende, in het kader van een traject naar werk, in het normale economische circuit terecht. Ten tweede heeft de werkzoekende, rechtstreeks of via trajectbegeleiding, toegang tot aangepast werk onder professionele begeleiding, bijvoorbeeld in sociale of beschutte werkplaatsen. Sociale werkplaatsen vallen onder de sociale economie en sluiten het dichtst aan bij het reguliere arbeidscircuit. De mensen worden bijvoorbeeld

⁵⁵ Voor informatie over de Duitstalige Gemeenschap, zie DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*.

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ In 2012, telde Vlaanderen 17 centra die een gespecialiseerde arbeidsonderzoeksdienst aanbieden (*GA*). Sinds 1 juli 2014 zijn deze centra geïntegreerd in de structuur van de *GTB* om efficiënter te kunnen werken en kosten te besparen. Zie « Integratie *GA-GTB* » op de website van *GTB*, geraadpleegd op 23 september 2014. URL: <http://www.gtb-vlaanderen.be/nieuws>.

⁵⁸ Dit onderscheid werd gemaakt in elk gesprek met een persoon van de *VDAB* en wordt ook vermeld in de volgende studie: KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 1: Ernstige psychische aandoeningen en regulier betaald werk », werknota, maart 2011, LUCAS-KU Leuven, p. 9.

tewerkgesteld in tweedehandswinkels. Naar de beschutte werkplaatsen worden meestal mensen doorverwezen met een intellectuele achterstand. Ten derde komt de werkzoekende, rechtstreeks of via trajectbegeleiding, terecht in een *arbeidszorginitiatief*. *Arbeidszorginitiatieven* worden omschreven als "onbezoldigd vrijwilligerswerk onder intensieve begeleiding"⁵⁹. Het vrijwillige karakter van deze betrekkingen wordt in Vlaanderen echter in vraag gesteld in het domein van de werkloosheidsverzekering en luidt daardoor een vorm van avant-gardistische *workfare* in⁶⁰.

Ten vierde krijgt de werkzoekende een "activeringsbegeleiding" die erop gericht is hetzij zijn "MMPP"-problemen, hetzij zijn sociaaleconomische, sociale en/of psychosociale problemen zodanig te neutraliseren dat hij kan worden opgenomen in een van de vorige categorieën. De activeringsbegeleiding is "een proces waarbij de werkzoekende, in samenwerking met een begeleider, de medische, mentale, psychische, psychiatrische en sociale problemen die zijn inschakeling op de arbeidsmarkt in de weg staan, probeert op te lossen"⁶¹. "Activeringsbegeleiding" is erop gericht de "MMPP"-problemen of de sociaaleconomische, sociale en/of psychosociale problemen zelf zodanig op te lossen dat, zodra de zwaarste problemen zijn weggewerkt, de persoon minstens terecht kan in een *arbeidszorginitiatief*. De activeringsbegeleiding, die maximaal 18 maanden duurt, stelt zich tot doel de obstakels weg te nemen die de terugkeer naar werk verhinderen⁶². De "activeringsbegeleiding" omvat twee luiken: een luik "zorg" en een luik "*empowerment*" dat we kunnen omschrijven als "autonomisatie" of "ontwikkeling van de daadkracht". Ten vijfde kan worden besloten dat de persoon een ernstig "MMPP-probleem" heeft en niet in staat is om in een *arbeidszorginitiatief*, een sociale werkplaats of een beschutte werkplaats te worden tewerkgesteld.

Twee organisaties kunnen rechtstreeks het begeleidingstraject van de "MMPP"-werkzoekende ten laste nemen en opvolgen, namelijk de *VDAB* en de gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdienst (*GTB*).

⁵⁹ DE PRINS P., MOTMANS J., *Arbeidszorg in Vlaanderen. De toegang tot de arbeidsmarkt als een instrumentele vrijheid*, Brussel-Antwerpen, Politeia, 2009, p. 7.

⁶⁰ Zie DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*.

⁶¹ Artikel 1, 16° van het besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009 houdende de organisatie van de arbeidsbemiddeling en de beroepsopleiding, *Belgische staatsblad*, 23 september 2009.

⁶² De problemen die in het kader van deze trajecten worden behandeld worden geacht niet te zijn verbonden aan de arbeidsmarkt. Sinds 2006 werd deze begeleiding tweemaal herzien: het kader van de 'tender activeringstrajecten (TAT)' werd herzien in de 'tender activeringszorg' (TAZ), die zelf is opgenomen in een kader TAZbis (van kracht sinds februari 2013). Zie *VDAB*, niet-gedateerd intern document genoemd « Situering activeringsbegeleiding » (TAZ) en Nota van de intranet van *VDAB*, *Tender Activeringszorg* (TAZ), 14 mei 2013.

Op 25 april 2014 zette de Vlaamse wetgever een bijkomende stap voorwaarts door deze trajecten op te nemen in een decreet houdende de werk- en zorgtrajecten⁶³. Dit decreet beperkt zich niet tot de gerechtigden van de werkloosheidsverzekering, maar betreft ook de gerechtigden van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Kader B. Vlaams decreet van 25 april 2014 houdende de werk- en zorgtrajecten, Belgisch Staatsblad, 14 augustus 2014.

Het decreet stelt zich tot doel "een aangepaste aanpak" te bieden aan personen die vanwege medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale problemen of de problematiek van armoede niet kunnen participeren in de arbeidsmarkt, maar ook aan mensen voor wie betaalde beroepsarbeid tijdelijk niet mogelijk is⁶⁴. Onder meer de situatie van "(ex-)psychiatrische patiënten moet worden verbeterd⁶⁵. Daarnaast wil het decreet meer structuur brengen in het begeleidingsaanbod binnen de sectoren sociale economie en gezondheidszorg⁶⁶. In het kader van de presentatie van de werk- en zorgtrajecten in Vlaanderen, werd het belang benadrukt van een samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en de beroepsherscholing⁶⁷.

Het decreet heeft niet enkel betrekking op gerechtigde werkzoekenden die worden opgevolgd door de VDAB, maar ook op de personen die vallen onder het RIZIV, de OCMW's of de FOD Sociale Zekerheid (DG Personen met een handicap)⁶⁸. Het bevestigt de wil van de Vlaamse overheid om de verschillende sociale beschermingsstatuten te transcenderen, echter rekening houdend met de verschillende rechten en plichten die eigen zijn aan elke sector (OCMW/ RIZIV/ personen met een handicap)⁶⁹.

Daarnaast stelt het decreet zich tot doel om de verschillende trajecten te herbekijken rond een "participatieladder", opdat de gerechtigden optimaal zouden kunnen deelnemen aan de samenleving⁷⁰. Het ontwerp is deels geïnspireerd op het Nederlandse systeem en wil iedereen volgens zijn eigen competenties laten deelnemen aan de samenleving, indien mogelijk door arbeid.

De participatieladder werkt als volgt: de kandidaat-deelnemer valt onder niveau 6 als hij in staat is om betaalde beroepsarbeid te verrichten (zoals een gewone werknemer) en onder niveau 5 als hij in staat is om "betaalde beroepsarbeid met ondersteuning" te verrichten. Wie

⁶³ Vlaams decreet van 25 april houdende de werk- en zorgtrajecten, *Belgische staatsblad*, 14 augustus 2014. Zie de memorie van toelichting : voorstel van decreet houdende de werk- en zorgtrajecten, Parl. St., *Vlaams Parlement*, 31 januari 2014, n°2442-1.

⁶⁴ Voorstel van decreet houdende de werk- en zorgtrajecten, Parl. St., *Vlaams Parlement*, 31 januari 2014, n°2442-1, p. 9.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 2.

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 5. Zie GAILLY L., KNAEPS J., VAN AUDENHOVE C., « La réadaptation professionnelle des personnes souffrant de troubles multiples », Sécurité sociale CHSS, dossier « Santé mentale et emploi », 2014, n°2, 78-79.

⁶⁸ Voorstel van decreet houdende de werk- en zorgtrajecten, Parl. St., *Vlaams Parlement*, 31 januari 2014, n°2442-1, p. 9.

⁶⁹ *Ibidem*.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 2. Zie de powerpoint van VDAB van 7 mei 2012 gepresenteerd voor een meeting met FOREM : URL : <http://prezi.com/jqlkbbemju0b/echange-forem-vdab-personnes-avec-des-problemes-de-sante/>, geraadpleegd op 6 januari 2014.

onder een van deze twee niveaus valt, wordt aangeworven in het kader van een arbeidsovereenkomst. Voor de niveaus 1 tot 4 is dat niet het geval. Niveau 4 betekent dat de kandidaat-deelnemer kan worden toegeleid naar "tijdelijke activeringstrajecten" gericht op betaald werk, niveau 3 dat hij enkel kan worden toegeleid naar "arbeidsmatige activiteiten" (waaronder *arbeidszorg*, het volgen van een opleiding, een cursus of deelname aan de activiteiten van een vereniging of psychiatrisch centrum). Resten ten slotte nog niveau 2: de kandidaat-deelnemer heeft "sociale contacten buitenshuis" en kan deelnemen aan socioculturele activiteiten, en niveau 1: de contacten van de kandidaat-deelnemer zijn beperkt tot de huiselijke kring of tot de welzijns- en zorgvoorziening waar hij verblijft⁷¹

Zodra de sociale participatiegraad van de betrokkene bepaald is, wordt hem een traject voorgesteld. De Vlaamse wetgever bedacht drie soorten trajecten die worden geassocieerd met de trappen 3 of 4 van de participatieladder⁷². Op deze trappen is de nood aan begeleiding van de activiteiten het grootst⁷³. Het betreft activeringstrajecten, trajecten maatschappelijke oriëntatie of trajecten arbeidsmatige activiteiten⁷⁴. Enkel de trajecten arbeidsmatige activiteiten werden niet uitgewerkt in dit decreet. Het voorziet enkel dat de contouren van de arbeidsmatige activiteiten zullen worden bepaald door de Vlaamse regering.⁷⁵ Het is dus de Regering die het aanbod aan activiteiten bepaalt, evenals de minimale kwaliteitsvoorwaarden voor het aanbod, de toegangsmodaliteiten, de evaluatieprocedure en de erkennings- en subsidiëringsvoorwaarden voor zij die een aanbod van arbeidsmatige activiteiten willen voorleggen⁷⁶.

De Vlaamse wetgever wilde dus in een eerste fase de eerste twee soorten activiteiten ontwikkelen (activeringstrajecten en maatschappelijke oriëntatie)⁷⁷. De component werk is voor de activeringstrajecten nadrukkelijker aanwezig dan de component zorg, terwijl voor de trajecten maatschappelijke oriëntatie net het omgekeerde geldt⁷⁸.

De activeringstrajecten kunnen een duur hebben van 3 tot 18 maanden⁷⁹. De Vlaamse Regering bepaalt de voorwaarden voor een verlenging van het traject⁸⁰. De trajecten bereiden de deelnemers voor op "betaalde beroepsarbeid".⁸¹ Op de arbeidsplaats is een individuele of collectieve begeleiding voorzien. Die beslissing wordt pas genomen als de verschillende begeleidingen zijn gedefinieerd (in het kader van de trajecten arbeidsmatige activiteiten). In die context geeft de werkvloer personen "de kans om de latente functies van arbeid te ervaren, onder meer het feit dat er een zinvolle bezigheid geboden wordt, dat er

⁷¹ Zie het artikel 8 van het vlaamse decreet van 25 april houdende de werk- en zorgtrajecten, *op. cit.*.

⁷² Zie Verslag namens de Commissie voor Economie, Economisch Overheidsinstrumentarium, Innovatie, Wetenschapsbeleid, Werk en Sociale Economie uitgebracht door de heer Björn Rzoska, 15 april 2014, n°2442-8, p. 5.

⁷³ *Ibidem*.

⁷⁴ Zie ook hierover de studie van SAMOY E., *Handicap en Arbeid*, Deel I, Definities en Statistieken over de arbeidsdeelname van mensen met een handicap, mars 2013, beschikbaar op de website [werk.be](http://www.werk.be), geraadpleegd op 15 januari 2014. URL : <http://www.werk.be/onderzoek/publicaties/notaHandicapArbeid.htm>.

⁷⁵ Wat de begeleiding in het kader van het activeringstraject betreft, schetste de werknota van 7 juni 2013 enkel de verplichtingen op het vlak van begeleidingsuren, en op het vlak van beschikbaarheid, aandacht en kwalificatie van de begeleider.

⁷⁶ Artikels 35, 36 en 37 van het vlaamse decreet van 25 april houdende de werk- en zorgtrajecten, *op. cit.*.

⁷⁷ Zie het artikel 2, 31° van het vlaamse decreet van 25 april houdende de werk- en zorgtrajecten, *op. cit.*.

⁷⁸ Voorstel van decreet houdende de werk- en zorgtrajecten, Parl. St., *Vlaams Parlement*, 31 januari 2014, n°2442-1, p. 8.

⁷⁹ Zie het artikel 24 van het vlaamse decreet van 25 april houdende de werk- en zorgtrajecten, *op. cit.*.

⁸⁰ *Ibidem*.

⁸¹ Zie het artikel 2, 1° van het vlaamse decreet van 25 april houdende de werk- en zorgtrajecten, *op. cit.*.

gezorgd wordt voor structuur, dat er sociale contacten voorhanden zijn en dat de mogelijkheid tot zelfontplooiing geboden wordt ⁸².

De trajecten maatschappelijke oriëntatie hebben een duur van maximaal zes maanden. Ze "bereiden de deelnemer voor op een combinatie van zorg en eventueel arbeidsmatige activiteiten"⁸³. In uitzonderlijke gevallen kunnen ze worden verlengd volgens de voorwaarden die worden bepaald door de Vlaamse Regering⁸⁴.

Het decreet voorziet voor elk type traject een *casemanager* "Werk"⁸⁵ en een *casemanager* "Zorg", die samen een team vormen "rond de gerechtigde"⁸⁶. Beide *managers* stippelen samen met de gerechtigde het werk- en zorgtraject uit dat bij hem past⁸⁷. De functies van deze *casemanagers* bestonden ook al in het verleden, maar de coördinatie tussen beide "domeinen", die elkaar nochtans aanvullen, was niet altijd optimaal. De Vlaamse wetgever bepaalt in dit decreet dus de verplichtingen van de beide *managers* - onder meer op het vlak van begeleiding van de deelnemer- en eist dat ze beter samenwerken⁸⁸. De dienstverleners op wie de *casemanagers* een beroep doen, zijn gestructureerd in een netwerk. Om toe te zien op de goede uitvoering van het traject, wordt de functie van secretaris van een netwerk van dienstverleners, *penhouder* genoemd, in het leven geroepen, waardoor de actoren van werk en zorg kunnen worden verenigd in een netwerk⁸⁹. De *penhouder* moet minstens in elke provincie de dienstverleners vertegenwoordigen en getuigen van hun professionele deskundigheid⁹⁰. Er wordt opgemerkt dat de component zorg moet worden uitgevoerd door een lid van een zorgvoorziening, een arts of een psychiater⁹¹. Aan het einde van het traject maken de *casemanagers* een eindverslag op. Vervolgens bespreken de VDAB en de deelnemer de mogelijkheid om te worden toegeleid naar betaald werk (als hij een activeringstraject heeft gevolgd), of naar arbeidsmatige activiteiten (als hij een traject maatschappelijke oriëntatie heeft gevolgd)⁹².

Op 1 september 2015 is het nog steeds onduidelijk wanneer dit nieuwe kader van kracht wordt en hoe het zal aansluiten op de vijf voornoemde trajecten⁹³.

⁸² Voorstel van decreet houdende de werk- en zorgtrajecten, Parl. St., *Vlaams Parlement*, 31 januari 2014, n°2442-1, p. 20.

⁸³ Zie het artikel 2, 24° van het vlaamse decreet van 25 april houdende de werk- en zorgtrajecten, *op. cit.*.

⁸⁴ Zie het artikel 26 van het vlaamse decreet van 25 april houdende de werk- en zorgtrajecten, *op. cit.*.

⁸⁵ Merken we op dat de functie van *casemanager werk* wordt toevertrouwd aan de VDAB of aan een actor van werk die zij een mandaat geeft om de deelnemer op te volgen. Verschillende veldmedewerkers betreuren dat de VDAB op die manier rechter en partij tegelijk is.

⁸⁶ Zie artikels 10 aan 17 van het vlaamse decreet van 25 april houdende de werk- en zorgtrajecten, *op. cit.*. en voorstel van decreet houdende de werk- en zorgtrajecten, Parl. St., *Vlaams Parlement*, 31 januari 2014, n°2442-1, pp. 12 et s..

⁸⁷ Zie artikels 13 en 14 van het vlaamse decreet van 25 april houdende de werk- en zorgtrajecten, *op. cit.*.

⁸⁸ Deze managers werken samen met de deelnemer aan de bepaling van het traject, de opvolging en de evaluatie van de deelnemer ten aanzien van dit traject en de bijsturen van het traject in kwestie (*Ibidem*).

⁸⁹ Voorstel van decreet houdende de werk- en zorgtrajecten, Parl. St., *Vlaams Parlement*, 31 januari 2014, n°2442-1, p. 17.

⁹⁰ De Regering bepaalt de professionele deskundigheid die nodig is om deel te kunnen uitmaken van deze dienstverleners. Artikel 18 van het vlaamse decreet van 25 april 2014 houdende de werk- en zorgtrajecten.

⁹¹ Voorstel van decreet houdende de werk- en zorgtrajecten, Parl. St., *Vlaams Parlement*, 31 januari 2014, n°2442-1, p. 19.

⁹² Artikels 35, 33 et 34 van het vlaamse decreet van 25 april houdende de werk- en zorgtrajecten, *op. cit.*.

⁹³ Voor het onthaal van dit nieuwe decreet door de veldwerkers., zie DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*.

B. In het Waalse Gewest⁹⁴

In het kader van de problemen die zijn verbonden aan arbeidsongeschiktheid, wijzigde het Forem in maart 2013 zijn interne structuur door pluridisciplinaire comités, ook *steuncomités* genoemd, op te richten. Deze comités zijn meestal samengesteld uit vijf of zes leden: een of twee vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidssector, een vertegenwoordiger van het Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH), twee deskundigen in het domein van de socioprofessionele re-integratie en een deskundige in het domein maatschappelijk werk (OCMW)⁹⁵.

Concreet onderzoeken deze comités meer complexe situaties op psycho-medisch-sociaal vlak⁹⁶. "De maatschappelijk werker van het Forem is het aanspreekpunt van dit comité. Hij stelt er anoniem de gevallen voor die een pluridisciplinair onderzoek vragen vanwege hun complexiteit of hun multifactoriële aspect. Na dit overleg/toezicht, beslist het [steuncomité] of de betrokkene wordt toegeleid naar een of meerdere actoren van het netwerk waarvan de prestaties die van de maatschappelijk werker(s) ondersteunen en beantwoorden aan de behoeften van de betrokkene, ook met het oog op de socioprofessionele re-integratie"⁹⁷. Tijdens dit proces, "blijft de maatschappelijk werker de betrokkene opvolgen door contacten te onderhouden met de operator en/of het steuncomité en met de werkzoekende zelf. De duur van deze tenlasteneming varieert naargelang de behoeften van de betrokkene. Ze wordt geraamd op 18 maanden, maar kan indien nodig verlengd worden"⁹⁸. "Na deze prestaties ten slotte, wordt de begeleiding afgesloten door een overlegde evaluatie en bekijkt de maatschappelijk werker samen met de betrokkene de verdere mogelijkheden (opnieuw begeleiding naar werk of zoeken van een specifiek traject)"⁹⁹.

⁹⁴ Met uitzondering van het Duitstalige gebied.

⁹⁵ Antwoord van A. Antoine, Waals minister van Werkgelegenheid en Opleiding, op de schriftelijke vraag van G. Trotta over "professionele re-integratie en de uitdagingen van de mentale gezondheid", Waals Parlement, 10 juni 2013, n° 114.

⁹⁶ Een document van mevrouw Carol Descamps, executive directrice van Forem, werd in dit verband verspreid tijdens de dag die het RIZIV op 29 januari 2013 organiseerde rond de publicatie van het reeds genoemde OESO-rapport over "Geestelijke gezondheid en werk in België".

⁹⁷ Antwoord van A. Antoine, Waals minister van Werkgelegenheid en Opleiding, op de schriftelijke vraag van G. Trotta over "professionele re-integratie en de uitdagingen van de mentale gezondheid", Waals Parlement, 10 juni 2013, nr. 114. Dit antwoord bevat de bewoordingen van het Forem-document "Structure d'appui aux prestations des assistants sociaux du Forem effectuées dans le cadre de l'accompagnement individualisé des demandeurs d'emploi".

⁹⁸ Dokument gepresenteerd door Mme Carol Descamps, *op. cit.*.

⁹⁹ *Ibidem.*

De belangrijkste partners van het Forem kunnen worden ingedeeld in de volgende categorieën: de wijkregies, de centra voor socioprofessionele re-integratie (de vroegere EFT en OISP), de plaatselijke werkgelegenheidsagentschappen, de gewestelijke werkwinkels, het maatschappelijke promotieonderwijs, het Institut wallon de formation en alternance et des indépendants et petites et moyennes Entreprises (IFAPME - Waals Instituut voor Alternerende Vorming, Zelfstandigen en Kleine en Middelgrote Ondernemingen), de openbare centra voor maatschappelijk welzijn (OCMW's) en het 'AWIPH. Voor personen met mentale stoornissen doet het Forem hoofdzakelijk een beroep op "partners van buiten het domein van de socioprofessionele re-integratie zoals de "diensten voor mentale gezondheid, de maatschappelijke relais, de projecten artikel 107, de centra voor bestrijding van toxicomanie"¹⁰⁰.

De meeste partners - zowel privé als de overheid - van het Forem zijn actief in het domein van de mentale gezondheid¹⁰¹. Deze samenwerkingen zijn vandaag geregeld in het Waals decreet van 12 januari 2012 betreffende de geïndividualiseerde begeleiding van de werkzoekenden en betreffende de samenwerkingsregeling voor inschakeling¹⁰².

Mensen met psychische stoornissen kunnen in bepaalde gevallen worden toegeleid naar een opleiding. Die wordt verstrekt in een van de twaalf Carrefours Emploi Formation Orientation die zich tot doel stellen de werkzoekenden te helpen bij het zoeken naar werk of een opleiding, het starten van een activiteit en bij hun oriëntatie¹⁰³.

¹⁰⁰ Informatie meegedeeld door het Forem in december 2014.

¹⁰¹ Bij wijze van voorbeeld: de vzw *Mirena*, de vzw *Psytoyens*, Mirec, het initiatief d'Habitation protégée *L'Entre-Temps*, het werkopleidingsbedrijf *L'Essor*, de vzw *Article 23* - die verwijst naar het recht op werk zoals is opgenomen in artikel 23 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens -, de psychiatrische rehabilitatie via de *Espace Socrate*, het beroepsherscholingscentrum *Prorienta*, een aantal maatschappelijke relais (om er maar enkele te noemen) bieden verschillende professionele re-integratie- of herscholingspistes aan voor mensen met psychische stoornissen. Zie ook CARBONNELLE S., GRUBER P., *Comment construire des ponts entre le monde du travail et le monde de la santé mentale ?*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, augustus 2011 en LARROUMETS-BRAND M., *L'insertion professionnelle des sujets souffrant de schizophrénie. En Belgique francophone, existe-t-il des possibilités d'insertion professionnelle pour les sujets atteints de schizophrénie ?*, gepubliceerd in september 2012 op www.expertisepunt.be, een project van VOSEC en SAW-B, de Vlaamse en Frantilige vzw's gespecialiseerd in het domein van sociale economie, geraadpleegd op 15 februari 2014, pp. 34-35. URL : <http://www.expertisepunt.be>.

¹⁰² *Belgische staatsblad*, 23 januari 2012. Zie ook het besluit van de Waalse Regering van 28 juni 2012 tot uitvoering van het decreet van 12 januari 2012 betreffende de geïndividualiseerde begeleiding van de werkzoekenden en betreffende de samenwerkingsregeling voor inschakeling (*Belgische staatsblad*, 17 september 2012).

¹⁰³ Deze structuren "zijn het resultaat van een structurele samenwerking" met andere partners, waaronder het AWIPH en de centra voor professionele re-integratie die zich in dienst stellen van arbeidsongeschikten. Zie website van het Forem, geraadpleegd op 1 oktober 2014. URL: <https://www.leforem.be/partenaires/actions/fonctionnement-des-carrefour-emploi-formation-orientation.html>.

In maart 2015 ten slotte lanceerde het Forem in Luik, Hoi en Charleroi een experiment bij een publiek dat moeilijk toegang vindt tot de arbeidsmarkt, onder wie mensen met psycho-medisch-sociale problemen ¹⁰⁴. Deze doelgroep omvat mensen met angstaanvallen, fobieën, obsessieve-compulsieve stoornissen en mensen met bipolaire stoornissen of schizofrenie. Bedoeling van dit pilootproject is om "verschillende scenario's uit te testen betreffende de netwerkvorming tussen actoren, de diagnose en de vaststelling van specifieke trajecten die werk combineren met psycho-medisch-sociale begeleiding en socioprofessionele re-integratie". Het project omvat een luik "actie" dat een geïndividualiseerde begeleiding wil bieden aan 50 personen en een luik "onderzoek" dat zich met name tot doel stelt "specifieke typetrajecten aan te bieden die de psycho-medisch-sociale obstakels wegnemen met het oog op socioprofessionele re-integratie, en met name een lijst opstelt van indicatoren die de progressie naar werk aangeven". Dit experiment zal voor het eerst worden geëvalueerd in september 2015.

C. In het Brussels Gewest

Werkzoekenden met mentale stoornissen worden bij Actiris doorverwezen naar de gecentraliseerde dienst "Begeleiding Actief Zoeken naar Werk" of naar de dienst Sociale Consultatie die een "specifieke begeleiding" aanbiedt. Deze begeleiding bestaat in "een inschakelingstraject aangepast aan de persoonlijke situatie van de werkzoekende, met onthaalsessies, de bepaling van een beroepsproject en een intensieve begeleiding" ¹⁰⁵. De dienst "Begeleiding Actief Zoeken naar Werk" helpt de werkzoekende om een beroepsoriëntatie te kiezen en leert hem "zijn troeven op de arbeidsmarkt uit te spelen" ¹⁰⁶. Deze dienst "biedt persoonlijke hulp die aan ieders behoefte is aangepast en in het bijzonder aan de behoeften van een kwetsbaar publiek" ¹⁰⁷.

Als de werkzoekende nog over voldoende verdienvermogen beschikt, wordt hij doorverwezen naar de diensten van Actiris die recent drie nieuwe maatschappelijk werkers hebben aangeworven. Zij werden specifiek in dienst genomen om zich bezig te

¹⁰⁴ De oproep is getiteld "Réseau Expérimental d'Appui Pluridisciplinaire au travail d'Insertion Socio-Professionnelle".

¹⁰⁵ Zie Actiris website, geraadpleegd op 30 december 2014. URL : <http://www.actiris.be/ce/tabid/103/Default.aspx>.

¹⁰⁶ Zie Actiris website, geraadpleegd op 30 december 2014. URL : <http://www.actiris.be/ce/tabid/101/language/fr-BE/Orientation-professionnelle-et-techniques-de-recherche-d-emploi.aspx>.

¹⁰⁷ Actiris, Jaarverslag 2013 Actiris, beschikbaar op zijn website. URL : http://www.actiris.be/Portals/37/RA_2013_FR.pdf.

houden met mensen die minstens 33% blijvend arbeidsongeschikt zijn of behoren tot de categorie "MMPP". Deze personen krijgen een "versterkte" begeleiding. Vandaag betekent dit dat niet alleen een balans wordt opgemaakt van hun situatie, maar dat ze ook regelmatig moeten langskomen bij de maatschappelijk werkers. De voorgestelde trajecten zijn operationeel - zij het nog experimenteel - sinds 1^{er} november 2014.

In het kader van de specifieke begeleiding, werkt Actiris vaak samen met een aantal partners. "Deze partners begeleiden werkzoekenden met een fysieke, mentale of gedragshandicap die hun professionele re-integratie of de toegang tot een opleiding bemoeilijkt"¹⁰⁸. De gepersonaliseerde inschakelingstrajecten die zij aanbieden "omvatten onthaalsessies, acties om een beroepsproject uit te werken en een intensieve begeleiding"¹⁰⁹.

Van de tiental partners van Actiris die meewerken in het kader van specifieke begeleiding, beschikken sommigen over een expertise in psychiatrische problemen (soms gecombineerd met andere gezondheidsproblemen). Dat geldt met name voor de 'missions locales pour l'emploi' en hun Nederlandstalige tegenhangers, de *lokale werkwinkels*, die beide de meest kwetsbare werkzoekenden begeleiden¹¹⁰. De lokale werkwinkels van Vorst, Schaarbeek en Molenbeek staan erom bekend dat ze regelmatig gerechtigden begeleiden met mentale stoornissen. Ook wordt een beroep gedaan op andere spelers van de geestelijke gezondheidssector, zoals het Centre de réadaptation sociale et d'intégration sociale (CRIT), het 'Atelier Groot Eiland' en het *Centrum voor Ambulante Diensten 'De Werklijn'*.

¹⁰⁸ Zie daarover Actiris website. Voor de lijst van zijn partners, zie <http://www.actiris.be/Default.aspx?tabid=117&t=vtp&idType=2&language=fr-BE&lang=fr>, geraadpleegd op 2 november 2012. Over de « Centre de Réadaptation sociale et d'Intégration sociale (CRIT) », zie LARROUMETS-BRAND M., *L'insertion professionnelle des sujets souffrant de schizophrénie. En Belgique francophone, existe-t-il des possibilités d'insertion professionnelle pour les sujets atteints de schizophrénie ?*, op. cit., pp. 47 et s..

¹⁰⁹ Zie daarover Actiris website, <http://www.actiris.be/Default.aspx?tabid=117&t=vtp&idType=2&language=fr-BE&lang=fr>, geraadpleegd op 2 november 2012.

¹¹⁰ Zie daarover de ordonnantie van 27 november 2008 betreffende de ondersteuning van de "missions locales pour l'emploi" en de lokale werkwinkels (*Belgische staatsblad*, 15 december 2008) en het besluit van 8 maart 2012 du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering houdende uitvoering van de ordonnantie van 27 november 2008 betreffende de ondersteuning van de "missions locales pour l'emploi" en de "lokale werkwinkels", *Belgische staatsblad*, 16 maart 2012. Voor de evolutie van het normatief kader van deze lokale werkwinkels, zie DUMONT D., « Le droit bruxellois de l'emploi et de la formation professionnelle en mouvement : de la création de la Région à la veille de la sixième réforme de l'Etat » in DE BROUX P.-O., LOMBAERT B., YERNAULT D. (dir.), *Le droit bruxellois. Un bilan après 25 ans d'application (1989-2014)*, Bruxelles, Bruylant, 2015 (te verschijnen).

Actiris wendt zich ook tot de diensten die worden aangeboden door de agentschappen voor personen met een handicap in het Brussels Gewest, namelijk voor de Franstaligen de dienst "Personne handicapée autonomie recherchée" (PHARE) die afhangt van de Franse Gemeenschapscommissie¹¹¹ en voor de Nederlandstaligen de VDAB die in 2006 de bevoegdheden inzake de professionele re-integratie van personen met een handicap overnam van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Daarnaast kan Actiris ook een beroep doen op de opleidingscentra. De Nederlandstaligen worden door Actiris doorverwezen naar de VDAB, meer bepaald naar de *Regionale Dienst Beroepsopleiding Brussel* die optreedt als operator en regisseur van de Brusselse opleidingscentra¹¹². De Franstaligen van hun kant worden doorverwezen naar Bruxelles Formation, "de grootste opleidingsoperator van Franstalig Brussel en de 'regisseur', dwz de coördinator van het hele openbare en private opleidingsaanbod van dit zelfde gebied"¹¹³. Bruxelles Formation werd opgericht bij decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 17 maart 1994 betreffende de oprichting van het "Institut bruxellois francophone pour la Formation professionnelle".¹¹⁴ Bruxelles Formation is niet de enige operator in het domein van opleidingen voor de Franstaligen van Brussel: ook de centra voor socioprofessionele re-integratie zijn in dit domein bijzonder actief¹¹⁵.

Ten slotte bestaat er bij Actiris een werkgroep die de transversale problematiek aanpakt. Momenteel bestudeert ze de optimale benamingen om de gezondheidsproblemen - en de andere problematieken die erbij komen - te benaderen zonder de gerechtigde te stigmatiseren.

¹¹¹ De dienst 'Personne Handicapée Autonomie Recherchée' is « een dienst met afzonderlijk beheer die opgericht werd bij de Diensten van het College van de Franse Gemeenschapscommissie door het decreet van de Franse gemeenschapscommissie van 18 december 1998 betreffende de oprichting van een dienst met afzonderlijk beheer tot uitvoering van het beleid inzake de sociale integratie en de inschakeling in het arbeidsleven van mindervaliden » (zie het artikel 1, 9° van het decreet van 17 januari 2014 van de Franse Gemeenschapscommissie betreffende de inclusie van personen met een handicap, *Belgische staatsblad*, 3 oktober 2014).

¹¹² Zie hierover : DUMONT D., « Le droit bruxellois de l'emploi et de la formation professionnelle en mouvement : de la création de la Région à la veille de la sixième réforme de l'Etat », *op. cit.*.

¹¹³ *Ibidem*.

¹¹⁴ *Belgische staatsblad*, 6 april 1994.

¹¹⁵ Zie voor de rol van elk van deze actoren : DUMONT D., « Le droit bruxellois de l'emploi et de la formation professionnelle en mouvement : de la création de la Région à la veille de la sixième réforme de l'Etat », *op. cit.*.

3.2. De professionele re-integratieprogramma's voor gerechtigden met mentale stoornissen in het domein van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen

Na de grote evoluties in de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling te hebben uitgelegd, bekijken we nu de vorderingsstaat van de verschillende programma's en diensten die bestemd zijn voor de RIZIV-verzekerde patiënten.

Wanneer een persoon arbeidsongeschikt is, kan de adviserend geneesheer drie prognoses stellen die overeenstemmen met verschillende re-integratietrajecten¹¹⁶: ten eerste meent de adviserend geneesheer dat de verzekerde op termijn zijn werk geheel of gedeeltelijk zal hervatten. Ten tweede, als een terugkeer naar werk niet mogelijk is vanwege blijvende arbeidsongeschiktheid, evalueert de adviserend geneesheer de capaciteit van de persoon om een referentieberoep uit te oefenen "dat hij heeft uitgeoefend of had kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding en beroepsloopbaan"¹¹⁷. In dat geval onderscheiden we twee situaties: ofwel is de persoon geschikt voor een ander referentieberoep, mits eventueel de nodige bijscholing (die dan ten laste wordt genomen door de werkloosheidsverzekering of de werkgever), ofwel is hij tijdelijk niet geschikt voor een ander referentieberoep en kan hij een rehabilitatieproces volgen (dat ten laste wordt genomen door de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen). Ten derde, als de persoon blijvend ongeschikt is om een referentieberoep uit te oefenen, evalueert de adviserend geneesheer samen met hem de mogelijkheid om op termijn een ander beroep uit te oefenen, waarbij een beroepsheroriënteringsproces wordt gestart (dat wezenlijk deel uitmaakt van het beroepsherscholingsproces van het RIZIV).

In dit deel zullen we zien hoe het begeleidingsaanbod gestructureerd is tussen de verschillende actoren belast met de professionele rehabilitatie van de RIZIV-verzekerde patiënten met mentale stoornissen (3.2.1.). Vervolgens zullen we de soorten programma's beschrijven die specifiek zijn ontwikkeld voor mensen met mentale stoornissen (3.2.2.).

¹¹⁶ Zie ook de omzendbrief 2014/143 van 18 maart 2014 ; inwerkingtreding op 19 maart 2014 maar niet bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

¹¹⁷ Voor meer informatie, zie in dit verband de omzendbrief 2014/63 van 30 januari 2014 en de omzendbrief 2014/143 van 18 maart 2014. Deze omzendbrieven zijn echter niet bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

3.2.1. De structurering van het begeleidingsaanbod

RIZIV-verzekerde patiënten kunnen terecht bij verschillende organisaties. Die dragen verschillende benamingen - die elkaar soms overlappen - en zijn bijzonder gevarieerd. Zijn bijvoorbeeld van ver of van dichtbij betrokken bij de professionele re-integratie van RIZIV-verzekerde patiënten: psychiatrische ziekenhuizen, centra voor psychosociale revalidatie (CPR), centra voor functionele readaptatie (CFR), therapeutische en psychotherapeutische centra, lokale werkwinkels, beschutte werkplaatsen, sociale werkplaatsen, arbeidszorginitiatieven,, diensten voor geestelijke gezondheidszorg, maatwerkbedrijven, activeringsdiensten, ateliers of bedrijven voor opleiding door tewerkstelling, beroepsopleidingscentra, en nog heel wat andere vzw's die niet onder deze benamingen vallen.

Sommige initiatieven worden plaatselijk gesteund, bijvoorbeeld door een bepaald ziekenhuis (de Espace Socrate wordt deels gefinancierd door het universitair ziekenhuiscentrum van Charleroi) of door een tijdelijke gewestelijke financiering (de dienst Activation wordt gefinancierd door het Waalse Gewest). Andere werden ontwikkeld in het domein van de sociale economie (bijvoorbeeld sommige arbeidszorginitiatieven). De meeste van deze structuren kunnen echter financieel worden verbonden aan drie grote instellingen die beslissen over de grote oriëntaties van de verstrekte begeleiding: de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling (A), het RIZIV (B) en de organisaties voor personen met een handicap die belast zijn met hun integratie (C)¹¹⁸.

Tegenover de talloze micro-organisaties, zijn sommige initiatieven ten slotte ontstaan met het doel de verschillende bestaande projecten te verenigen en hun complementariteit te benadrukken, of om de communicatie te verbeteren tussen bepaalde gescheiden sectoren die deelnemen aan de professionele re-integratie van personen met mentale stoornissen¹¹⁹.

A. De begeleiding van de verzekerden door de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling

Jarenlang konden de RIZIV-verzekerde patiënten worden opgevolgd door de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling zonder dat voor de samenwerking tussen de overheidsbesturen overeenkomsten waren gesloten. De werkzoekende moest gewoon

¹¹⁸ Deze financiële verbondenheid betekent niet dat het RIZIV deze organisaties niet betaalt, zoals we later zullen zien.

¹¹⁹ Zie in dit verband de algemene aanbevelingen, punt 5.3.

ingeschreven zijn als vrije werkzoekende. Sinds 2012 werd de begeleiding van de begunstigen door de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling geleidelijk aan beter gestructureerd. Er werden drie samenwerkingsovereenkomsten - die we hierna een na een zullen bekijken - gesloten tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen, de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling en de organisaties belast met de integratie van personen met een handicap. In 2015 zal een gelijkaardige overeenkomst worden gesloten met de Duitstalige Gemeenschap die in het Duitstalige landsdeel instaat voor de beroepsopleiding en plaatsing van werkzoekenden.

Elke overeenkomst preciseert de rollen van de verschillende partijen¹²⁰, de grote etappes in de tenlasteneming, de opvolging en de evaluatie van de overeenkomst en de financiering van de re-integratieacties. In elke overeenkomst is voorzien dat de begunstigde vrijwillig deelneemt aan het proces. Nadere regels voor de ontbinding en de wijziging van de overeenkomst zijn echter enkel voorzien in de overeenkomsten voor Vlaanderen en het Waalse Gewest.

Wat de financiering van de re-integratieprogramma's voor de RIZIV-verzekerde patiënten betreft, zijn per begunstigde forfaitaire bedragen bepaald - ten laste genomen door het RIZIV - voor de balans- en/of de projectbepalingsfase.

In Wallonië mogen de kosten voor de projectbepaling niet meer bedragen dan 6000 euro per begunstigde. In Brussel mogen de kosten voor de balansfase hoogstens 2000 euro per begunstigde bedragen, maar een bijkomende toezichtsfase door een adviseur kan worden voorzien als er nog geen concreet opleidingsvoorstel is uitgewerkt. In dat geval is een bijkomend bedrag van 2000 euro voorzien om deze balansfase af te sluiten. Voor de opleidings- of inschakelingsmodules, worden de kosten vastgesteld door de opleidings- of inschakelingsoperatoren, naargelang het dienstenaanbod van Actiris of het Forem en hun respectieve partners. In Vlaanderen voorziet de overeenkomst een bedrag van 2500 euro voor de oriëntatiefase en 10 000 euro voor de opleidingsfase.

Merken we op dat de overeenkomsten voor de gerechtigden die zijn gevestigd in Brussel of Wallonië, voorzien dat de adviserend geneesheer, voordat de adviseur van Actiris of het Forem wordt ingeschakeld, nagaat "of de fysieke en/of mentale geschiktheid niet in strijd is met elk socioprofessionele re-integratieproces". In deze akkoorden staat geen enkele andere

¹²⁰ De rol van de verschillende partijen van de overeenkomst is in elke overeenkomst min of meer nauwkeurig vermeld. De rol van de adviserend geneesheer wordt eveneens gepreciseerd in het kader van het professionele re-integratieproces.

specifieke vermelding over mentale stoornissen. In Vlaanderen wordt enkel verwezen naar een psychologisch onderzoek in het kader van de oriëntatiefase. Zoals al gezegd bestaat er echter wel een specifiek beleid voor gerechtigden met mentale stoornissen dat ook wordt uitgevoerd ten aanzien van de RIZIV-verzekerde patiënten.

De overeenkomst in Brussel en de uitvoering ervan voor mensen met mentale stoornissen

In het Brussels Gewest werd op 5 november 2013 een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen, Actiris, de VDAB, Bruxelles Formation en Phare, in het kader van de socioprofessionele re-integratie van arbeidsongeschikt erkende gerechtigden¹²¹. Actiris verbindt zich ertoe om jaarlijks maximaal **30 trajecten** ten laste te nemen. Hoewel de overeenkomst op 5 november 2013 in werking trad, werd ze pas in maart 2014 ten uitvoer gelegd. Tussen april en september 2014, werden 45 personen doorverwezen door de ziekenfondsen en werden 38 trajecten gestart. Van de 14 eerste begeleidingen, raamde Actiris dat vijf personen cumulatief kampten met een lichamelijk en psychologisch gezondheidsprobleem, maar dat geen enkele van de deelnemers uitsluitend "psychologische" problemen had¹²².

Eind 2014 deed Actiris, in het kader van de overeenkomst met het RIZIV, nog geen beroep op de in geestelijke gezondheidszorg gespecialiseerde partners die we hebben genoemd in het kader van de specifieke begeleiding (zie eerder). De RIZIV-verzekerde patiënten bevonden zich toen nog in de oriëntatiefase of de opleidingsfase. In juli 2015 zouden er meer dan 130 trajecten lopen - dus veel meer dan het jaarlijkse maximum dat is vastgelegd in de overeenkomst - maar hierover hebben we geen gedetailleerde informatie.

Wat de mentale stoornissen betreft, blijkt dat de aandoeningen van de gerechtigden slechts zelden worden vermeld in het document waarmee de adviserend geneesheer de gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling informeert over de functionele beperkingen van de gerechtigde. Volgens Actiris is dit document vaak onvolledig en te algemeen wat de mentale stoornissen betreft. Soms signaleert de adviserend geneesheer bijvoorbeeld een stressprobleem terwijl het gaat om chronische angst of een onbehandelde posttraumatische schok. Bovendien acht Actiris het problematisch dat de adviserend geneesheer niets moet melden over het verleden van de gerechtigde als dat een impact heeft op zijn beperkingen

¹²¹ Omzendbrief n° 2014/127 van 10 maart 2014.

¹²² Zie de presentatie van Actiris tijdens de conferentie van 3 oktober 2014.

op het werk (leermoeilijkheden, bijzonder onderwijs, hospitalisatie in de psychiatrie, gedrags- of humeurstoornissen die een rol kunnen spelen in het proces van de terugkeer naar werk).

De adviseurs van Actiris moeten een psycho-medisch-sociale balans opmaken, maar kunnen geen medische diagnose stellen. Concreet verwijzen ze de gerechtigden bij wie ze potentiële psychische problemen vaststellen, door naar Bruxelles-Formation, de VDAB of PHARE.

De overeenkomst in Wallonië en de uitvoering ervan voor mensen met mentale stoornissen

Op 30 april 2013 werd een samenwerkingsovereenkomst gesloten tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen, het AWIPH en het Forem in het kader van de professionele re-integratie van arbeidsongeschikt erkende gerechtigden¹²³. In het kader van deze overeenkomst, verbindt het Forem zich ertoe om jaarlijks maximaal **200 trajecten** ten laste te nemen.

Bij het Forem hebben tussen het afsluiten van de overeenkomst in 2013 en eind april 2015 366 RIZIV-verzekerde patiënten een projectbepalingsfase gevolgd. Vijftig verzekerden werden doorverwezen naar het Forem, maar volgden geen projectbepalingsfase om verschillende redenen: er was geen vraag vanwege de verzekerde, de adviserend geneesheer had de vraag niet gevalideerd of de gezondheidsproblemen waren te ernstig. Momenteel bestaat er geen officiële onderverdeling van de mentale stoornissen. Voor de meeste gerechtigden die de trajectbepalingsfase hebben doorlopen, besluit het Forem dat een opleiding nodig is.

Er dient opgemerkt te worden dat sommige RIZIV-verzekerde patiënten kunnen deelnemen aan het experiment in Luik, Hoi en Charleroi voor werkzoekenden die zeer moeilijk toegang vinden tot de arbeidsmarkt (zie punt 3.1.2.B.). In voorkomend geval schrijven ze zich in als werkzoekenden en krijgen ze toegang tot dit experiment. Diegenen die het experiment startten in maart 2015, bevonden zich in mei 2015 allemaal in de *screeningfase* (een fase van het experimentproject).

De situatie van de RIZIV-verzekerde patiënten wordt echter niet geanalyseerd door het steuncomité. Dat interesseert zich momenteel enkel voor de situatie van de gerechtigden die onder de werkloosheidsverzekering vallen.

¹²³ Omzendbrief n°2013/180 van 30 april 2013.

Het is momenteel onmogelijk om alle programma's die het Forem gebruikt in kaart te brengen, maar het Forem eist dat elke gewestelijke directie tegen september 2015 een kadaster opmaakt van de verschillende operatoren waarop de medewerkers een beroep doen, inclusief de operatoren van "buiten het domein van de professionele re-integratie" zoals met name de actoren van de geestelijke gezondheidszorg.

De overeenkomst in Vlaanderen en de uitvoering ervan voor mensen met mentale stoornissen

Zoals reeds gezegd beschouwt de Vlaamse overheid de problematiek van de "mentale stoornissen" en de "MMPP" op een globale manier, zonder te kijken naar het sociaal statuut van de betrokkenen. Bijgevolg werden de RIZIV-verzekerde patiënten met mentale stoornissen al begeleid door de *VDAB* of de *GTB* voordat de overeenkomst met het RIZIV werd gesloten. Volgens de *VDAB* moeten de RIZIV-verzekerde patiënten dezelfde begeleiding kunnen genieten als de werkzoekenden¹²⁴. De vijf trajecten die zijn vastgesteld voor elke werkzoekende (zie punt 3.1.2.A.) gelden dus ook al enkele jaren voor de RIZIV-verzekerde patiënten.

Het gevolg van deze evolutie is dat de overeenkomst die het RIZIV in 2012 sloot met de *VDAB* en de *GTB*, zich in een al zeer gestructureerd kader situeert. Het is zeer specifiek voor Vlaanderen dat de diensten al werden gestructureerd voordat in 2011 een pilootproject werd gestart met het RIZIV. De Vlaamse gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling bekommert zich immers al sinds 2009 om het lot van RIZIV-verzekerde patiënten. Al vóór de federale hervormingen die de rol van de adviserend geneesheer en het RIZIV bij de beroepsherscholing van de gerechtigden wijzigden, had de *VDAB* een nauwe samenwerking met de Vlaamse ziekenfondsen en de *GTB* uitgewerkt in de intentieverklaring "Samen werken aan maatwerk voor personen met een arbeidshandicap". Deze evolutie doet vragen rijzen over de bevoegdheidsverdeling in België, die voorziet dat de federale overheid bevoegd is voor de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, met inbegrip van de beroepsherscholingsprogramma's van de gerechtigden¹²⁵.

¹²⁴ Informatie gekregen tijdens ons gesprek met een adviseur van de *VDAB* en een adviseur van de *GTB*.

¹²⁵ Artikel 5, § 1, I van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen. Voor een algemene presentatie van het gezondheidsbeleid ten aanzien van de bevoegdheidsverdeling, zie VANSTEENKISTE S., « Het gezondheidsbeleid », in *De bevoegdheidsverdeling in het federale België*, geregisseerd door VAN HAEGENDOREN G. et SEUTIN B. (eds.), vol. 10, Die Keure, Bruges, 2001, pp. 47-56.

Met de overeenkomst met het RIZIV werd dus een activeringsproces geformaliseerd dat al bestond ten aanzien van de RIZIV-verzekerde patiënten. Bewijs daarvan is dat het professionele re-integratieproces van de RIZIV-verzekerde patiënten al goed is ingeburgerd: in 2010 en 2011 telde de *VDAB* 70 activeringstrajecten van personen met een ZIV-statuut¹²⁶. In de overeenkomst die ze in 2012 sloot met het RIZIV, verbindt de *VDAB* zich ertoe om jaarlijks 100 begeleidingstrajecten naar werk te realiseren via een opleidingstraject, 300 gerechtigden door te verwijzen naar de *werkwinkels* (lokale organisaties die de gerechtigden een eerste begeleiding bieden) en 200 gerechtigden te begeleiden in een oriëntatiefase. In werkelijkheid heeft ze, samen met de *GTB*, echter al veel meer trajecten gestart. Tussen 2012 en 30 september 2014 werd aan 4115 RIZIV-verzekerde patiënten een begeleiding aangeboden. Van deze 4115 gerechtigden, hebben er 828 het traject doorlopen en zijn er 316 aan het werk. In de eerste zes maanden van 2014 hebben 845 personen een traject gestart of minstens een aanvraag ingediend. 1600 gerechtigden hebben in 2014 een begeleidingstraject gevolgd.

In juni 2014 leidden de in 2014 onderbroken of uitgevoerde trajecten tot vier statuten: 38% van deze gerechtigden behielden hun ZIV-statuut nadat ze een traject hadden stopgezet of beëindigd (het re-integratieproces is dan onderbroken en ze worden niet meer geactiveerd), 25% behield zijn ZIV-statuut en kon nog worden "geactiveerd" door de *VDAB*¹²⁷, 22% was aan het werk zonder dat we het type uitgevoerde arbeid kennen en 11% was overgedragen van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de werkloosheidsverzekering. Er dient opgemerkt te worden dat de periode vóór de overeenkomst vandaag nog altijd effecten sorteert. Volgens de informatie die we kregen van de *VDAB* en de *GTB*, financiert het RIZIV slechts een deel van de trajecten die de gerechtigden volgen.

Ten slotte merken we op dat de Vlaamse begeleidingsmechanismen de begunstigde ook nog blijven opvolgen als hij is toegetreden tot de arbeidsmarkt. De begeleiding lijkt systematisch te zijn als de begunstigde wordt begeleid door de *GOB*. Die volgt de begunstigten gedurende 6 maanden op en begeeft zich ook naar de arbeidsplaats.

¹²⁶ Zie het antwoord van 24 februari van Philippe Muyters, Vlaams Minister van Financiën, Begroting, Werk, Ruimtelijke Ordening en Sport op de schriftelijke vraag n°333 van Lydia Peeters van 27 januari 2012, met als titel « Personen met RIZIV- of OCMW-statuut – Activeringsbegeleiding », *Vlaams Parlement*, 20 maart 2012.

¹²⁷ In dat geval worden ze opgenomen in een interne administratieve categorie nr. 32.

B. De begeleiding van de RIZIV-verzekerde patiënten in het kader van de projecten "artikel 107"

De projecten "artikel 107" danken hun naam aan artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen¹²⁸. Dit artikel stelt: "De Koning kan in specifieke financieringswijzen voorzien om, op experimentele basis en beperkt in de tijd, een prospectieve en programmageoriënteerde financiering van zorgcircuits en netwerken mogelijk te maken". Concreet laat artikel 107 toe om bedden in de psychiatrische ziekenhuizen en op de psychiatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen te bevroeren ("te reconverteren") ten gunste van buurtpilootprojecten die erop gericht zijn zorgcircuits en netwerken te creëren die de middelen van de ziekenhuisinstellingen integreren, evenals alle diensten die werden ontwikkeld in de gemeenschap.

Bedoeling van deze hervorming "artikel 107" is dat de patiënt zo lang mogelijk in zijn thuismilieu kan blijven. Ze kadert dus in een uitgebreid desinstitutionaliseringproces. Dit proces werd in 2002 gestart en wordt nog steeds verder uitgebouwd.

In het kader van deze hervorming worden de zorgcircuits - de zorgprogramma's en andere zorgvoorzieningen - en de zorgnetwerken - de institutionele architectuur waaraan de zorgactoren zullen deelnemen - gericht op de realisatie van vijf onderling afhankelijke functies¹²⁹. De eerste functie zijn de "activiteiten inzake preventie en promotie van geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling"¹³⁰. De tweede functie wil een alternatief bieden voor hospitalisatie door ambulante intensieve behandelteams te creëren voor zowel de acute als de chronische problemen inzake geestelijke gezondheid. De derde functie stelt zich tot doel de revalidatieteams te financieren die werken rond herstel en sociale inclusie, met inbegrip van - maar niet beperkt tot - professionele re-integratie. De vierde functie betreft de intensivering van de gespecialiseerde residentiële zorg dankzij intensieve residentiële behandelunits voor zowel de acute als de chronische problemen inzake geestelijke gezondheid. In deze situaties is een ziekenhuisopname noodzakelijk. De vijfde functie is gericht op de ontwikkeling van specifieke woonvormen voor personen met een gestabiliseerde chronische problematiek en beperkte sociale integratiemogelijkheden.

¹²⁸ Artikel 107 van de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *Belgische staatsblad*, 7 november 2008 (réintitulée suite à la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé, *Belgische staatsblad*, 29 maart 2013). De interministeriële conferentie Volksgezondheid van 28 september 2009 besloot om over te gaan tot de toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen. Zie de Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, gepubliceerd in 2010 door de IMC, beschikbaar op zijn website : <http://www.psy107.be/>

¹²⁹ Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, *op. cit.*. (voor de hele paragraaf)

¹³⁰ *Ibidem*.

In dit onderzoek is vooral de derde functie aan de orde, al ontwikkelen sommige partners professionele re-integratieprogramma's die op de andere functies gebaseerd zijn¹³¹. Volgens een studie die de eerste tien projecten artikel 107 evalueerde, is functie 3 in het algemeen goed vertegenwoordigd in elk netwerk¹³². In vijf van de eerste tien projecten die werden gelanceerd, is functie 3 zelfs meer aanwezig dan de andere vier functies als we het aantal partners beschouwen dat in elke functie betrokken is¹³³.

In België bestaan er 19 projecten "artikel 107" die geografisch verspreid zijn over het hele land. Tien projecten werden gefinancierd in 2011 en in 2013 werd een bijkomende financiering voorzien voor nog eens negen projecten. Deze 19 projecten zouden twee derde van het Belgische grondgebied bestrijken¹³⁴. De 19 projecten zijn geografisch verspreid over het hele land en verbonden aan een provincie, een stad (of een deel van een stad) of een arrondissement: Netwerk Het Pakt (regio Gent-Eeklo), Netwerk Kempen (arrondissement Turnhout), Netwerk Zuid West-Vlaanderen, Netwerk Brussel Oost, Fusion Liège, RESEAUHO (Réseau du Hainaut Occidental), Réseau Santé Namur, Région Hainaut, Netwerk Accolade (regio Ieper-Diksmuide), Netwerk Noolim (Oost-Limburg), Netwerk Reling (West-Limburg), Netwerk Halle-Vilvoorde-Brussel, Netwerk Zuid West-Vlaanderen, Netwerk Sara (Arrondissement Antwerpen), Netwerk PRIT (regio Midden-West-Vlaanderen), Hermès Plus (Brussel), Réseau de la Région Centre (Manage), Réseau Verviers en Netwerk Vlabo (Vlaams Brabant). Enkele projecten lopen en maken het voorwerp uit van een of twee overeenkomsten "7.72". Deze overeenkomsten staan garant voor de financiering van de psychosociale revalidatiecentra voor volwassenen. Andere projecten werden nog niet gerealiseerd.

Enkele van de 19 projecten zijn dus nog volop in ontwikkeling. Omdat er volop nieuwe revalidatieovereenkomsten worden uitgewerkt op plaatsen "zonder overeenkomst", zouden er in het hele land meer *jobcoaches* moeten worden aangeworven. Zelfs in gebieden die daadwerkelijk "gedekt" zijn door een overeenkomst, blijft het aantal *jobcoaches* beperkt. In

¹³¹ Zie bvb. voor de GTB, het werkschrift *Bruggen bouwen*.

¹³² Zie « Haalbaarheidsstudie : wetenschappelijke opvolging en evaluatie van het hervormingsprogramma 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg' », door de onderzoeksteam IRSS-UCL, VUB-OPIH en KU Leuven LUCAS, beschikbaar op de website project 107, geraadpleegd op 15 juni 2015, p. 57. URL : http://www.psy107.be/SiteFiles/Eindrapport_Haalbaarheidsstudie_Artikel107.Jan2014.pdf

¹³³ *Ibidem*.

¹³⁴ Gedachtewisselingen over de *follow-up* van het voorstel en de aanbevelingen die werden geformuleerd door de bijzondere commissie betreffende de behandeling van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie, inzonderheid binnen de kerk, Verslag namens de opvolgingscommissie betreffende de behandeling van seksueel misbruik en feiten van pedofilie binnen een gezagsrelatie, inzonderheid binnen de kerk uitgebracht door mevrouw Sophie De Wit, *Parl. St.*, Kamer, 22 oktober 2013, n° 0520/009, p. 32.

Brussel bijvoorbeeld werken slechts twee *jobcoaches* voor een bevolking van meer dan één miljoen inwoners. Van september 2014 tot december 2014 ontving de *jobcoach* van *Hermès plus* twaalf aanvragen waaronder 4 van RIZIV-verzekerde patiënten. In 2015 werden 22 nieuwe aanvragen ingediend. Het netwerk "Hermès plus" merkt nu al dat "het aantal aanvragen het begeleidingspotentieel van onze enige jobcoach overstijgt"¹³⁵.

Voor het overige is functie 3 gediversifieerd aanwezig, afhankelijk van de projecten en de partners. De partners in de netwerken hebben immers niet allemaal dezelfde voorgeschiedenis: sommige centra voor functionele readaptatie of psychosociale revalidatiecentra worden gesubsidieerd door het RIZIV (zij zijn "geconventioneerd"), maar hadden historisch niet als doel om een socioprofessionele visie te ontwikkelen in het kader van de sociale integratie. Het vormen van therapeutische gemeenschappen bijvoorbeeld was een doel op zich en kan dat ook blijven.

Een vaak voorkomende doelstelling van de netwerken is ook het diversifiëren van het zorgaanbod of het uitbouwen van nieuwe zorgvormen¹³⁶. Sommige partners die betrokken zijn bij functie 3, organiseren bijvoorbeeld geen specifieke acties rond werkhervatting of begeleiding naar werk. In functie 3 richtten verschillende netwerken naast de kerncomités van functie 3 ook twee subwerkgroepen op voor respectievelijk professionele re-integratie en sociale inclusie. Deze subgroepen omvatten gezamenlijke en verschillende actoren.

Tot de subgroep voor professionele re-integratie behoren bijvoorbeeld vertegenwoordigers van de socioprofessionele re-integratiecentra, de diensten of centra voor beroepsopleiding, de "activeringscentra", de centra voor functionele readaptatie, de gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling, de dienst gespecialiseerd in arbeidshandicaps, het lokale OCMW, de *jobcoaches*, de sociale diensten van de ziekenfondsen, de families, de actoren belast met het zorgtraject voor geïnterneerden, de *arbeidszorginitiatieven*, de sociale of beschutte werkplaatsen, de psychiatrische ziekenhuizen, de werkgevers, de ziekenfondsen of de Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, de coördinatoren van projecten artikel 107 of mensen die rechtstreeks betrokken zijn bij de begeleiding die wordt aangeboden in het kader van functie 3.

¹³⁵ BERNON F., *HERMESplus: Job-Coach, un nouvel acteur de la fonction 3*, newsletter n°7, juni 2015.

¹³⁶ LEYS M., DE ROECK G., « Naar een betere GGZ (art.11, art. 107) », Interimrapport 1, Een comparatieve analyse van het interorganisatorisch netwerkontwerp van 10 projecten (klasse 1a), 2012, beschikbaar op de website project 107, geraadpleegd op 15 juni 2015, p. 224. URL : <http://www.psy107.be/SiteFiles/interimrapport%201%20een%20vergelijkende%20analyse%20van%20projecten%20107-categorie%201a.pdf>

De subgroep voor sociale inclusie omvat vertegenwoordigers van de volgende organisaties: diensten voor sociale inclusie, vrijetijdsverenigingen, dagcentra, therapeutische clubs, culturele centra, openbare centra voor maatschappelijk werk, actoren belast met het zorgtraject voor geïnterneerden, medische huizen, organisaties in het kader van het sociale cohesieplan, psychiatrische zorginstellingen, kunsthuisen, beschermd wonen, activiteitencentra in het kader van beschutte werkplaatsen. Ook mensen uit de omgeving van de patiënten, familieleden en de patiënten zelf kunnen deel uitmaken van deze subgroep.

Deze kerncomités van functie 3 en deze subwerkgroepen bieden een interessante ontmoetingsruimte aan de actoren van de geestelijke gezondheidszorg en de actoren van de socioprofessionele re-integratie. Vaak zijn de kerncomités van functie 3 nog volop in ontwikkeling. In de praktijk leggen deze comités, afhankelijk van het betrokken netwerk, niet overal evenveel gewicht in de schaal. Soms wenden de leden zich vaker tot de subwerkgroep van het comité of het netwerk dan tot het comité zelf. Overigens werken niet alle netwerken functie 3 uit in eenzelfde geografisch gebied: sommige willen deze functie uitwerken op zeer lokaal niveau, andere zien het ruimer (soms ruimer dan de projectregio)¹³⁷.

Aangezien elk netwerk zijn eigen specificiteiten heeft, achtten we het opportuun om de officiële partners-leden van de kerncomités van functie 3, of de leden van de werkgroep "socioprofessionele re-integratie", op te lijsten om een globaal beeld te krijgen van de partners van functie 3 (zie bijlage 1)¹³⁸. We stellen vast dat deze comités niet allemaal dezelfde overheidsinstanties onder hun leden tellen, wat kan worden verklaard door lokale of gemeenschapsgelateerde bekommernissen of vereisten. Ook zien we dat in sommige netwerken werkgevers zetelen in de kerncomités van functie 3, maar dat het comité voor preventie en bescherming op het werk (CPBW) of de vakbondsdelegatie nooit voorkomen op de lijsten die we hebben ontvangen. Nochtans zou het nuttig zijn om ook hen erbij te betrekken: het zou het preventiebeleid kunnen verbeteren en het onthaal van mensen met arbeidsongeschiktheid op de werkplaats.

Een van de moeilijkheden in het domein van de geestelijke gezondheidszorg ten slotte, heeft te maken met de bevoegdheden. Sinds de zesde staatshervorming is er in die zin heel wat veranderd. Om een globaal beeld te krijgen van de situatie van psychiatrische patiënten, moeten we aandachtig zijn voor drie elementen. *Ten eerste* blijft de federale wetgever bevoegd voor de financiering van de ziekenhuizen, maar deze bevoegdheid wordt kleiner ten

¹³⁷ *Ibid.*, p. 88.

¹³⁸ Hiervoor hebben we contact opgenomen met de 19 coördinatoren van projecten artikel 107.

gunste van de gemeenschappen ¹³⁹. *Ten tweede* is de geestelijke gezondheidszorgverstrekking buiten de verplegingshuisinrichtingen de bevoegdheid geworden van de gemeenschappen. Enkel de aangelegenheden die vallen onder de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen blijven een bevoegdheid van de federale overheid¹⁴⁰. In die zin werden de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), de initiatieven beschut wonen (IBW) en de platforms voor geestelijke gezondheidszorg overgedragen aan de gemeenschappen, maar niet de psychiatrische ziekenhuizen noch de psychiatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen (PAAZ) ¹⁴¹. Geestelijke thuisverpleging blijft, hoewel ze buiten de ziekenhuizen wordt verstrekt, een bevoegdheid van de federale overheid ¹⁴². *Ten derde* werd het *long term care* revalidatiebeleid overgedragen, met inbegrip van de centra voor functionele readaptatie die rechtstreeks deelnemen aan de projecten artikel 107¹⁴³. Bijgevolg zijn de overeenkomsten betreffende deze centra - psychosociale revalidatieovereenkomsten voor volwassenen (nr. 7.72) - een gemeenschapsbevoegdheid sinds 1 juli 2014¹⁴⁴. Ook de functie van professionele re-integratiemedewerker of "*jobcoach*", die wordt gefinancierd in het kader van deze

¹³⁹ Zie het article 5, § 1, I van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen gewijzigd door het artikel 6 van de bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming (*Belgische staatsblad*, 31 januari 2014). "Waar de gemeenschappen bevoegd worden voor de goedkeuringsnormen van de ziekenhuizen en de financiering van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten, blijft de federale overheid bevoegd voor de organieke wetgeving, de financiering (behalve voor de delen A1 en A3 van het BMF), de basisregelen betreffende de programmatie en de bepaling van de voorwaarden en de aanwijzing tot universitair ziekenhuis overeenkomstig de wetgeving op de ziekenhuizen" (RENSON A.-S., « Soins de santé » in UYTENDAELE M., VERDUSSEN M. (dir.), *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, Larcier, Brussel, 2015, p. 802). Voyez également VAN NIEUWENHOVE J., « De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap », *Belgisch tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 2015, n°2, te verschijnen.

¹⁴⁰ Deze uitzondering vermeld in artikel 5, § 1, I van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, moet evenwel worden genuanceerd door de prestaties in het collectieve kader van de werking van de instellingen die tot de bevoegdheid van de deelstaten behoren en gedekt worden door een forfaitaire financiering, te onderscheiden van de individuele zorgprestaties die federaal blijven (RENSON A.-S., « Soins de santé », *op. cit.*, p. 805 ; LUDMER J., « Les nouvelles compétences des Communautés et de la Commission communautaire commune dans les matières personnalisables. Et si l'accord papillon leur donnait des ailes ? » in UYTENDAELE M., SAUTOIS J., *La sixième réforme de l'Etat (2012-2013) : tournant historique ou soubresaut ordinaire ? Hommage à Philippe Lauvaux, Philippe Quertainmont, Michel Leroy et Rusen Ergec*, Anthemis, Limal, 2013, p. 404.

¹⁴¹ RENSON A.-S., « Soins de santé », *op. cit.*, p. 805 ; VAN NIEUWENHOVE J., « De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap », *op. cit.*.

¹⁴² Voorstel van bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, Verslag namens de commissie voor de institutionele aangelegenheden uitgebracht door de heren Moureaux et Claes, *Parl. St.*, Senaat, 26 november 2013, n° 5-2232/5, p. 243. "De artikel 107 projecten worden niet overgedragen aan de gemeenschappen", zo werd uitdrukkelijk verklaard door de staatssecretaris voor institutionele hervormingen tijdens de parlementaire werken. In het licht van de overdracht van het *long term care* revalidatiebeleid moet deze uitspraak enigszins worden genuanceerd.

¹⁴³ Voor de definitie voor « long-term care revalidatie », zie voorstel van bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, *Parl. St.*, Senaat, 25 juli 2013, n° 5-2232/1, p. 37.

¹⁴⁴ Voorstel van bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, *Parl. St.*, Senaat, 25 juli 2013, n° 5-2232/1, p. 38.

overeenkomsten, werd overgedragen aan de gemeenschappen.

Er dient opgemerkt te worden dat de Franse Gemeenschap de uitoefening van haar nieuwe bevoegdheden, krachtens artikel 138 van de Grondwet, heeft overgedragen aan het Waalse Gewest voor het Franstalige grondgebied en aan de Franse Gemeenschapscommissie voor de Franstalige unicommunautaire instellingen van het tweetalige Brussels Hoofdstedelijk Gewest, met uitzondering van de revalidatieovereenkomsten die werden gesloten met universitaire ziekenhuizen waarvoor de Franse Gemeenschap zelf in de rechten en plichten van het RIZIV treedt¹⁴⁵.

De nadere regels voor de overdracht van de RIZIV-overeenkomsten van het federale naar het gewestelijke en gemeenschapsniveau, zijn vastgelegd in den Protocol volksgezondheid en gezondheidszorg. Dit protocol voorziet de nadere regels inzake het beheer en de uitvoering van de regelgeving en alle effecten die eruit voortvloeien tijdens de overgangperiode. De overgangperiode loopt van 1 juli 2014 tot 31 december 2017. Concreet staat momenteel het RIZIV in voor het beheer van de budgetten voor dit type operatoren¹⁴⁶.

C. De begeleiding van de RIZIV-verzekerde patiënten door de organisaties voor personen met een handicap

Ten slotte lanceren ook de organisaties voor personen met een handicap programma's voor RIZIV-verzekerde patiënten met mentale stoornissen. Deze organisaties nemen overigens ook deel aan de overeenkomst die werd gesloten tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen en de gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling. Personen met een handicap kunnen bij hen terecht voor een opleiding of voor hulp of begeleiding bij het zoeken naar werk. De batterij hulpmaatregelen voor personen met mentale stoornissen, als ze eenmaal erkend zijn als persoon met een handicap, is bepaald indrukwekkend, meer nog

¹⁴⁵ De overdracht geschiedde bij bijzonder decreet van de Franse Gemeenschap van 3 april 2014 betreffende de bevoegdheden van de Franse Gemeenschap waarvan de uitoefening naar het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie wordt overgedragen, bij het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 4 april 2014 en bij een Waals decreet van 11 april 2014 die beide hetzelfde opschrift dragen. Zie ook het samenwerkingsakkoord betreffende het intra-Franstalig overleg op het vlak van gezondheidszorg en bijstand aan personen en de gemeenschappelijke beginselen hieromtrent dat werd gesloten op 27 februari 2014. Zie voor een grondiger analyse: DEKLEERMAKER M., LOSSEAU L., « Les transferts de compétences intrafrancophones en matière sociale consécutifs à la sixième réforme de l'Etat », *Belgisch tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 2015, n°2, te verschijnen.

¹⁴⁶ Antwoord van Maxime Prévot, minister van Openbare Werken, Volksgezondheid, Sociale Actie en Erfgoed, op de vraag van mevrouw Joëlle Kampopolé over "le financement des centres de rééducation fonctionnelle dans le cadre des projets 107 relatifs à la santé mentale", Waals Parlement, 21 april 2015, C.R.I.C., nr. 119.

dan de programma's van de organisaties voor personen met een handicap. De oriëntering door de organisaties voor personen met een handicap lijkt dan ook vaak doorslaggevend om personen met ernstige mentale stoornissen toegang te verlenen tot opleidingen of arbeidsplaatsen in het gewone circuit. In dit geval moeten deze patiënten een mentale achterstand van minstens 20 % of een lichamelijke beperking van minstens 30% kunnen aantonen.

De verschillende maatregelen die worden genomen door elke gemeenschap en elk Gewest, zijn opgenomen in het Vademecum van de maatregelen voor de inschakeling van gehandicapte werknemers in het arbeidsproces, dat kan worden geraadpleegd op de website van de Nationale Arbeidsraad¹⁴⁷.

In het Brussels Gewest kunnen Franstalige personen met een handicap zich wenden tot de dienst "Personne handicapée autonomie recherchée" (PHARE) die afhangt van de Franse Gemeenschapscommissie. Mensen met ernstige mentale stoornissen (schizofrenie, bipolaire stoornis) worden in het algemeen door deze Brusselse dienst erkend, maar worden zelden rechtstreeks begeleid door de verenigingen die met Phare samenwerken. Die begeleiden meestal mensen met een intellectuele achterstand of sensoriele beperking, maar geen mensen met psychische problemen. Er zijn wel een aantal uitzonderingen, vooral bij een dubbele diagnose (bv mentale en psychische handicap). Personen met mentale stoornissen worden doorgaans doorverwezen naar Actiris (voor een specifieke begeleiding), de gespecialiseerde werkwinkels of de *jobcoaches* van de projecten artikel 107¹⁴⁸. Ze kunnen ook worden georiënteerd naar maatwerkbedrijven, maar dat gebeurt minder vaak. In deze bedrijven worden ze immers vaak geweigerd¹⁴⁹. Naast de mentale ziekte zelf, lijkt vaak ook het gebrek aan kwalificatie een rol te spelen¹⁵⁰. Phare evalueert bovendien ook in hoeverre een persoon met mentale stoornissen kan worden begeleid naar werk, op voorwaarde dat de ziekte gestabiliseerd is.

Van maart 2014 tot maart 2015, evalueerde Phare dat 3 van de 143 personen met mentale stoornissen waren aangeworven door werkgevers in het gewone circuit, met de hulp van de

¹⁴⁷ Bijgewerkt in september 2012, geraadpleegd op 15 januari 2014 : <http://www.cnt-nar.be/DOSSIERS/Gehandicapten/2012-09-01-Handicap-FR.pdf>. Zie ook de verslag 2014 van Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, « Deelname aan de arbeidsmarkt van personen met een arbeidsbeperking of een chronisch gezondheidsprobleem », juni 2014.

¹⁴⁸ De adviseur van Phare die ons deze informatie heeft bezorgd, benadrukte dat deze keuze ook kan afhangen van de woonplaats en het sociaal statuut van de persoon.

¹⁴⁹ CARTON de TOURNAI M., « Evaluation de l'intégration professionnelle en entreprise de travail adapté des personnes présentant une maladie mentale », Verslag bij het einde van de cursus van een psycholoog die werkt bij de PHARE, 2010, p. 8 et p. 16.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 18.

inschakelingspremie die Phare toekent.

In Vlaanderen en voor de Nederlandstalige Brusselaars, beslist de *VDAB* over de erkenning van de handicap.¹⁵¹ Voor de diagnose en de trajectbepaling en -begeleiding, schakelt de *VDAB* de hulp in van de *GTB*. De "gespecialiseerde opleidings-, begeleidings- en bemiddelingsdiensten" (*GOB*) bieden diensten aan "zoals beroepsopleiding, begeleiding naar werk, opleiding op de werkplaats (...) en begeleid werk (...)"¹⁵². De psychische problematieken worden specifiek beschouwd, net als bij de werkzoekenden.

De *GTB* voert frequent kwantitatieve evaluaties die indicatief zijn voor de realiteit van de mentale stoornissen bij de gerechtigden. Naar schatting heeft 47% van de arbeidsongeschikten die zij opvolgt (RIZIV-verzekerde en niet-RIZIV-verzekerde patiënten samen) een psychische beperking, die daarmee de belangrijkste oorzaak is van arbeidsongeschiktheid¹⁵³.

Van de mensen die in 2012 werden begeleid door de *GTB*, keerde 29% terug naar de klassieke arbeidsmarkt. Vooral de sector van de kleine en middelgrote ondernemingen is zeer gegeerd. 45% van de personen zetten de begeleiding stop wegens medische redenen. Voor de overige 55% begunstigen zijn er andere redenen die de stopzetting van de begeleiding verklaren: werk vinden in een sociale of beschutte werkplaats, werk vinden in een *arbeidszorginitiatief* of de diagnose "niet-oriënteerbaar". Als de persoon te instabiel is, is uitzendwerk een bevoorrechte optie¹⁵⁴.

Ten slotte lanceerde de *GTB* verschillende projecten bestemd voor mensen met mentale stoornissen. Over deze projecten worden themagerichte werkschriften uitgegeven. Het project *Werk Werkt!* bijvoorbeeld is geïnspireerd op het IPS-model waarover we het in het

¹⁵¹ De *VDAB* werd ermee belast de bevoegdheden inzake de professionele re-integratie van personen met een handicap over te nemen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (*VAPH*). Le transfert de responsabilités a officiellement eu lieu door het besluit van 17 november 2006 van de Vlaamse Regering tot aanpassing van de regelgeving met betrekking tot de integratie op de arbeidsmarkt van personen met een handicap binnen het beleidsdomein Werk en Sociale Economie (*Belgische staatsblad*, 25 januari 2007). Zie ook het besluit van 17 februari 2006 van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 1991 betreffende de inschrijving bij het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap, *Belgische staatsblad*, 14 maart 2006. De steun proces door de *VDAB* werd vervolgens gewijzigd door het besluit van 18 juli 2008 van de Vlaamse Regering betreffende de professionele integratie van personen met een arbeidshandicap, gewijzigd door het besluit van de Vlaamse Regering van 17 september 2010, *Belgische staatsblad*, 3 oktober 2008.

¹⁵² OESO, *Santé mentale et emploi : Belgique*, Editie OESO, 2013, p. 112.

¹⁵³ Het betreft psychische beperkingen, die we duidelijk moeten onderscheiden van een mentale beperking. Daaraan lijdt 4% van de personen die worden opgevolgd door de *GTB*.

¹⁵⁴ Informatie gekregen tijdens ons gesprek met de adviseurs van de *VDAB* en de *GTB*.

volgende deel zullen hebben. In april 2015 verscheen het GTB-werkschrift "Bruggen bouwen" met het doel de banden tussen de werk- en de zorgbegeleiders aan te halen. De GTB ontwikkelde in dit werkschrift verschillende tools die ze in heel Vlaanderen zou willen toepassen. Enkele daarvan zijn:

- Communicatiestructuren tussen de partners gespecialiseerd in werk en in geestelijke gezondheid;
- Opleiding van de verschillende partners in de psychopathologie en leren omgaan met de *International Classification of Functioning, disability and health* (IFC). Deze classificatie, die in 2001 werd ontwikkeld door de WHO, is de bijgewerkte opvolger van de *International Classification of Disability, Impairment and Handicap*. De ICF onderscheidt zich van andere classificaties door zijn biopsychosociale benadering;
- De participatieladder (die werd bekrachtigd in het decreet van 25 april 2014) wordt in dit werkschrift concreet uitgelegd. Trap 4; "onbezoldigde arbeid", moet een tijdelijke oplossing zijn en uiteindelijk leiden tot betaald werk. Mogelijkheden in dit verband zijn *arbeidszorg*, activeringsbegeleiding en vrijwilligerswerk.
- De uitwerking van een volgens de GTB zeer efficiënt begeleidingsplan voor meer instabiele personen met mentale stoornissen.

De GTB financiert ook verschillende lokale initiatieven (bijvoorbeeld in de regio Gent-Meetjesland of in het kader van het netwerk 107 Kempen) met het doel een betere integratie te bereiken van de diensten gezondheidszorg en professionele re-integratie.

In het Waalse Gewest ten slotte¹⁵⁵ kan het Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH) begeleiding bieden aan RIZIV-verzekerde patiënten met mentale stoornissen¹⁵⁶. Er zijn geen contra-indicaties, maar de begunstigden moeten net als in de andere deelstaten een erkende mentale achterstand hebben van 20%. Het AWIPH neemt meestal kennis van de mentale stoornissen tijdens de projectbepalingsfase of op de

¹⁵⁵ In het Duitstalige landsdeel valt de begeleiding naar werk van personen met een handicap onder de bevoegdheid van de Duitstalige dienst voor arbeidsbemiddeling ("Arbeitsamt der Deutschsprachigen Gemeinschaft", ADG). Een algemene begeleiding van personen met een handicap wordt verstrekt door de Start-Service van de Dienststelle für Personen mit Behinderung (DPB).

¹⁵⁶ Zie over de begeleiding naar de werkgelegenheid : FOHAL L., « Les soutiens de l'A.W.I.P.H. au retour...et au maintien de l'emploi », in DAVAGLE M. (dir.), *Le maintien au travail des travailleurs devenus partiellement inaptes*, Limal, Anthemis, 2013, pp. 229-250.

opleidingsplaats. Het hanteert evenwel geen classificatie van de mentale stoornissen. In sommige gevallen moet de opleiding worden onderbroken als de mentale stoornis een impact heeft op het verloop van de opleiding (bv als de persoon zeer instabiel is en elke opvolging weigert). Een aantal beroepsopleidingscentra van het AWIPH hebben meer ervaring met mensen met mentale stoornissen. Omdat er echter geen arts aanwezig is in de centra, moet vaak een beroep worden gedaan op een externe dienst. Sinds 1 juli 2014 en met het oog op administratieve vereenvoudiging, volstaat een erkenning van 20% mentale achterstand of 30% fysieke beperking (of een gelijkwaardige arbeidsongeschiktheid) door andere overheidsinstanties dan het AWIPH om toegang té krijgen tot de beroepsopleidingscentra van het AWIPH¹⁵⁷.

In 2005 riep het AWIPH de functie van "jobcoach" in het leven met het doel de tewerkstelling van personen met een handicap op de "gewone" arbeidsmarkt te bevorderen. We beschikken niet over cijfergegevens over de inschakeling van personen met mentale stoornissen op de gewone arbeidsmarkt. Wel weten we dat in de maatwerkbedrijven de begeleiding van personen met mentale stoornissen zeer beperkt blijft¹⁵⁸.

Het AWIPH richtte ook zeven mobiele interventiecellen in voor de begeleiding van mensen met zowel een mentale achterstand als psychische stoornissen (de problematiek van de dubbele diagnose)¹⁵⁹. Deze cellen willen de integratie van deze personen vergemakkelijken, maar ook de banden versterken tussen de sectoren handicap en psychiatrie. In 2014 waren er 461 actieve dossiers¹⁶⁰.

3.2.2. Soorten begeleiding

In de professionele re-integratieprogramma's voor arbeidsongeschikte gerechtigden, onderscheiden we twee grote benaderingen. De eerste benadering is "Train-then-Place" (eerst opleiden, dan plaatsen) en is gebaseerd op de idee dat de persoon eerst helemaal moet genezen zijn voordat hij kan worden geïntegreerd op de gewone arbeidsmarkt. Deze

¹⁵⁷ Deze erkenning moet uitgaan van de FOD Sociale Zekerheid, de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling, het RIZIV of andere organisaties voor personen met een handicap. Zie het artikel 931, §2 van het Waals Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid gewijzigd door het besluit van 14 mei 2014 van de Waalse Regering tot wijziging van sommige bepalingen van het reglementair deel van het Waals Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid, Tweede deel, Boek V, Titel IX, Hoofdstuk IV, betreffende de bedrijven voor aangepast werk (*Belgische staatsblad*, 9 juli 2014).

¹⁵⁸ CARTON de TOURNAI M., « Evaluation de l'intégration professionnelle en entreprise de travail adapté des personnes présentant une maladie mentale », p. 13.

¹⁵⁹ Zie het jaarverslag van 2014 over deze cellen op de website van het AWIPH, geraadpleegd op 16 juni 2015. URL : https://www.awiph.be/pdf/documentation/publications/aide_individuelle/Rapport-annuel-2014-CMI.pdf

¹⁶⁰ *Ibidem*.

programma's voorzien activiteiten, (kwalificatie)opleidingen, werken in beschutte werkplaatsen, stages of vrijwilligerswerk voordat de persoon kan doorstromen naar de gewone arbeidsmarkt.

De tweede benadering, "Place-then-Train" (eerst plaatsen, dan opleiden) is erop gericht snel een arbeidsplaats te vinden in het gewone circuit zonder deze overgangsfase te doorlopen. De ondersteuning van begeleid werken (*supported employment*) kadert in deze benadering. Dit model werd eind jaren zeventig ontwikkeld in de Verenigde Staten en Canada. In Europa wordt het verspreid sinds de jaren 90, met name via de *European Union of Supported Employment*¹⁶¹. Deze organisatie, die in 1993 werd opgericht, wil het begeleid werken in Europa uitbouwen en wendt zich tot een publiek dat verschillende soorten arbeidsongeschiktheid verenigt (intellectuele, psychiatrische, fysieke beperkingen, enz.).

Supported employment wordt gedefinieerd als "de ondersteuning van personen met een handicap of van elke andere kwetsbare groep om hen te helpen betaald werk te vinden en te behouden op de vrije arbeidsmarkt. De maatregelen moeten voorzien in een begeleiding van de werknemer voor, tijdens en na het vinden van werk en in een ondersteuning van de werkgever. Een belangrijk instrument daarvoor is de functie van "jobcoach"¹⁶². Supported employment mag dus geen onbezoldigde beroepservaring zijn, noch vrijwilligerswerk, werk in een beschutte werkplaats of niet-begeleid betaald werk¹⁶³. Vaak wordt gezegd dat supported employment zich tot doel stelt om personen toegang te bieden tot "echte jobs", in plaats van nauwelijks of niet betaalde jobs in de "tweede zone"¹⁶⁴.

In het volgende deel zullen we dieper ingaan op een meer specifiek model van *Supported Employment* dat werd ontwikkeld voor mensen met ernstige mentale stoornissen.

Hoewel de Belgische overheid hieromtrent niet systematisch gegevens inzamelt, kunnen we stellen dat de instellingen eerder de eerste benadering ("Train-then-Place") hanteren. België stelt personen met een handicap nog vaak tewerk in de beschutte werkplaatsen, in tegenstelling tot heel wat andere Europese landen die eerder voorstander zijn van re-

¹⁶¹ Zie DELEU G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, Socrate Editions Promarex, Charleroi, 2012, p. 65.

¹⁶² Studierapport van de Europese Commissie, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », Luxembourg, 2012, p. 5. Het rapport werd opgemaakt door het consultancybedrijf COWI en zijn partners, het Work Research Institute (Noorwegen) en de European Union of Supported Employment.

¹⁶³ *Ibid.*, pp. 34-35.

¹⁶⁴ In het Engels spreken we over « *real jobs* ». Zie daarover SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », Work Research Institute, Oslo, november 2004.

integratie in het gewone arbeidscircuit¹⁶⁵. Hoewel enkele organisaties in België wel interesse tonen voor vormen van *Supported Employment* voor mensen met ernstige mentale stoornissen, passen ze deze vormen niet erg strikt toe¹⁶⁶ en bevorderen ze vooral programma's die zorgen voor een *doorstroming* naar de gewone arbeidsmarkt.

Het feit dat de terreinwerkers en de overheid vooral de "Place-then-Train"-benadering (eerst plaatsen, dan opleiden) hanteren, kan worden verklaard door verschillende factoren.

J. Knaeps, onderzoeker aan de KULeuven, ging in het kader van zijn doctoraat na welke factoren kunnen verklaren dat "competitieve" jobs - of betaalde jobs die op de klassieke arbeidsmarkt voor iedereen toegankelijk zijn - minder worden bevoorrecht door de Belgische tewerkstellingsadviseurs dan de andere, meer "progressieve" professionele re-integratieprogramma's. Een aantal van die factoren zijn internationaal bekend: sommige adviseurs hebben het gevoel dat gerechtigden met mentale stoornissen niet "gemotiveerd" zijn voor competitieve jobs - die niet toegankelijk lijken voor dit publiek - en gaan er bijgevolg niet naar op zoek¹⁶⁷. Andere adviseurs zijn niet gemotiveerd om dergelijke jobs te zoeken voor deze personen, ook als deze laatste dat zouden willen¹⁶⁸.

De andere factoren die de adviseurs beïnvloeden, zijn in de wetenschappelijke literatuur veel minder bekend. J. Knaeps identificeerde drie doorslaggevende factoren die de tewerkstellingsadviseur ertoe aanzetten om meer competitieve jobs te zoeken. *Ten eerste* moeten ze een positieve ervaring hebben in dit domein. Ze moeten er voorstander van zijn en zelfs enthousiast zijn over het zoeken naar competitieve jobs voor dit publiek. *Ten tweede* moeten deze adviseurs de steun krijgen van andere teams, bijvoorbeeld van experts die ervaring hebben met de re-integratie van mensen met mentale stoornissen op de gewone arbeidsmarkt. *Ten derde* is het belangrijk dat de adviseurs beseffen dat hun gedrag bepalend kan zijn voor het leven van anderen (in casu het beroepsleven van de gerechtigden die ze begeleiden)¹⁶⁹.

¹⁶⁵ Zie de data van 2005 in SHIMA I., ZOLYOMI E., ZAIDI A., The Labor Market Situation of People with Disabilities in EU25, Europees Social steunpunt, Policy Brief February, 2008 (1), geraadpleegd op 26 juni 2015. URL : http://www.euro.centre.org/data/1201610451_25081.pdf

¹⁶⁶ Zie het volgende deel over het IPS-model.

¹⁶⁷ KNAEPS, *Vocational rehabilitation. People with mental health problems, Vocational rehabilitation counselors and Mental health practitioners*, doctoraatssthesis verdedigde in KULeuven, Lucas, maart 2015, p. 36 et COOK J.A., *Employment Barriers for Persons With Psychiatric Disabilities : Update of a Report for the President's Commission, Psychiatric Services*, 2006, 57 (10), pp. 1391-1405 ; SECKER J., GROVE B., SEEBOHM P., *Challenging barriers to employment, training and education for mental health services users : the service user's perspective*, *Journal of Mental Health*, 10, 2001, pp. 395-404.

¹⁶⁸ *Ibidem*.

¹⁶⁹ KNAEPS, *Vocational rehabilitation, op. cit.*, p. 36, p. V, en p. 95.

Onder de factoren die deze zoektocht naar competitieve jobs in de weg staan, onderscheiden we factoren op macroniveau, mesoniveau en microniveau. Factoren op macroniveau zijn volgens de onderzoekers de algemene tendensen op de arbeidsmarkt, een slecht aangepaste regelgeving die dergelijke jobs niet bevordert en de houding van de werkgevers die evenmin bevorderlijk is voor de re-integratie van mensen met mentale stoornissen op de gewone arbeidsmarkt¹⁷⁰. Op mesoniveau kunnen de expertise, de opleiding van de adviseurs, hun perceptie van de gerechtigden en de interne organisatie van de diensten sommige barrières voor de professionele re-integratie van mensen met mentale stoornissen verklaren. Op microniveau ten slotte lijken enkele individuele problemen moeilijk te overkomen, zoals het gebrek aan competentie, aan motivatie (ook als dit kan te maken hebben met medicatie of een gebrek aan zelfvertrouwen) of het stigma dat eerder werd beleefd op de werkplaats. Ook een onderzoeksteam van de KULeuven onderscheidde acht factoren die kunnen interfereren met het zoeken naar competitieve jobs voor personen met mentale stoornissen: sociaaleconomische problemen, instabiele psychiatrische symptomen, tijdsgebrek om de persoon op te volgen, negatieve interne organisatieproblemen (minder personeel, gebrek aan ondersteuning), onvoldoende contacten met de werkgevers, onverenigbaarheid tussen de wetgeving en het zoeken naar deze jobs, gebrek aan motivatie bij de gerechtigde en onvoldoende samenwerking tussen de diensten (lokale diensten of geestelijke gezondheidszorgdiensten)¹⁷¹.

Kortom, er zijn heel wat factoren die tot gevolg hebben dat er niet wordt gezocht naar werk, maar dat de Train-then-Place-benadering wordt gehanteerd. Hierna bekijken we het IPS-model dat is gebaseerd op de tegengestelde benadering en in België zeer lokaal werd getransponeerd.

4. Het IPS-model

Een van de modellen die recent heel wat aandacht geniet in de wetenschappelijke wereld, is het IPS-model (*Individual Placement and Support*). Eerst zullen we uitleggen waar dit model vandaan komt en op welke beginselen het is gebaseerd (4.1.). Vervolgens zullen we kijken hoe het kan worden veralgemeend en toegepast buiten de Verenigde Staten (4.2.). Ten

¹⁷⁰ *Ibid.*, pp. 20 et s. (voor de hele paragraaf).

¹⁷¹ KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE C., « The IPS Fidelity Scale as a Guideline to Implement Supported Employment », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2012, 37(1), pp. 13-23 en KNAEPS J., NEYENS I., DONCEEL P., VAN WEEGHEL J., VAN AUDENHOVE C., « Beliefs Of Vocational Rehabilitation Counselors about Competitive Employment for People with Severe Mental Illness in Belgium ». *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 58(3), pp. 176-188.

slotte bekijken we de voorwaarden voor de transponering van het model in België en zullen we zien dat het in Wallonië en Vlaanderen al gedeeltelijk wordt toegepast (4.3.)¹⁷².

4.1. Oorsprong en beginselen van het IPS-model

Het IPS-model, dat speciaal werd ontwikkeld voor personen met ernstige mentale stoornissen, is geïnspireerd op het concept *supported employment*. Ter herinnering: dit concept steunt op een "Place-then-train"-benadering (eerst plaatsen, vervolgens opleiden) die het tegengestelde is van de "Train-then-Place"-benadering (eerst opleiden, vervolgens plaatsen). Deze laatste benadering is bij ons nog steeds overheersend, net als in de Verenigde Staten tot eind jaren 80¹⁷³. Het paradigma "Train-then-Place" gaat uit van de idee dat de persoon eerst volledig moet genezen zijn voordat kan worden gewerkt aan zijn rehabilitatie, dus ook aan zijn professionele re-integratie¹⁷⁴. Omgekeerd vereist het IPS-model niet dat de adviseur bijzondere aandacht besteedt aan de ziekte van de gerechtigde. Wat telt is dat hij wil werken¹⁷⁵.

Het IPS-model werd in de Verenigde Staten ontwikkeld door twee onderzoekers en professoren in de psychiatrie: Robert E. Drake en Deborah R. Becker. Een tiental jaar later sloot onderzoeker en professor in de psychiatrie Gary R. Bond zich bij het duo aan, waarna ze samen hun onderzoek voortzetten. Ze gingen uit van de vaststelling dat heel wat mensen met ernstige mentale stoornissen willen werken, maar dat ze geen toegang krijgen tot de "gewone" arbeidsmarkt, zelfs niet na het volgen van een beroepsopleidingsprogramma¹⁷⁶.

Na de lancering van het project door Drake, Bond en Becker, hebben enkele tientallen onderzoekers en experts het model verder uitgewerkt in de Verenigde Staten en ook in andere continenten uitgetest¹⁷⁷. Vergeleken met heel wat andere modellen die nooit het voorwerp hebben uitgemaakt van een dergelijke wetenschappelijke evaluatie, werden er heel wat kwantitatieve en kwalitatieve studies aan gewijd. In 2014 telden we twintig

¹⁷² BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *op. cit.*, pp. 32-39. DELEU G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, Socrate Editions Promarex, Charleroi, 2012.

¹⁷³ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, Preface, New York, Oxford University Press, 2012, p. 24.

¹⁷⁴ BEJERHOLM U., LARSSON L., HOFGREN C., « Individual Placement and Support illustrated in the Swedish welfare system: A case study », *op. cit.*, p. 60.

¹⁷⁵ *Ibidem*.

¹⁷⁶ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, Voorwoord, *op. cit.*, 2012, p.3.

¹⁷⁷ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, Voorwoord, *op. cit.*.

gerandomiseerde studies over het IPS-model¹⁷⁸. In de Verenigde Staten bleek dat waar 20% van de gerechtigden een competitieve baan vindt na een ander readatpatieprogramma dan IPS te hebben gevolgd, die verhouding stijgt tot 50% - soms zelfs 60% - als ze het IPS-

¹⁷⁸ Drake, Bond en Becker hebben die opgelijst en deels geëvalueerd. (*Ibid.*, pp. 47 et s.). Hier is hun lijst : BOND G.R., SALYERS M.P., DINCIN J., DRAKE R.E., BECKER D.R., FRASER V.V., « A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n°75, 2007, pp. 968-982 ; BURNS T., CATTY J., BECKER T., DRAKE R.E., FIORITTI A., KNAPP M. et al., « The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness : A randomized controlled trial », *Lancet*, 2007, 370, pp. 1146-1152 ; DAVIS L. L., LEON A. C., TOSCANO R., DREBING C.E., WARD L. C., PARKER P.E. et al., « A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder », *Psychiatric Services*, 2012, n°63, pp. 464-470 ; DRAKE R.E., FREY W.D., BOND G.R., GOLDMAN H.H., SALKEVER D.S., MILLER A. L., MILFORT R., « Assisting Social Security disability insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work », *The American Journal of Psychiatry*, 2013, 170, pp. 1433-1441 ; DRAKE R.E., McHUGO G.J., BEBOUT R.R.; BECKER D.R.; HARRIS M.; BOND G.R.; QUIMBY E. « A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders », *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56(7), pp. 627-633 ; DRAKE R.E., McHUGO G.J., BECKER D.R., ANTHONY W.A., CLARK R.E., « The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 64(2), 1996, pp. 391-399 ; GOLD P. B., MEISLER N., SANTOS A.B., CARNEMOLLA M.A., WILLIAMS O.H., KELLEHER J., « Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness », *Schizophrenia Bulletin*, 2006, n°32, pp. 378-395 ; HESLIN M., HOWARD L., LEESE M., McCRONE P., RICE C., JARRETT M., SPOKES T., HUXLEY P., THORNICROFT G., « Randomized controlled trial of supported employment in England : 2 year follow-up of the Supported Work and Needs », *World Psychiatry*, 2011, n°10, pp. 132-137 ; HOFFMANN H., JACKEL D., GLAUSER S., KUPPER Z., « A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2012, 125, pp. 157-167 ; KILLACKEY E., JACKSON H.J., MCGORRY P.D., « Vocational intervention in first-episode psychosis : Individual placement and support v. treatment as usual », *The British Journal of Psychiatry*, 2008,193, pp. 114-120 ; LATIMER E.A., LECOMTE T., BECKER D., DRAKE R., DUCLOS I., PIAT M., XIE H., « Generalisability of the individual placement and support model of supported employment : Results of a Canadian randomised controlled trial », *The British Journal of Psychiatry*, 2006,189, pp. 65-73 ; LEHMAN A.F., GOLDBERG R.W., DIXON L.B., McNARY S., POSTRADO L., HACKMAN A., McDONNELL, « Improving employment outcomes for persons with severe mental illness », *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59, pp. 165-172 ; MICHON H.W., VAN VUGT M., VAN BUSSCHBACH J., « Effectiveness of Individual Placement and Support ; 18 & 30 months follow-up », Paper presented at the Enmesh Conference, Ulm, Allemagne, 2011 ; MUESER K.T., CLARK R.E., HAINES M., DRAKE R.E., McHUGO G.J., BOND G.R. et al., « The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, n°72, pp. 479-490 ; NUECHTERLEIN K.H., « Individual Placement and support after an initial episode of schizophrenia : The UCLA randomized controlled trial. Paper presented at the International Conference on Early Psychosis, Amsterdam, Pays-Bas, 2010 ; TWAMLEY E.W., NARVAEZ J.M., BECKER D.R., BARTELS S.J., JESTE D.V., « Supported Employment for middle-aged and older people with schizophrenia », *Academic Journal of Psychiatry Rehabilitation*, 2008, 11, pp. 76-89 ; WONG K.K., CHIU R., TANG B., MAK D., LIU J., CHIU S.N., « A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong », *Psychiatric Services*, 2008, n°59, pp. 84-90 ; BOND G.R. & SWANSON S.J., « Supported employment for justice-involved people with mental illness », te verschijnen. Voor Europa, hebben we de volgende lijst van gerandomiseerde studies : in Italië (EQOLIZE Study), Zwitserland (EQOLIZE Study), Noorwegen, Zweden, het Verenigd Koninkrijk (EQOLIZE Study, SWAN, ENDEAVOR, IPS-LITE), Nederland (EQOLIZE Study, SCION), Duitsland (EQOLIZE Study) en Bulgarije (EQOLIZE Study). In dit verband, zie de voetnoot 208. Zie ook over de verschillende gerandomiseerde studies : LUCIANO A., DRAKE R.E., BOND G.R., BECKER D.R., CARPENTER-SONG E., LORD S., SWARBRICK P., SWANSON S.J., « Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2014, 40(1), p. 2.

programma hebben doorlopen¹⁷⁹. Er dient opgemerkt te worden dat het meestal gaat om een deeltijdse baan¹⁸⁰.

Het IPS-model werd ontworpen voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen¹⁸¹. Het betreft hoofdzakelijk psychoses, zoals schizofrenie en ernstige humeurschommelingen (bipolaire stoornis, chronische depressie, enz.) in de mate dat ze de patiënten langdurig arbeidsongeschikt maken¹⁸². Sommige onderzoekers en artsen beschouwden de mogelijkheid om dit model uit te breiden tot personen met een fysieke arbeidsongeschiktheid of met lichte mentale stoornissen, zoals posttraumatische stress (namelijk een soort van ernstige angststoornis na een traumatiserende ervaring)¹⁸³. Hoewel er geen contra-indicaties lijken te bestaan voor het gebruik van de methode voor andere doelgroepen, bevelen verschillende onderzoekers aan om ze in dat geval aan te passen aan de psychosociale en medische aspecten van de betreffende populaties¹⁸⁴. De IPS-methode werd immers specifiek ontwikkeld om rekening te houden met ernstige mentale stoornissen.

Drake, Becker et Bond stelden vast dat het IPF-model, net als elk rehabilitatieprogramma in het domein van de geestelijke gezondheid, succesvol is als aan de volgende 9 criteria is voldaan¹⁸⁵:

- **Welomschreven zijn:** het programma moet een welomschreven doel hebben. Bij voorkeur wordt een handleiding samengesteld die de verschillende criteria bepaalt waaraan het programma moet beantwoorden, plus een getrouwheidsschaal om na te gaan of het programma aan deze criteria beantwoordt.
- **De doelstellingen van de betrokkene weergeven:** de voorkeuren van de betrokkene zijn doorslaggevend voor het welslagen van het programma; ze

¹⁷⁹ *Ibidem*. Dat gezegd zijnde zou het interessant zijn als economen de betrouwbaarheid van de twintig momenteel bestaande studies zouden controleren.

¹⁸⁰ BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *op. cit.*, p. 36.

¹⁸¹ Het model werd aanvankelijk gecreëerd voor volwassenen, maar werd ook al toegepast op jonge populaties, met name in Australië met het programma Australia's *Orygen* Youth Health. Voyez à ce sujet OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, *op. cit.*, p. 52.

¹⁸² DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, *op. cit.*, p. 5.

¹⁸³ *Ibid.*, p. 84.

¹⁸⁴ *Ibidem*. Voor posttraumatische stress, zie de genoemde studie van DAVIS L. L., LEON A. C., TOSCANO R., DREBING C.E., WARD L. C., PARKER P.E. en al., « A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder », *Psychiatric Services*, 2012, n°63, pp. 464-470.

¹⁸⁵ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, *op. cit.*, pp. 15-17.

vermijden dat de betrokkene gedesillusioneerd geraakt over de geestelijke gezondheidsdiensten,

- **Overeenstemmen met maatschappelijke doelstellingen**, namelijk doelstellingen van algemeen belang (zoals bijvoorbeeld is aangegeven in de juridische normen),
- **Zijn efficiëntie bewijzen met betrouwbare methodes**,
- **Blijvende effecten sorteren, dus niet alleen op korte termijn**,
- **Bepaalde neveneffecten hebben**,
- **Een redelijke kostprijs hebben**,
- **Aangepast zijn aan verschillende gemeenschappen en doelgroepen**,
- **Makkelijk te implementeren zijn**.

In de voorbije twee decennia stelden de Amerikaanse onderzoekers en artsen ook een aantal principes vast waaraan het IPS-model moet beantwoorden. Sinds 2012 tellen we 8 principes die de basis vormen voor de bijzonderheid - en het succes - van het IPS-model:¹⁸⁶

1/ Een competitieve baan moet het nagestreefde doel zijn. De doorgevoerde programma's moeten de personen rechtstreeks helpen aan een baan op de competitieve arbeidsmarkt. Het model is er dus niet op gericht om vrijwilligerswerk, onbezoldigde stages of tewerkstelling in een beschutte werkplaats aan te moedigen. Een dergelijke benadering "in etappes" is immers niet bevorderlijk om op korte of lange termijn weer toegang te krijgen tot de competitieve arbeidsmarkt.

Dat betekent echter niet dat IPS-programma's, naast het zoeken van een competitieve baan, niet ook in beroepsopleidingen kunnen voorzien (*supported education*) als de persoon dat wenst¹⁸⁷. Aan deze kwestie werd tot op heden slechts weinig onderzoek gewijd¹⁸⁸, maar een studie uit 2012 heeft het voordeel van een dergelijke combinatie aangetoond¹⁸⁹.

¹⁸⁶ Zie in dit verband *Ibid.*, pp. 33-39.

¹⁸⁷ Zie daarover BECKER D.R., DRAKE R.E., BOND G.R., « The IPS Supported Employment Learning Collaborative », *op. cit.*, p. 83.

¹⁸⁸ LUCIANO A., DRAKE R.E., BOND G.R., BECKER D.R., CARPENTER-SONG E., LORD S., SWARBRICK P., SWANSON S.J., « Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research », *op. cit.*, p. 8.

¹⁸⁹ BAKSHEEV G. N., ALLOTT K., JACKSON H. J., MCGORRY P. D., KILLACKEY, « Predictors of vocational recovery among young people with first-episode psychosis: findings from a randomized controlled trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2012, vol. 35, n°6, pp. 421-427. Zie ook MUESER K. T., COOK J. A., « Supported Employment, Supported Education, and Career Development », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2012, vol. 35, n°6, pp. 417-420.

2/ De toelaatbaarheid tot het programma is gebaseerd op de keuze van de persoon. De persoon mag niet worden uitgesloten op basis van zijn symptomen of diagnose (het "zero exclusion" principe). De enige voorwaarde om aan een IPS-programma te kunnen deelnemen, is dat de persoon op zoek is naar een competitieve baan. Vrijwillig deelnemen is het enige toelatingscriterium¹⁹⁰. Mensen die niet willen werken verplichten om aan een IPS-programma deel te nemen, druist in tegen de principes van het model en is ook niet efficiënt omdat de arbeidscijfers in dat geval lager zijn¹⁹¹.

Omwille van dit 'zero exclusion' criterium moesten er op de diensten die het IPS-model ontwikkelden echter aanzienlijke wijzigingen worden doorgevoerd. Deze diensten waren het immers gewend om begunstigen te selecteren die in aanmerking komen voor een rehabilitatieprogramma. In het kader van het IPS-model moedigen de begeleiders de personen aan om een werkhervatting te overwegen, maar het zijn de personen zelf die beslissen wanneer ze weer aan het werk willen. Dat betekent niet dat er geen stimulansen worden gebruikt. Er werden bijvoorbeeld middelen uitgewerkt om de (ex)-gerechtigden ertoe aan te moedigen hun werkervaringen te delen (in het kader van collectieve vergaderingen of *newsletters*)¹⁹².

Ten slotte vraagt de lancering van het IPS-model ook vaak een wijziging van de functie van de artsen die het vermogen of de ongeschiktheid van de persoon om het werk te hervatten diagnosticeren. De arts behoudt een sleutelrol, maar is geen filter meer voor toegang tot een baan (zie *infra*). Dat betekent echter niet dat de medische risico's van de werkhervatting niet worden geïdentificeerd of besproken met de persoon¹⁹³.

3/ De diensten in het domein van rehabilitatie (in casus gespecialiseerd in het IPS-model) en geestelijke gezondheid moeten worden geïntegreerd. De IPS-specialisten nemen regelmatig deel aan vergaderingen van het zorgteam (gespecialiseerd in geestelijke gezondheidsproblemen) om uit te leggen waarin het IPS-model bestaat en welk proces de persoon daarbij doorloopt. Beide diensten (IPS en zorg) delen de informatie en helpen de persoon om zijn situatie te verbeteren. Ideaal is dat de rehabilitatiediensten ("IPS-medewerkers") en de diensten voor geestelijke gezondheid eenzelfde ruimte delen om de

¹⁹⁰ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 34.

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 81 et LEHMAN A. F., GOLDBERG R.W., DIXON L. B., McNARY S., POSTRADO L., HACKMAN A. et al., « Improving employment outcomes for persons with severe mental illness », *Archives of General Psychiatry*, n°59, pp. 165-172.

¹⁹² DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 34.

¹⁹³ Zie in dit verband : <http://www.dartmouthips.org/faqs/>

onderlinge communicatie te bevorderen. Als de integratie van de diensten niet mogelijk is, moet de samenwerking tussen beide intensief en gesuperviseerd zijn¹⁹⁴.

4/ De verstrekte diensten zijn gebaseerd op de voorkeuren en keuzes van de persoon, in plaats van op het oordeel van de adviseur. Er wordt gezocht naar werk dat overeenstemt met de voorkeuren, de troeven en de beroepservaring van de persoon. De betrokken persoon kijkt welke banen hem interesseren en of de modaliteiten en de werkomgeving geschikt zijn (de uurroosters, het loon en de beschikbare diensten op zijn arbeidsplaats zijn criteria die hij in aanmerking neemt). De IPS-specialist kan suggesties doen om de opties uit te breiden.

Volgens verschillende studies houdt de betrokkene de baan langer vol als die overeenstemt met zijn oorspronkelijke voorkeuren en als de werkomgeving voor hem geschikt is¹⁹⁵. Ook de perceptie van de persoon van welke job voor hem geschikt is (*job match*) en zijn tevredenheid over de job kort na zijn toetreding tot de arbeidsmarkt zijn belangrijke elementen¹⁹⁶.

Vraag is of hij de werkgever al dan niet op de hoogte moet brengen van zijn arbeidsongeschiktheid en, bijgevolg, of de IPS-specialist al dan niet contact moet opnemen met de werkgever. Tal van studies benadrukken immers dat mensen met mentale stoornissen aanzienlijk gestigmatiseerd worden als ze hun ziekte bekendmaken¹⁹⁷. Dit probleem roept op tot een betere bestrijding van de vooroordelen die nog steeds bestaan over mentale aandoeningen, maar het zou ook nuttig zijn om de situaties te onderscheiden waarin de persoon met lichte (en vaak onzichtbare) stoornissen deze kenbaar wenst te maken en de situaties waarin hij er liever over wil zwijgen.

¹⁹⁴ Voor een studie die de verschillende sterke en zwakke punten van een dergelijke samenwerking aangeeft, zie: SWANSON S.J., MEYER R.H., COURTNEY C.T., REEDER S.A., « Strategies for Integrated Employment and Mental Health Services », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, vol. 37, n°2, pp. 86-89.

¹⁹⁵ BECKER D.R., DRAKE R.E., FARABAUGH A., BOND G.R., « Job Preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs », *Psychiatric Services*, 1996, 47, pp. 1223-1226 ; MUESER K.T., BECKER D.R., WOLFE R.S., « Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction », *Journal of Mental Health*, 2001, 10, pp. 411- 417.

¹⁹⁶ CARPENTER V., PERKINS D.V., Supported employment as a transition from state hospital to community, geciteerd door DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 36 ; HUFF S.W., RAPP C.A., CAMPBELL S.R., « 'Everyday is not Jell-O' : a qualitative study of factors affecting job tenure », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, vol. 31, pp. 211-218.

¹⁹⁷ Zie over die moeilijkheid : HOEKSTRA E. J., SANDERS K., VAN DEN HEUVEL W. J.A., POST D., GROOTHOFF J.W., « Supported employment in the Netherlands for people with an intellectual disability, a psychiatric disability and a chronic disease », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2004, n°21, pp. 39-48.

5/ Er moet snel worden gezocht naar een job. Dit principe werd al meermaals onderzocht, onder meer in het kader van verschillende gerandomiseerde studies. Het gaat regelrecht in tegen een benadering "in etappes" die niet alleen nutteloos is, maar soms ook schade kan berokkenen aan de persoon. Met het IPS-model gaat aan de tewerkstelling dus geen grondige oriëntatie- of opleidingsfase vooraf.

Concreet creëren de IPS-adviseur en de betrokkene eerst samen een loopbaanprofiel dat rekening houdt met de competenties, de voorkeuren, het onderwijsniveau en de beroepservaring van de persoon. In een tweede fase - en binnen de maand na de start van een IPS-programma - worden op basis van dit profiel contacten gelegd met de werkgevers. Als de betrokkene niet goed weet welk werk voor hem zou geschikt zijn, kunnen eerst verschillende soorten werk worden verkend. Uit verschillende studies is gebleken dat de adviseur moet geloven in de capaciteiten van de persoon om te werken, en dat hij de doelen die de betrokkene wil nastreven ernstig moet nemen. Dat principe wordt soms slecht begrepen en snel zoeken naar werk wordt soms verward met een snelle plaatsing. Sommige diensten plaatsen de begunstigde snel ergens zonder rekening te houden met zijn voorkeuren. Het resultaat daarvan is contraproductief: een slechte match tussen het profiel en het werk leidt meestal tot ontevredenheid en vervolgens tot baanverlies. In 2012 werd op basis van vijftien gerandomiseerde studies (9 in de Verenigde Staten en 6 daarbuiten) de gemiddelde plaatsingsduur geschat op 19 weken¹⁹⁸.

6/ Er moet een geïndividualiseerde ondersteuning worden voorzien van onbeperkte duur. Deze ondersteuning moet zolang bestaan als de persoon wenst en er behoefte aan heeft. Ze moet uitgaan van zowel de IPS-specialisten als van de leden van het zorgteam. De psychiater moet de medicatie van de persoon bijstellen, de revalidatiespecialist moet strategieën ontwikkelen om angstsituaties te beheren of de persoon te helpen om een baan op te zeggen of een loopbaan uit te bouwen.

Bij de start van het programma ontmoeten de IPS-specialisten de persoon wekelijks, ook al is dat soms heel kort. De opvolging is altijd geïndividualiseerd (bv de persoon helpen om naar zijn arbeidsplaats te gaan of om een speciale regeling te verkrijgen, bijvoorbeeld de mogelijkheid om te werken op een zeer rustige plaats). Vervolgens wordt de overgang ingezet tussen de IPS-diensten en bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon. De persoon moet echter steeds de mogelijkheid behouden om terug te keren naar de gespecialiseerde IPS-

¹⁹⁸ BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *World Psychiatry*, février 2012, 11(1), p. 36. Deze auteurs vinden deze duur nog lang, maar benadrukken tegelijk dat rekening moet worden gehouden met de voorkeuren van de persoon.

diensten als hij daar behoefte aan heeft.

7/ Er moet gepersonaliseerd advies worden verstrekt over de sociale rechten. Dit principe werd in 2004 toegevoegd nadat het model werd uitgetest en de terreinwerkers hadden gemerkt dat de mensen bang waren dat ze hun sociale uitkeringen zouden verliezen; De arbeidsspecialisten helpen de persoon om gepersonaliseerde, begrijpelijke en nauwkeurige informatie te verkrijgen over zijn sociale rechten. Deze specialisten houden rekening met de verschillende *scenario's* (waaronder de impact van een verandering van werkuren of werk). Recenter werden rond dit zevende principe minder studies gevoerd dan rond de andere. Toch toonden verschillende studies aan dat dit principe een positieve weerslag heeft en dat het IPS-model bijzonder geschikt is voor begunstigden met een invaliditeitsuitkering¹⁹⁹.

8/ De job development moet systematisch zijn. Dit principe is net als het 7de principe nog vrij recent. Enerzijds werd vastgesteld dat het feit dat mensen met ernstige mentale stoornissen zelf werk moeten zoeken contraproductief is, en anderzijds dat een netwerk van werkgevers moet worden uitgebouwd op basis van de belangen van de persoon. Dit laatste betekent dat IPS-specialisten niet gewoon maar contact moeten opnemen met een werkgever om te weten of er banen vacant zijn. Ze moeten met verschillende werkgevers veelvuldige contacten onderhouden en met hen gaan praten op de arbeidsplaats (in de mate dat de betrokkene daarmee akkoord gaat). Concreet betekent dit dat ze zich aan hen moeten voorstellen, interesse moeten tonen voor de *business* van de onderneming (en de dienst human resources) en de mogelijke matches tussen een job en de werknemer met wie ze werken moeten evalueren (*job match*). Het is immers bewezen dat adviseurs die meer tijd besteden aan contacten met de werkgever, meer kans maken om een job te vinden voor de betrokkene²⁰⁰.

Enkele van de acht principes die we hiervoor aanhaalden werden meer getest dan andere. Rond de principes 6 en 8 bijvoorbeeld werden minder studies gevoerd, deels omdat de variabelen moeilijker te isoleren zijn²⁰¹.

¹⁹⁹ Zie daarover DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, p. 37.

²⁰⁰ Zie studies van Leff et al., de Rosenthal, Dalton & Gervy, de Vandergoot et de Zadny & Jame citées in DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 38. In het Dartmouth IPS Supported Employment Center bijvoorbeeld, besteden de IPS-specialisten 4 tot 6 uur per week aan job development.

²⁰¹ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 41.

Hoe dan ook kan een IPS-model maar efficiënt zijn als het, volgens het onderzoeksteam dat het heeft uitgewerkt, strikt wordt toegepast. Om dit te controleren, hebben de Amerikaanse onderzoekers verschillende getrouwheidsschalen uitgewerkt. De recentste omvat 25 criteria die betrekking hebben op het personeel, de organisatie en de diensten die moeten worden verleend in het kader van het IPS-model. We zullen deze criteria hierna bondig opsommen. Als bijlage vindt de lezer de volledige tabel die in 2012 werd gepubliceerd door R.E. Drake, G.R. Bond en D.R. Becker.

Kader C. De 25 criteria van de IPS modeltrouwschaal

Criteria betreffende het personeel:

- De arbeidsspecialisten die instaan voor de individuele tenlasteneming van de gerechtigden, mogen niet meer dan 20 personen opvolgen.
- De arbeidsspecialisten verstrekken enkel arbeidsdiensten.
- Elke arbeidsspecialist is een vakbekwame generalist die samen met de begunstigde het hele proces en de verschillende fasen van het programma doorloopt (opname in een programma, engagement, evaluatie, jobplaatsing of job development, *job coaching*, opvolging).

De criteria betreffende de organisatie:

- De rehabilitatie- of integratiediensten en de diensten voor geestelijke gezondheid moeten geïntegreerd zijn in eenzelfde werkteam.
- De beide soorten diensten ontmoeten elkaar regelmatig - indien mogelijk wekelijks. Ze delen bij voorkeur dezelfde kantoren.
- De arbeidsspecialisten en de beroepsherscholingsadviseurs moeten samenwerken en regelmatig informatie uitwisselen over de gerechtigden die zij opvolgen.
- Minstens twee arbeidsspecialisten en één teamverantwoordelijke vormen een tewerkstellingseenheid. Deze eenheid komt iedere week samen om verschillende kwesties te bespreken, met name het toezicht op het werk van de arbeidsspecialisten (en de controle van een redelijke werklast) en de identificatie van de strategieën voor het zoeken naar werk.
- De rol van de teamverantwoordelijke van de tewerkstellingseenheid (van de "werksupervisor") is van kapitaal belang. Hij heeft enkel als functie om toezicht te houden op de arbeidsspecialisten (maximaal 10 personen). Hij moet ze wekelijks ontmoeten, regelmatig met de verantwoordelijken van de geestelijke gezondheidsteams communiceren om na te gaan of de beide diensten optimaal geïntegreerd zijn, de arbeidsspecialisten die pas zijn aangeworven of moeilijkheden ondervinden begeleiden en opleiden. Ten slotte bekijkt de werksupervisor samen met de arbeidsspecialist de "resultaten" van de huidige gerechtigden en bepaalt hij, op driemaandelijks basis, streefdoelen om de prestaties van het programma te verbeteren.
- Het "zero exclusion" criterium: iedereen die opnieuw wil werken moet toegang krijgen tot het IPS-model, zonder dat rekening wordt gehouden met hun gedrag, hun mentale stoornissen of hun gewelddadige verleden.
- De agentschappen moeten zich focussen op competitieve jobs voor de gerechtigden en

deze doelstelling promoten met verschillende strategieën (bv verspreiding van brochures, van ervaringen van de gerechtigden die hebben deelgenomen aan de programma's).

- Er moet een directieteam worden opgericht om de "supported employment"-programma's uit te voeren en op te volgen. Dit directieteam moet de principes van deze programma's kennen. Minstens om de zes maanden moet een lid van dit team deelnemen aan vergaderingen om de modelgetrouwheid te controleren aan de hand van de getrouwheidsschalen. Twee keer per jaar moet de verantwoordelijke voor de uitvoering van de supported employment-programma's samen met het directieteam de obstakels of faciliteiten bij de lancering van het model bespreken. Het directieteam moet van in het begin duidelijke en specifieke doelstellingen meedelen.

De criteria betreffende de diensten:

- Er moeten arbeidsstimuleringsplannen worden opgesteld: aan alle gerechtigden moet eerst individuele bijstand worden aangeboden en vervolgens een baan. Ze moeten ook een dergelijke bijstand genieten als ze hun werkrooster of loon willen veranderen. De arbeidsstimulansen moeten ook sociale voordelen omvatten.
- De gerechtigde moet zodanig worden begeleid dat hij met kennis van zaken kan beslissen of hij zijn handicap al dan niet bekendmaakt.
- Er moet een continue professionele evaluatie plaatsvinden. De IPS-werker en de gerechtigde stellen samen het professioneel profiel van de gerechtigde op en vullen het aan na elke beroepservaring.
- Er moet snel worden gezocht naar een competitieve job: een eerste evaluatie van de job en een eerste contact tussen een werkgever en een arbeidsspecialist of de betrokkene moet plaatsvinden binnen 30 dagen na de toetreding van de gerechtigde tot het programma.
- Een geïndividualiseerd zoeken naar werk wordt ontwikkeld en bijgesteld: de arbeidsspecialist moet zorgen voor een goede *jobmatch* die eerder gebaseerd is op de voorkeuren (wat hij graag doet en wat overeenstemt met zijn persoonlijke doelen) en de behoeften (op het vlak van capaciteit, ervaring, gezondheid, symptomen) van de gerechtigde dan op de toestand van de arbeidsmarkt. Anders gezegd: de arbeidsspecialist mag zich bij het bepalen van de voorkeuren van de gerechtigde niet baseren op het bereikbare jobaanbod.
- Er moeten frequente contacten plaatsvinden met de werkgevers. De arbeidsspecialisten praten minstens 6 keer per week met een werkgever (dat kunnen zes gesprekken zijn met dezelfde werkgever).
- De kwaliteit van het contact met de werkgever moet in aanmerking worden genomen. De arbeidsspecialisten moeten relaties aanknopen met de werkgevers door met hen te praten, hen te wijzen op de sterke punten van de gerechtigden en hen uit te leggen wat het programma begeleid werken kan opleveren, ook voor de werkgever.
- Er moet een gediversifieerd jobaanbod bestaan. Hiertoe staan de arbeidsspecialisten de klanten met name bij bij het zoeken naar verschillende soorten jobs.
- Ook de werkgevers op wie een beroep kan worden gedaan moeten gediversifieerd zijn.
- De jobs moeten competitief zijn, wat betekent dat de arbeidsspecialisten jobs moeten promoten die een potentieel permanent statuut hebben, in tegenstelling tot in de tijd beperkte jobs. Voor de competitieve job moet minstens het minimumloon worden betaald en iedereen moet ervoor kunnen solliciteren (de job mag niet uitsluitend bestemd zijn voor personen met een handicap).

- De ondersteuning moet geïndividualiseerd en continu zijn. Dat betekent dat de arbeidsspecialist de persoon ook moet helpen om beter werk te vinden, hem indien hij dit wenst moet oriënteren bij de verdere ontwikkeling van zijn loopbaan, enz. Hij moet vooral rekening houden met de voorkeuren van de gerechtigde en een beroep doen op verschillende actoren (medisch team, vrienden, familie, collega's als de gerechtigde daarmee akkoord gaat) die kunnen helpen om aan zijn behoeften tegemoet te komen (alle soorten behoeften: medische, professionele en sociale). De arbeidsspecialist kan ook de werkgever bijstaan, maar enkel op vraag van de gerechtigde.
- De ondersteuning moet continu en van onbepaalde duur zijn. De arbeidsspecialist ziet de persoon een week voordat hij zijn werk aanvat, drie dagen na de start in zijn nieuwe job en vervolgens minstens iedere maand gedurende één jaar of langer. Als de persoon zijn job verliest, neemt de arbeidsspecialist die belast is met zijn dossier contact met hem op binnen 3 dagen nadat hij er kennis van heeft genomen.
- De arbeidsbemiddelingsdiensten zijn communautaire diensten, wat betekent dat de arbeidsspecialist idealiter 65% van zijn werktijd in de gemeenschap moet besteden.
- Het team dat de gerechtigde begeleidt moet getuigen van een absoluut engagement en sensibiliseringsstrategieën uitwerken: het moet idealiter samenwerken met de familie van de gerechtigden, mag de begeleidingsduur van de gerechtigde niet beperken en moet frequent praten met de gerechtigde (bij hem thuis of in de gemeenschap). Als de gerechtigde het proces echter niet wil voortzetten of zijn job wil opgeven, dan moet het team zijn begeleiding stopzetten.

Om na te gaan of het model getrouw wordt toegepast, hebben de onderzoekers een intensiteitsschaal opgesteld om de realisatiegraad van elk criterium te evalueren (zie bijlage 4).

Voordat we de voorwaarden voor een eventuele transponering van het model in België beschouwen, bekijken we de kwestie van de veralgemening van het IPS-model buiten de Verenigde Staten. Het IPS-model werd immers al gelanceerd en geëvalueerd in andere continenten: Canada, Australië, Nieuw-Zeeland, Azië maar ook Europa²⁰².

4.2. De veralgemening van het IPS-model in Europa

Voordat een dergelijk model wordt gelanceerd en getest in België, moeten we de studies bekijken die het IPS-model in Europa hebben geëvalueerd. Uit deze studies blijkt dat het model globaal gezien efficiënt blijft (4.2.1.), maar niet zo efficiënt als in de Verenigde Staten. Hierna bespreken we de verschillende factoren die we kennen uit de wetenschappelijke literatuur en die dit verschil tussen de beide continenten kunnen verklaren (4.2.2.). Ten slotte

²⁰² DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 87.

zouden nog een aantal bijkomende elementen moeten worden gecontroleerd, ideaal aan de hand van gerandomiseerde studies (4.2.3.).

4.2.1. Het aanmoedigende effect van het IPS-model

In Europa wordt het model *Supported employment* gevaloriseerd sinds de jaren 90, vooral via de *European Union of Supported Employment*²⁰³. Het IPS-model, dat specifiek werd ontwikkeld voor mensen met ernstige mentale stoornissen, wordt vandaag toegepast in verschillende Europese landen: Verenigd Koninkrijk, Nederland, Spanje, Zweden, Zwitserland, Noorwegen, Denemarken en sommige Italiaanse regio's²⁰⁴. Verschillende Europese studies tonen aan dat dit model betere resultaten oplevert dan de traditionele professionele re-integratiemethoden²⁰⁵. Uit verschillende onderzoeken is immers gebleken dat dit model het aantal mensen met mentale stoornissen die toegang krijgen tot de competitieve markt verdubbelt in vergelijking met traditionele modellen (55% versus 26%)²⁰⁶. In Zweden bijvoorbeeld heeft een gerandomiseerde studie over het IPS-model uitgewezen dat dit model efficiënter is dan een andere professionele re-integratiemethode: over een periode van 18 maanden, vonden de deelnemers aan het IPS-model vijf keer sneller een job dan de deelnemers aan het andere programma en konden ze die job ook behouden²⁰⁷. De onderzoekers van deze studie hielden rekening met het aantal werkuren en werkweken, het loon en de totale duur van de tewerkstelling. De laatste jaren werden er in Europa

²⁰³ Zie DELEU G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, Socrate Editions Promarex, Charleroi, 2012, p. 65.

²⁰⁴ Zie LUCIANO A., DRAKE R.E., BOND G.R., BECKER D.R., CARPENTER-SONG E., LORD S., SWARBRICK P., SWANSON S.J., « Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research », *op. cit.*, p. 5.

²⁰⁵ Zie BURNS T., CATTY J., « IPS in Europe : The EQOLISE trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, vol. 31, n°4, pp. 313-317 ; MICHON H., VAN BUSSCHBACH J., STANT A.D., VAN VUGT M. D., VAN WEEGHEL J., KROON H., « Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol 37(2), juin 2014, pp. 129-136 ; FIORITTI A., D'ALEMA M., BARONE R., BRUSCHETTA S., « Social enterprises, vocational rehabilitation, supported employment : working on work in Italy », *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2014, 202(6), pp. 498-500 ; BOYCE M., SECKET J., FLOYD M., GROVE B., en al., « Factors Influencing the Delivery of Evidence-Based Supported Employment in England », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, vol. 31, n°4, pp. 360-366 ;

²⁰⁶ Zie BURNS T., CATTY J., « IPS in Europe : The EQOLISE trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, vol. 31, n°4, p. 313 et BURNS T., CATTY J., BECKER T., DRAKE R.E., FIORITTI A., KNAPP M. et al., « The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness : a randomised controlled trial », *Lancet*, 2007, n°30, pp. 1146-1152 ; BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *World Psychiatry*, février 2012, 11(1), pp. 32-39.

²⁰⁷ BEJERHOLM U., AREBERG C., HOFGRÉN C., SANDLUND M., RINALDI M., « Individual Placement and Support in Sweden - A randomized controlled trial », *Nord J Psychiatry*, 2014 Jul 1:1-10.

verschillende gerandomiseerde studies gerealiseerd waarvan er enkele nog altijd lopen²⁰⁸.

De kosten/batenverhouding van de implementatie van IPS-programma's in vergelijking met de traditionele professionele re-integratieprogramma's, lijkt in het slechtste geval even groot en in het beste geval lager te zijn²⁰⁹. Om dat te evalueren moeten we rekening houden met de evolutie van de patiënten op lange termijn (inclusief een terugval van de gezondheidstoestand), maar die werd nog niet vaak geëvalueerd. Volgens een Europese studie vermindert het IPS-programma het aantal hospitalisaties van mensen die het programma hebben gevolgd²¹⁰.

Voor de lancering van het IPS-model werkten sommige landen, waaronder Nederland, samen met het *Dartmouth IPS Supported Employment Center*, een multidisciplinair centrum dat onderzoek voert naar het IPS-model en opleidingen en advies verstrekt voor de lancering van een dergelijk programma²¹¹. Daar werken Bond, Drake en Becker samen voor. Ten slotte benadrukken we dat de Europese landen, evenmin als de Verenigde Staten, soms niet helemaal zijn afgestapt van de "Train-then-Place"-methode. Het RESSORT-programma van Lausanne (Zwitserland) bijvoorbeeld, dat in 2009 werd gestart, voorziet drie mogelijkheden voor mensen met mentale stoornissen: het IPS-model voor mensen met erkende en

²⁰⁸ Zie de volgende artikels over de gerandomiseerde studies in Italië (EQOLIZE Study), Zwitserland (EQOLIZE Study), Noorwegen, Zweden, het Verenigd Koninkrijk (EQOLIZE Study, SWAN, ENDEAVOR, IPS-LITE), Nederland (EQOLIZE Study, SCION), Duitsland (EQOLIZE Study) en Bulgarije (EQOLIZE Study) : BURNS T., CATTY J., « IPS in Europe : The EQOLISE trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, vol. 31, n°4, pp. 313-317 ; MICHON H., VAN BUSSCHBACH J., STANT A.D., VAN VUGT M. D., VAN WEEGHEL J., KROON H., « Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in the Netherlands: A 30-month randomized controlled trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol 37(2), juin 2014, pp. 129-136 ; FIORITTI A., BURNS T., HILARION P., VAN WEEGHEL J., CAPPÀ C., SUNOL R., OTTO E., « Individual placement and support in Europe », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, vol. 37, pp. 123-128 ; SVEINSDOTTIR V., LØVVIK C., FYHN T., MONSTAD K., LUDVIGSEN K., ØVERLAND S., and ENDRESEN REME S., « Protocol for the effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS): a randomized controlled multicenter trial of IPS versus treatment as usual for patients with moderate to severe mental illness in Norway », *BMC Psychiatry*, 2014, 14, 307. URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/307>

²⁰⁹ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., pp. 72 et s.

²¹⁰ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 75. Zie de studie van BURNS T., CATTY J., BECKER T., DRAKE R.E., FIORITTI A., KNAPP M. et al., op. cit.

²¹¹ Over de verschillende hulpmiddelen die werden ontwikkeld om het IPS-model te exporteren, zie BECKER D.R., DRAKE R.E., BOND G.R., « The IPS Supported Employment Learning Collaborative », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, vol. 37, n°2, pp. 79-85. Over de samenwerking tussen Nederland en het Dartmouth Psychiatric Research Center, zie MICHON H., VAN BUSSBACH J. T., STANT A. D., VAN WEEGHEL J., VAN VUGT M. D., KROON H., « Effectiveness of Individual Placement and Support for People With Severe Mental Illness in the Netherlands : A 30-Month Randomized Controlled Trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, vol. 37, pp. 129-136. Voor de online training aangeboden tegen betaling door de Dartmouth Psychiatric Research Center, zie: <http://www.dartmouthips.org/training-consultation-services/>.

behandelde mentale stoornissen, professionele rehabilitatie in het netwerk van beschutte werkplaatsen en doorverwijzing naar een psychiatrische opvolging voor mensen die volgens de sociale diensten nood hebben aan psychiatrische verzorging²¹².

Ondanks het succes van het IPS-model buiten de Verenigde Staten, zijn de resultaten op het vlak van professionele re-integratie in Europa doorgaans minder spectaculair dan in de Verenigde Staten.

4.2.2. Een beperkter effect buiten de Verenigde Staten

Hoewel het IPS-model op het vlak van professionele re-integratie efficiënter blijft dan andere professionele rehabilitatieprogramma's, zijn de resultaten opvallend verschillend tussen enerzijds de Verenigde Staten en anderzijds de andere continenten of landen buiten de Verenigde Staten waar het model werd toegepast (Canada, Australië, China en Europa). 48,3% van de gerechtigden volgens het IPS-model die buiten de Verenigde Staten wonen, zouden een competitieve job vinden, tegenover 62,1% in de Verenigde Staten²¹³. Welke criteria kunnen deze verschillen verklaren?

Een gerandomiseerde studie die betrekking heeft op verschillende Europese landen, wijt de beperkte efficiëntie van het IPS-model aan de "tewerkstellingsval", een verschijnsel dat zou worden bevorderd door de Europese regelgeving betreffende arbeid en arbeidsongeschiktheid²¹⁴.

Andere obstakels die een gepaste toepassing van het IPS-model in de weg staan, werden vermeld in verschillende Europese studies. In Zweden zouden volgens bepaalde onderzoekers de bureaucratische inertie en de gedragsobstakels de efficiënte ontwikkeling van het IPS-model hebben verhinderd.²¹⁵ Een studie die werd uitgevoerd in vier Europese

²¹² FAVRE C., SPAGNOLI D., POMINI V., « Dispositif de soutien à l'emploi pour patients psychiatriques: évaluation rétrospective », *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 2014, 165 (7), pp. 258-264.

²¹³ DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 87.

²¹⁴ BURNS T., CATTY J., BECKER T., DRAKE R.E., FIORITTI A., KNAPP M. en al., « The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness : a randomised controlled trial », *Lancet*, 2007, n°30, pp. 1146-1152.

²¹⁵ BEJERHOLM U., LARSSON L., HOFGREN C., « Individual Placement and Support illustrated in the Swedish welfare system : A case study », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2011, n°35, pp. 59-72 ; HASSON H., ANDERSSON M., BEJERHOLM U., « Barriers in implementation of evidence-based practice : Supported employment in Swedish context, *Journal of Health Organization and Management*, 2011, 25, pp. 332-345 ; DRAKE R.E., BOND G. R., BECKER D.R., *Individual Placement and Support. An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, op. cit., p. 87.

landen - het Verenigd Koninkrijk, Nederland, Spanje en Italië - geeft aan dat de opstarting van het model enige tijd in beslag neemt vanwege de diep verankerde culturele waarden die zijn verbonden aan arbeid of geestelijke gezondheid²¹⁶. Een Angelsaksische studie stelt dat het IPS-model kon worden toegepast omdat de politieke context de mensen aanzet om te werken, maar dat er tegelijk een aantal obstakels zijn die de uitvoering van het IPS-model *a priori* in de weg staan: "de angst en de vooroordelen bij de betrokkenen; een cultuur van verwachtingen zonder enige ambitie ten aanzien van mensen met problemen als gevolg van hun geestelijke gezondheid; een diep verankerde partijdigheid ten aanzien van 'opleiding en plaatsing' in het domein van de readaptatie [...] en de impact van de economische crisis"²¹⁷. Het pessimistische gedrag van de klinici of werkbegeleiders, en het weinig uitnodigende gedrag van de werkgevers, zouden de gerechtigden hebben tegengehouden om opnieuw hun kans te wagen op de arbeidsmarkt²¹⁸.

Volgens enkele Amerikaanse onderzoekers zou deze lagere efficiëntie van het IPS-model in Europa ook te maken kunnen hebben met een niet-optimale toepassing van het model, een gevolg van de gebrekkige technische bijstand en de gebrekkige opleiding van het personeel tot het IPS-model²¹⁹. Deze onderzoekers menen dat toekomstige studies zich zouden moeten toespitsen op zeer modelgetrouwe IPS-programma's die werden geëvalueerd door onafhankelijke en getrainde evaluatoren²²⁰.

Enkele studies ten slotte besluiten tot een meer gemengd effect van het IPS-model²²¹. In deze studies is het procentuele verschil tussen de IPS-groep en de controlegroep veel kleiner. Volgens verschillende onderzoekers is één van deze studies echter niet optimaal

²¹⁶ FIORITTI A., BURNS T., HILARION P., VAN WEEGHEL J., CAPPÀ C., SUNOL R., OTTO E., « Individual placement and support in Europe », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, vol. 37, pp. 123-128.

²¹⁷ SCHNEIDER J., « Emploi et inclusion sociale : application du principe et réalité de la pratique » in GREACEN T., JOUET E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Editions Erès, 2012, p. 214. Over de obstakels, zie de studie van RINALDI M., LILLER L., PERKINS R., « Implementing the individual placement and support (IPS) approach for people with mental health conditions in England », *International Review of Psychiatry*, 2010, 22, pp. 163-172.

²¹⁸ BOARDMAN J., RINALDI M., « Difficulties in implementing supported employment for people with severe mental health problems », *The British Journal of Psychiatry*, 2013, n°203, pp. 247-249.

²¹⁹ BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *op. cit.*, p. 37.

²²⁰ *Ibidem*.

²²¹ LEHMAN A.F., GOLDBERG R.W., DIXON L.B., McNARY S., POSTRADO L., HACKMAN A., McDONNELL, « Improving employment outcomes for persons with severe mental illness », *Archives of General Psychiatry*, 2002, 59, pp. 165-172 ; HESLIN M., HOWARD L., LEESE M., McCURONE P., RICE C., JARRETT M., SPOKES T., HUXLEY P., THORNICROFT G., « Randomized controlled trial of supported employment in England : 2 year follow-up of the Supported Work and Needs », *World Psychiatry*, 2011, n°10, pp. 132-137.

omdat het IPS-model in de regio's waar de studie werd uitgevoerd slecht werd toegepast²²².

4.2.3. Nog te controleren elementen

In 2014 bleek uit een studie over het IPS-model dat voor een analyse van de loopbaan van de begunstigden van het IPS-model nog meer onderzoek zou moeten worden verricht²²³. In de toekomst achten wij het nuttig om systematisch te kijken welke jobs er zijn weggelegd voor personen die het IPS-model hebben gevolgd²²⁴. Bovendien zou moeten worden nagegaan of in elke gerandomiseerde studie enkel mensen van wie de ziekte gestabiliseerd was konden worden opgenomen in de steekproef, om te kijken hoe het criterium "zero exclusion" wordt toegepast. Dit element zou nader moeten worden onderzocht om na te gaan of de onderzoekresultaten verschillen naargelang de mentale stoornis waaraan de persoon lijdt²²⁵. Een andere kwestie die nog zou moeten worden onderzocht, is welke principes van het IPS-model het vaakst worden toegepast en van welke de toepassing meer problemen oplevert. In 2000 benadrukte een studie dat de principes snelle plaatsing en betaald werk moeilijk zijn toe te passen in Europa²²⁶.

Enkele studies maken ook melding van resultaten van het IPS-model buiten de werksfeer,

²²² De studie van Heslin M. et al. werd bekritiseerd door K. Campbell (« Employment rates for people with severe mental illness in the UK not improved by 1 year's individual placement and support », *Evidence-Based Mental Health*, 13 (4), 114) et E. Latimer (« An effective intervention delivered at sub-therapeutic dose becomes an ineffective intervention », *British Journal of Psychiatry*, 196, pp. 341-342).

²²³ LUCIANO A., DRAKE R.E., BOND G.R., BECKER D.R., CARPENTER-SONG E., LORD S., SWARBRICK P., SWANSON S.J., « Evidence-based supported employment for people with severe mental illness: Past, current, and future research », *op. cit.*, p. 6.

²²⁴ Men zou moeten nagaan in hoeverre deze analyses al dan niet rekening houden met jobs in de niet-competitieve sector. De aanhangers van het IPS-model zijn echter duidelijk gekant tegen niet-competitieve banen: die zijn duurder en hebben buiten het werk minder positieve effecten dan competitieve banen. Zie BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *op. cit.*, p. 37.

²²⁵ Volgens Bond, Drake en Becker was dit criterium slechts vereist in 1 van de 15 studies. Slechts één studie van *Los Angeles* zou een periode van twee of drie maanden stabilisatie van de ziekte hebben vereist. Voor de studie van Los Angeles, zie NUECHTERLEIN K.H., SUBOTNIK K.L., TURNER L.R. en al., « Individual Placement and Support for individuals with recent-onset schizophrenia: integrating supported education and supported employment », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008, vol. 31, pp. 340-349. Over deze studie, lees : BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *op. cit.*, p. 34. Meer recentelijk : MICHON H., VAN BUSSBACH J. T., STANT A. D., VAN WEEGHEL J., VAN VUGT M. D., KROON H., « Effectiveness of Individual Placement and Support for People With Severe Mental Illness in the Netherlands : A 30-Month Randomized Controlled Trial », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2014, vol. 37, pp. 129-136.

²²⁶ VAN AUDENHOVE Ch., VAN ROMPAEY I., DE COSTER I., LISSENS G., *Op weg naar werk. Werkvoorbereiding en werkbegeleiding in de Geestelijke Gezondheidszorg*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2000 geciteerd in JAEGERE V, KNAEPS J., DE GROOF M., DE COSTER I., DESMET A., VAN AUDENHOVE C., « Integratie Begeleid Werken en Begeleid Leren : een transnationaal project », Studierapport van KULEUVEN, Lucas, december 2011.

maar ze blijven zeldzaam. Ze evalueerden doorgaans de impact van het IPS-model op de kwaliteit van leven van de patiënten die het IPS-model volgen, de persistentie van hun psychiatrische symptomen of het aantal hospitalisaties in de psychiatrie. In dit opzicht ontbreekt het aan studies die de IPS-programma's vergelijken met de andere professionele re-integratieprogramma's²²⁷. Een Europese studie stelde echter vast dat het aantal hospitalisaties van mensen met psychiatrische stoornissen afneemt als ze het IPS-programma volgen²²⁸. Het feit dat mensen die het IPS-programma volgen een job vinden, zou bovendien worden gecorreleerd aan een beter globaal functioneren (zelfbeeld, kwaliteit van leven, controle van de symptomen, enz.)²²⁹. Dat effect zou echter eerder worden verklaard door het feit dat ze een job hebben gevonden, dan door het feit dat ze een specifiek programma hebben gevolgd. Ook een Nederlandse studie gaat in die richting: het vinden van "regulier" werk voor de patiënt wordt geassocieerd met een positieve impact op de geestelijke gezondheid, het zelfbeeld en de kwaliteit van leven²³⁰.

Ook zou moeten worden nagegaan of het IPS-model de begunstigen toegang biedt tot betere jobs of betere arbeidsomstandigheden op lange termijn, door het effect te meten van de onbeperkte begeleiding en het snel zoeken van werk op de gewone arbeidsmarkt. Men zou moeten kijken in welke sectoren de deelnemers aan het IPS-model het vaakst terechtkomen en in welke omstandigheden ze moeten werken (werkrooster, loon, welzijn op het werk, jobbehoud). Het zou ook opportuun kunnen zijn om de impact van de arbeidsmarkt en de werkloosheid op de efficiëntie van het model te meten.

4.3. Het IPS-model in België

In België kaderen de meeste professionele re-integratieprogramma's voor mensen met mentale stoornissen in een "Train-then-Place"-benadering (eerst opleiden, dan plaatsen). Het feit dat steeds vaker een *job coach* wordt aangesteld, wijst echter op een zekere evolutie naar het "Place-then-Train"-model. Bovendien doen enkele Belgische projecten uitdrukkelijk een beroep op het IPS-model. Over deze projecten zullen we het in dit deel hebben. Het IPS-model bestaat al heel plaatselijk in Wallonië (4.3.1.) en wordt aangehaald in enkele handleidingen van de Vlaamse overheid (4.3.2.). Na een voorstelling van deze projecten,

²²⁷ BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *op. cit.*, pp. 70-71.

²²⁸ BURNS T., CATTY J., « IPS in Europe : The EQOLISE trial », *op. cit.*, p. 316.

²²⁹ Zie *ibidem* en BOND G.R., DRAKE R.E., BECKER D.R., « Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US », *op. cit.*, p. 68.

²³⁰ MICHON H., VAN BUSSBACH J. T., STANT A. D., VAN WEEGHEL J., VAN VUGT M. D., KROON H., « Effectiveness of Individual Placement and Support for People With Severe Mental Illness in the Netherlands : A 30-Month Randomized Controlled Trial », *op. cit.*

bespreken we nog de mogelijkheid om het IPS-model te transponeren in België (4.3.3.).

4.3.1. Het IPS-model in Wallonië

De Espace Socrate is, volgens ons onderzoek, de enige plaats in Wallonië waar uitdrukkelijk wordt verwezen naar het IPS-model.

In het universitair ziekenhuiscentrum (CHU) van Charleroi richtte psychiater Guy Deleu in 1991 de dienst Socrate-Réhabilitation op met het doel de internationale benaderingen op het vlak van "psychiatrische rehabilitatie" toegankelijk te maken voor het Franstalige publiek²³¹. *Psychiatrische rehabilitatie* beperkt zich niet uitsluitend tot professionele re-integratie, maar is "een geheel van fasen en activiteiten die de persoon [met ernstige psychiatrische ongeschiktheid] helpen om zijn re-integratiedoelen te bereiken met de steun van zijn rehabilitatieadviseur. Dit traject is niet lineair en de activiteiten worden gekozen volgens de situatie en de behoeften van de persoon"²³². Begin jaren 90 werd dit model van Angelsaksische origine door de psychiater en andere collega's geïmporteerd in de Franstalige wereld, meer bepaald in Wallonië, Lausanne en Lyon. De methode is opgebouwd rond vier kernwaarden: de rehabilitatie moet gericht zijn op de persoon, hij moet potentieel bieden om vooruitgang te boeken (er moet dus hoop zijn) - de diensten moeten "verder kijken" dan alleen de stabilisatie van de medische toestand van de persoon -, de persoon moet zelfbeschikkingsrecht hebben om zeker te zijn dat hij de doelstellingen en methodes om die te bereiken zelf kiest en, ten slotte, er moet een partnerschap worden gecreëerd tussen de persoon en de patiënten die in zijn instelling terecht komen (dit noemen we tegenwoordig "ervaringsdeskundigen")²³³.

Pas in 2010 besloot psychiater Deleu, na een reis naar Montreal, om het IPS-model uit te testen in het kader van de benadering *Choose-Get-Keep* van de universiteit van Boston, die bepaalde doelstellingen van het IPS-model versoepelt en aanvaardt dat "voor sommige mensen aangepast werk de voorkeur geniet"²³⁴.

²³¹ Zie DELEU G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, Socrate Editions Promarex, Charleroi, 2012.

²³² Zie de definitie in VALLET C., « Socrate Réhabilitation. Le soutien en emploi de personnes avec des troubles psychiatriques », *Cahier Labiso*, n°132, p. 5. Voor de grondslagen van deze methode, zie: CORRIGAN P. W., MUESER K.T., BOND G.R., DRAKE R.E., SOLOMON P., *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation : An Empirical Approach*, New York, Guilford Press, 2007.

²³³ Het betreft de kernwaarden van de methode zoals ze werden ontwikkeld aan de universiteit van Boston. Zie FARKAS M. Postface in DELEU G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, op. cit., pp. 110-111.

²³⁴ DELEU G., *Où nous mène la Réhabilitation Psychiatrique*, op. cit., p. 72.

In augustus 2015 is het project nog niet bestendig: omdat het niet voldoet aan de criteria om als centrum voor functionele rehabilitatie te worden beschouwd, wordt de Espace Socrate momenteel niet gefinancierd door het RIZIV maar door het CHU van Charleroi, de uitgeverij (Socrate Editions Promarex) en het opleidingscentrum van de Espace Socrate (Socrate-Formation). Bijgevolg genieten de medewerkers die binnen de Espace Socrate een IPS-opleiding krijgen, geen werkzekerheid.

Hoewel het IPS-model dus enigszins is aangepast, wil de Espace Socrate het model strikt toepassen. De arbeidsspecialisten werken bijvoorbeeld "geïntegreerd" samen met de gezondheidsdiensten; een bepaald type ziekte is geen uitsluitingscriterium, maar om te kunnen deelnemen aan het programma moet de persoon worden opgevolgd door een psychiater²³⁵; de persoon krijgt advies over zijn sociale rechten en elke arbeidsspecialist besteedt verschillende uren aan het zoeken naar werk (dit noemen we "job development"), ook als dat niet zo evident is. De begeleiding heeft geen beperkte duur; het zoeken van werk gebeurt snel en er wordt rekening gehouden met de voorkeuren van de persoon. De persoon wordt dus niet geplaatst op basis van het beschikbare jobaanbod, maar op basis van zijn competenties, zijn sterke punten en zijn wensen. Het project geniet een zeker succes bij de RIZIV-verzekerde patiënten met een invaliditeitsuitkering: zij maken bijna de helft uit van het aantal begunstigen van een begeleiding door de Espace Socrate. Bovendien komen heel wat *jobcoaches* een opleiding volgen in de Espace Socrate.

Van in het begin wordt het team van de Espace Socrate om de drie maanden geëvalueerd door het Douglas-instituut in Montreal²³⁶. In juni 2015 vond de tweede evaluatie plaats. De deskundigen van het instituut evalueerden het programma volgens de IPS-modeltrouwschaal.

Volgens G. Deleu moet het programma nog enkele verbeteringen ondergaan, met name de job development stuit nog op bepaalde limieten (economische crisis, de bescherming van het recht op arbeid laat bij de aanwerving niet dezelfde flexibiliteit toe als in andere landen) of de communicatie met bepaalde psychiaters kan beter. Of die verbeteringen er komen hangt niet af van de Espace Socrate zelf, maar van verschillende externe factoren (economische toestand van het land, reglementering waardoor meer mensen met ernstige mentale stoornissen kunnen worden aangeworven, reglementering waarbij arbeidsongeschiktheid en gedeeltelijke werkhervatting kunnen worden gecombineerd, *enz.*).

²³⁵ Dat betekent niet dat de persoon zijn ziekte aanvaardt of erkent, of zelfs niet dat hij er medicatie voor neemt. Hij moet wel bereid zijn om zich te laten opvolgen door een psychiater.

²³⁶ VALLET C., « Socrate Réhabilitation. Le soutien en emploi de personnes avec des troubles psychiatriques », *op. cit.*, p. 16.

Volgens de statistieken van de Espace Socrate over de jaren 2012 tot 2014, vinden mensen met mentale stoornissen die worden opgevolgd door de Espace slechts zelden een job op de "gewone" arbeidsmarkt. Tussen 2012 en 2014 kreeg slechts 1 tot 4% een contract van bepaalde of onbepaalde duur. Daarbij komt dat bepaalde instrumenten - zoals het beroepsherscholingscontract - toegang tot de gewone arbeidsmarkt bieden gedurende één tot drie jaar als de handicap erkend is. In dit opzicht dient opgemerkt te worden dat 65% van de mensen die door de Espace Socrate worden gevolgd deze erkenning heeft gekregen via een organisatie voor personen met een handicap. Zelfs binnen de Espace Socrate blijven de opleidingen en jobs in beschutte werkplaatsen frequent, wat vragen doet rijzen over de efficiëntie van het IPS-model. Hoewel de organisatoren de voorkeur geven aan de competitieve arbeidsmarkt, zijn er verschillende moeilijkheden die het succes van het model nog in de weg staan.

Er zijn bijvoorbeeld problemen in verband met het advies over de sociale uitkeringen. Het is moeilijk om een gerechtigde te verzekeren dat aan de werkhervatting geen risico verbonden is. Overigens hebben een aantal hervormingen, zoals die van de activering van arbeidsongeschikte personen in het domein van de werkloosheidsverzekering, in een aantal gevallen het re-integratieproject onderbroken omdat de deelnemers bang waren om hun uitkering te verliezen.

4.3.2. Het IPS-model in Vlaanderen

De Vlaamse overheid lanceerde het programma *Werk Werkt!*²³⁷ Dat werd ontwikkeld in Asse, Halle en Vilvoorde. De partners van het project zijn: het centrum voor geestelijke gezondheid Ahasverus, de gespecialiseerde opleidings-, begeleidings- en bemiddelingsdienst *GOB*, het centrum voor Vroege Detectie en Interventie van psychose (VDIP), de *GTB*, de *VDAB* en het onderzoekscentrum LUCAS van de KULeuven.

De toelichtende brochure van het programma *Werk Werkt!* vermeldt de 8 principes van het IPS-model (zonder er uitdrukkelijk naar te verwijzen), zij het soms in aangepaste vorm. Bedoeling is niet om het IPS-model heel getrouw toe te passen, maar om een model van *Supported Employment* te hanteren dat de Place-then-Train-benadering bevordert. Het verstrekken van gepersonaliseerd advies over de sociale rechten bijvoorbeeld, wordt niet

²³⁷ Zie voor alle informatie over dit programma het werkschrift n° 5 van *GTB* genoemd "Werk werkt! », geschreven door J. KNAEPS, beschikbaar op de website van *GTB*, gepubliceerd in november 2013, geraadpleegd op het 1^{ste} februari 2015. URL : http://www.gtb-vlaanderen.be/docs/default-source/default-document-library/gtb_werkschrift5_web.pdf?sfvrsn=2

vermeld in de documenten over het programma *Werk Werkt !*. Dit principe werd echter pas toegevoegd na de verschillende evaluaties van het Amerikaanse model.

De criteria van het IPS-model zijn in het werkschrift als volgt vermeld:

1/ Geen exclusiecriteria: iedereen die wil werken of studeren, kan een beroep doen op *Werk Werkt !*

2/ Individuele diensten: de wens en de voorkeuren van de persoon staan centraal in het programma.

3/ Regulier betaalde banen (minstens het minimumloon) en inclusief werk zijn een doelstelling van het programma. De meeste collega's hebben geen psychische problemen. *Arbeidszorg* of vrijwilligerswerk kunnen tussenstappen zijn, maar worden als uitzonderingen beschouwd en moeten normaal gezien beperkt zijn in de tijd.

4/ Snelle zoektocht naar werk. Binnen één maand - en meestal binnen twee weken - wordt de zoektocht naar werk gestart samen met de persoon. Men wil niet per se "snel werk vinden", maar wel "snel de zoektocht naar werk starten".

5/ De ondersteuning gebeurt op de werkplek zelf, volgens de filosofie "Place-then-Train". Indien nodig wordt ook begeleiding voorzien tussen thuis en werk.

6/ Langdurige ondersteuning.

7/ Samenwerking met de werkgevers (ook op de werkvloer). De begeleider tracht de problemen op te lossen of beantwoordt de vragen van de werkgever en de collega's.

8/ Integratie arbeid en geestelijke gezondheidszorg. De beide diensten moeten intensief samenwerken: twee keer per week is er formeel overleg. Ook andere samenwerkingsmogelijkheden worden uitgewerkt. Voor het doorgeven en delen van bepaalde informatie is het akkoord van de klant vereist.

Het programma *Werk Werkt !* omvat een vorm van begeleid werken (*Supported Employment*) en begeleid leren (*Supported Education*). Het onderscheidt zich van de programma's voor werk in een beschutte werkplaats of *arbeidszorg*. De Vlaamse overheid heeft het IPS-model onderzocht, met name tijdens bezoeken aan buurland Nederland waar het model wordt toegepast²³⁸. Daarnaast haalt het programma *Werk Werkt !* zijn inspiratie uit het Australische programma VETE, dat de diensten arbeid en zorg integreert en de bijzonderheid heeft dat het zowel werkt rond arbeid als rond onderwijs.

²³⁸ Zie het *Kenniscentrum Phrenos* dat de kennis in het domein van het persoonlijke herstel van mensen met een ernstige mentale stoornis wil ontwikkelen en de maatschappelijke participatie van deze mensen wil promoten. URL : <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/implementatietrajecten/ips/>

De brochure over het programma *Werk Werkt!* bevat een aantal praktische tips waarmee elke adviseur de doelstelling van het programma kan begrijpen en de principes in kwestie kan toepassen. Er worden specifieke taken toegekend aan vier soorten actoren die nauw met elkaar samenwerken: de arbeidsspecialist (*Casemanager Werk* die vooral afkomstig is van de *GTB*), de arbeidstherapeut (*Casemanager Welzijn*), de arts of assistent die zich bezighoudt met de gezondheid van de gerechtigde (*GGZ-hulpverlener*) en de studiebegeleider die de overgang van 'student' naar 'werk' voorbereidt (*Casemanager Onderwijs*). Een coördinator begeleidt de *Casemanagers* van elk thema: een "werkcoördinator" coördineert de werkzaamheden van de arbeidsspecialisten, een "GGZ-coördinator" die van de arbeidstherapeuten, de artsen en assistenten die zich bezighouden met de gezondheid van de gerechtigde en een "onderwijscoördinator" coördineert de werkzaamheden van de studiebegeleiders en de leerkrachten.

Een supervisor coördineert bovendien de verschillende diensten, helpt de *casemanagers* bij de uitvoering van hun taken en controleert of de principes correct worden toegepast. Hij kan de problemen die zich voordoen ook signaleren aan een stuurgroep die is samengesteld uit de verschillende coördinatoren en zich tot doel stelt de gang van zaken binnen het programma en de uitbreiding ervan te bespreken.

Om de toepassing van het model te evalueren, geeft de brochure enkele aanbevelingen, waaronder het gebruik van de IPS-modeltrouwschaal²³⁹. Ook wordt voorgesteld om de evolutie van de algemene gezondheidstoestand van de persoon te evalueren, evenals de soorten jobs die hij heeft gevonden en kon behouden.

Het dient benadrukt te worden dat dit pioniersproject net als andere studies aangaande de psychiatrische rehabilitatie van personen met mentale stoornissen, werd gerealiseerd met de steun van de wetenschappelijke gemeenschap, vooral met de hulp van het onderzoekscentrum LUCAS van de KULeuven.

Ook de *VDAB* deed een beroep op dit centrum met de vraag om na te gaan welke wetenschappelijke praktijken de werkhervattingsmogelijkheden van mensen met mentale stoornissen kunnen verhogen²⁴⁰. J. Knaeps, A. De Smet en C. Van Audenhove van het

²³⁹ Voor de evaluatie van de IPS-programma's werd een tool ontwikkeld door het U.S. Department of Health and Human Services. URL : <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA08-4365/EvaluatingYourProgram-SE.pdf>

²⁴⁰ Zie KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 1 : Ernstige psychische aandoeningen en regulier betaald werk », werknota, maart 2011, p. 11. Zie ook de andere rapporten van dit onderzoek: KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 2: Ernstige psychiatrische

onderzoekscentrum bogen zich in dit kader over het IPS-model dat ze kwalitatief evalueerden door aan de hand van gesprekken met een aantal begeleiders van verschillende instanties na te gaan in hoeverre hun praktijken aansluiten bij het IPS-model. In 2011 concludeerden ze dat de principes van het IPS-model het best worden toegepast door de Gespecialiseerde Opleidings-, Begeleidings- en Bemiddelingsdienst (GOB). Kortom, sommige instanties die in theorie de benadering "Train-then-place" volgen, vertonen gelijkenissen met het model dat zich toespitst op "Place-then-train". Op de tweede plaats, dus na de GOB, staat de GTB.

J. Knaeps, A. De Smet en C. Van Audenhove menen ook dat de diensten voor arbeidsbemiddeling van de Vlaamse overheid weliswaar rekening houden met de voorkeuren van de gerechtigden, maar dat ze nog heel wat inspanningen moeten verrichten om enerzijds te komen tot een betere integratie van werk en geestelijke gezondheidszorg en anderzijds de gerechtigden te helpen om betaald werk te vinden in het gewone arbeidscircuit²⁴¹. Ook benadrukken ze dat de werkgevers moeten worden gesensibiliseerd tot een continu en functioneel assessment van de persoon en dat de caseload van de begeleider moet worden verminderd om een zo intensief mogelijke begeleiding te kunnen bieden²⁴².

Na deze voorstelling van twee lokale experimenten, moeten we ons afvragen of het IPS-model kan worden getransponeerd in België.

4.3.3. Een ruimere transponering van het IPS-model voor de RIZIV-verzekerde patiënten?

In de beschrijving van de verschillende re-integratieparcours voor RIZIV-verzekerde patiënten, blijkt uit verschillende elementen dat het IPS-model in België momenteel niet wordt bevoorrecht, en wel om verschillende redenen:

aandoeningen en regulier betaald werk: Perceptie van begeleiders », werknota, maart 2011, LUCAS-KU Leuven ; KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 3: Ernstige psychiatrische aandoeningen en regulier betaald werk: effectieve principes in de Vlaamse praktijk », werknota, maart 2011, LUCAS-KU Leuven ; KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 4: Arbeidstrajectbegeleider en de begeleiding van de MMPP-doelgroep: randvoorwaarden voor goede begeleiding, kennis en attitude », werknota, maart 2011, LUCAS-KU Leuven ; VAN AUDENHOVE A., KNAEPS J., « Begeleiding van personen met psychische kwetsbaarheid naar regulier werk : Aanbevelingen », LUCAS-KU Leuven, 2012.

²⁴¹ KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 3: Ernstige psychiatrische aandoeningen en regulier betaald werk: effectieve principes in de Vlaamse praktijk », werknota, maart 2011, LUCAS-KU Leuven, p. 3, p 20 et p. 21 et VAN AUDENHOVE A., KNAEPS J., « Begeleiding van personen met psychische kwetsbaarheid naar regulier werk : Aanbevelingen », LUCAS-KU Leuven, 2012, pp. 3-4.

²⁴² *Ibidem*.

- De adviserend geneesheer kan een gerechtigde verhinderen om op zoek te gaan naar een nieuwe job (de beslissing tot weigering kan zelfs worden betekend na de werkhervatting). De Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (HCGRI) kan weliswaar controleren of deze weigering gegrond is, maar de behandelingstermijn van de aanvragen wordt door de terreinwerkers vaak veel te lang geacht.
- De samenwerking tussen de gezondheidsdiensten en de arbeids-/professionele rehabilitatiediensten is nog te beperkt.
- De actoren die de gerechtigden begeleiden werken hoofdzakelijk volgens de "Train-then-Place"-modellen. Bovendien is het rehabilitatieplan vandaag nog te sterk verankerd in deze benadering (oriëntatie -opleiding - re-integratie). Volgens de aanhangers van het IPS-model, laat dit plan - dat werd vastgesteld en goedgekeurd door de HCGRI - niet toe om voldoende rekening te houden met de evolutie van de personen.
- De begeleiding van de gerechtigden is beperkt in de tijd (er bestaan enkele relais, maar die worden niet systematisch toegepast),
- De gerechtigde krijgt niet altijd duidelijke garanties over het behoud van zijn uitkeringen en wordt onvoldoende gestimuleerd om weer aan het werk te gaan,
- Werken wordt te weinig betaald. Het bedrag van de uitkeringen ligt vaak hoger dan het loon, wat de tewerkstellingsval kan bevorderen.
- De reglementering inzake deeltijds werk is volgens verschillende terreinwerkers te weinig flexibel.
- Sommige werkgevers worden door bepaalde organisaties gesensibiliseerd tot de problematiek van geestelijke gezondheid en mentale stoornissen, maar deze sensibilisering blijft doorgaans zeer beperkt, net als de verplichtingen voor de werkgevers om deze werknemers te re-integreren.

Kortom, in heel wat opzichten blijkt uit verschillende elementen dat de bestaande begeleidingsstructuren de gerechtigde niet voldoende garanties bieden. Hij heeft geen zekerheden als hij weer aan het werk gaat, wat de implementatie van het IPS-model aanzienlijk belemmert.

Uit andere elementen blijkt dan weer dat België een vruchtbare bodem zou kunnen zijn voor het IPS-model:

- De taak van de *jobcoach*, een functie die het RIZIV enkele jaren geleden introduceerde, sluit aan bij de taak van de IPS-werker.
- Binnenkort organiseert het RIZIV een opleiding *Disability Management* die de kennis van de terreinwerkers (vooral van de administratieve krachten) over de werking van het systeem van de sociale uitkeringen en vooral over de voorwaarden voor de toekenning van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen zal verbeteren²⁴³. Deze opleiding zal echter bepaalde situaties van juridische onzekerheid, zoals de gerechtigden die vandaag kennen, niet kunnen oplossen. We zullen deze kwestie nader bespreken in het deel over de algemene aanbevelingen.
- De arbeidsdiensten werken al in verschillende opzichten samen met de gezondheidsdiensten. Dat is ook nodig om het IPS-model te kunnen toepassen. In dit opzicht stelt een Vlaamse studie dat de samenwerking tussen de arbeidsdiensten en de gezondheidsdiensten enerzijds, en tussen de arbeidsdiensten en de werkgevers anderzijds, van kapitaal belang is om de angst van de gebruikers om snel werk te zoeken weg te nemen en een einde te stellen aan de misvatting dat een snelle werkhervatting gedoemd is om te mislukken als er geen lange voorbereiding aan vooraf is gegaan²⁴⁴.

In Vlaanderen zal deze samenwerking binnenkort structureel worden. De Vlaamse overheid heeft de geïntegreerde werk- en zorgtrajecten immers bij decreet vastgelegd²⁴⁵.

- Het feit dat de wetgeving inzake het welzijn op het werk geleidelijk aan versterkt wordt, kan een van de garanties zijn om het recidiefrisico in het kader van het

²⁴³ De dienst uitkeringen heeft een licentieovereenkomst gesloten met het Canadese instituut *National Institute for Disability Management and Research* (NIDMAR) teneinde de opleiding "Disability Management" (en haar certificatie) te organiseren in België. Een pilootproject zal begin 2016 van start gaan.

²⁴⁴ KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE C, « The IPS Fidelity Scale as a Guideline to Implement Supported Employment », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2012, 37(1), p. 21.

²⁴⁵ Zie de voorstelling van het decreet van 25 april 2014 houdende de werk- en zorgtrajecten in kader B.

werk te vermijden. Toch moeten in dit stadium nog heel wat elementen verder worden uitgewerkt om deze wetgeving efficiënter te maken²⁴⁶.

- Sommige organisaties die *a priori* een "Train-then-Place"-benadering volgen, lijken al enkele principes van het IPS-model toe te passen en dus impliciet te opteren voor een "Place-then-Train"-filosofie.

Als het IPS-model in België zou worden gelanceerd, zou ten slotte aan enkele "voorvereisten" moeten worden voldaan:

- Het IPS-model zou moeten worden geëvalueerd van bij de start van het pilootproject, meer bepaald in de vorm van een *randomized controlled trial* die de toepassing van het IPS-model in België kan objectiveren²⁴⁷,
- Het sociale statuut van de persoon moet tijdens zijn hele professionele re-integratietraject duidelijk worden toegelicht (recidief van de gerechtigde moet worden voorzien). Vandaag gebeurt het dat een gerechtigde van verschillende gesprekspartners verschillende, soms ronduit tegenstrijdige informatie krijgt²⁴⁸. Het is logisch dat hij aarzelt om weer aan het werk te gaan als hij niet zeker is dat hij minstens hetzelfde loon zal behouden als wanneer hij niet werkt, en dat hij hetzelfde sociale statuut terugkrijgt zodra hij zijn job opgeeft.
- De werkgevers moeten worden aangemoedigd om mensen met mentale stoornissen aan te werven en met vragen over de betekenis van mentale stoornissen (als ze er weet van hebben) moeten ze terecht kunnen bij bepaalde structuren. Ook moeten er meer jobs bereikbaar worden voor mensen met mentale stoornissen, zonder echter aan positieve discriminatie te doen die eveneens stigmatiserend werkt. Daarvoor moet de reglementering worden herzien en moeten er bepaalde innoverende systemen worden ingevoerd. We

²⁴⁶ Zie de algemene aanbevelingen.

²⁴⁷ In die context is het belangrijk dat de toepassing in België heel modelgetrouw is, zoals voorgeschreven door de Amerikaanse auteurs. In Engeland werd een RCT-studie fel bekritiseerd vanwege een weinig modelgetrouwe toepassing. Voor een protocol voor de evaluatie van de effecten van het IPS-model in het kader van een gerandomiseerde studie, zie SVEINSDOTTIR V., LØVVIK C., FYHN T., MONSTAD K., LUDVIGSEN K., ØVERLAND S., and ENDRESEN REME S., « Protocol for the effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS): a randomized controlled multicenter trial of IPS versus treatment as usual for patients with moderate to severe mental illness in Norway », *BMC Psychiatry*, 2014, 14, 307. URL : <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/307>

²⁴⁸ Deze informatie is afkomstig uit Vlaanderen. Zie o.a. KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 2: Ernstige psychiatrische aandoeningen en regulier betaald werk: Perceptie van begeleiders », werknota, maart 2011, LUCAS-KU Leuven, p. 23.

verwijzen in dit opzicht naar de algemene aanbevelingen.

- Als het IPS-model wordt ingevoerd, moeten de begeleiders snel en correct worden opgeleid. Hun professionalisme is essentieel om het succes van een dergelijk project te garanderen.

5. Analyse van enkele buitenlandse hervormingen in de professionele re-integratie van mensen met mentale stoornissen

Zonder volledig te willen zijn, geven we in dit deel een selectie van enkele buitenlandse praktijken waarop België zich zou kunnen inspireren. De laatste jaren toont vooral de OESO interesse voor deze kwestie. We citeren in dit deel dan ook uitvoerig uit de rapporten van deze internationale organisatie. In het buitenland wordt heel vaak verwezen naar het IPS-model. We zullen daar niet meer in detail op terugkomen aangezien het al aan bod kwam in een vorig deel. In de mate dat de Belgische overheid enkele goede praktijken uit het buitenland zou willen overnemen, is het ten slotte opportuun om de efficiëntie ervan in het buitenland te bekijken en na te gaan of ze kunnen worden getransponeerd op het Belgische grondgebied.

5.1. Een structuur die *supported employment* bevordert

Zoals reeds gezegd doet België nog weinig aan *supported employment*. De begeleiding van mensen met mentale stoornissen kadert in ons land nog vooral in de "Train-then-Place"-benadering. Uit de bestaande onderzoeken blijkt echter dat het "Place-then-Train"-model in meer dan één opzicht veelbelovend is. In België vinden we echter geen enkel overheidsstructuur die een dergelijke begeleiding financieel haalbaar maakt. Daarentegen worden er wel meer en meer *jobcoaches* aangesteld, hetzij in het kader van de projecten artikel 107 die echter veelal pilootprojecten blijven, hetzij in de organisaties voor personen met een handicap. Toch blijft het aantal van deze *jobcoaches* uiteindelijk zeer beperkt.

Andere Europese landen hebben wel een structuur ontwikkeld om supported employment leefbaar te maken. Oostenrijk, Noorwegen en Zweden bijvoorbeeld ontwikkelden een specifieke structuur voor de financiering en reglementering van supported employment²⁴⁹.

De Zweedse dienst voor arbeidsbemiddeling lanceerde een programma van *jobcoaches* (SIUS genoemd) dat bestemd is voor langdurig werklozen²⁵⁰. Het programma wordt gefinancierd door de overheid, soms aangevuld met lokale financieringen en steun van het Europees sociaal fonds²⁵¹. Mensen met mentale stoornissen, ook invaliden, nemen vaak deel aan dit programma maar vormen niet de enige doelgroep. Volgens de OESO zou het programma echter meer op hen kunnen worden toegespitst²⁵².

Concreet heeft het programma een looptijd van drie maanden. Het is bedoeld om de werkzoekende te helpen om zich weer te integreren op de arbeidsmarkt, de werkgever te adviseren over de manier waarop hij deze personen moet re-integreren en hem te informeren over de psychosociale uitdagingen waarmee hij kan worden geconfronteerd op de werkvloer²⁵³. Tussen de werkgever, de *jobcoach* en de werkzoekende wordt een re-integratieplan uitgewerkt dat tijdens de twee volgende vergaderingen wordt geëvalueerd. Telefonische bijstand wordt voorzien om de vragen van de werkgever te beantwoorden. In 2009 telde Zweden 325 *jobcoaches* en was 51% van de opgevolgde personen gere-integreerd op de arbeidsmarkt. In 2015 is het aantal *jobcoaches* opgelopen tot ongeveer 500²⁵⁴. Een *jobcoach* zou jaarlijks 15 nieuwe gerechtigden moeten begeleiden en op lange termijn in totaal 30 cases moeten opvolgen. Het loon van de werknemer wordt tijdens de duur van het programma betaald door de overheid, waarna de werkgever het overneemt. In dat laatste geval wordt het loon soms aangevuld met een loonsubsidie of een tussenkomst van de invaliditeitsverzekering²⁵⁵.

Een ander land dat een structuur heeft ingevoerd ten behoeve van supported employment, is Noorwegen. Via het ministerie van Werkgelegenheid werd de functie van *jobcoach* geïnstitutionaliseerd. De *jobcoaches* werken onder de arbeidsbemiddelings- en gezondheidsdiensten in het kader van het programma *Arbeid met bistand* (of *AB-initiative*).

²⁴⁹ Studierapport COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 7.

²⁵⁰ OESO, *Mental Health and Work: Sweden*, Paris, 2013, p. 105.

²⁵¹ Ook enkele NGO's kunnen het programma ondersteunen. Zie de studierapport COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 158.

²⁵² OESO, *Mental Health and Work: Sweden*, *op. cit.*, p. 108.

²⁵³ *Ibid.*, p. 105.

²⁵⁴ Studierapport COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 156.

²⁵⁵ *Ibidem*.

In het Noorse parlement werd over deze kwestie een bezinning gestart²⁵⁶. Het pilootproject ging in 1992 van start en werd in 1996 geïnstitutionaliseerd²⁵⁷. Aanvankelijk was het gebaseerd op drie principes²⁵⁸: *ten eerste* moet de werkopleiding worden verstrekt op de gewone werkvloer. *Ten tweede* moeten financiële subsidies een uitzondering zijn en niet de regel²⁵⁹. *Ten derde* moeten de diensten niet alleen de werknemer met een arbeidshandicap begeleiden, maar ook zijn collega's en de werkgever opdat de werknemer erin zou slagen om een job te vinden en die ook te behouden. Tijdens de duur van het pilootproject werden er 40 *jobcoaches* aangeworven. In 2000 was dat aantal opgelopen tot 260 en in 2002 tot 410²⁶⁰. In 2002 volgde elke *jobcoach* 6 tot 10 personen tegelijk²⁶¹. In 2002 was het programma toegankelijk voor 2460 personen²⁶². Het werd gelanceerd voor iedereen die een arbeidshandicap heeft of zich in een moeilijke sociale situatie bevindt. Bedoeling is om die mensen te helpen die het meest begeleiding nodig hebben om betaald werk te vinden op de gewone arbeidsmarkt²⁶³. De deelnemers worden meestal begeleid gedurende drie jaar, maar die periode kan worden verlengd voor onder meer mensen met mentale stoornissen²⁶⁴. Het programma werd geëvalueerd als bijzonder gunstig voor deze personen²⁶⁵. Het loon van de werknemer wordt betaald door de werkgever en wordt soms gecompenseerd door een loonsubsidie en aangevuld met een invaliditeitsuitkering. Het programma *Arbeid met bistand* is een van de beste voorbeelden volgens Mike Evans, expert in het domein van supported employment en voormalig vicevoorzitter van de *European Union of Supported Employment*²⁶⁶. Toch meent hij dat bepaalde zaken nog veel beter kunnen, bijvoorbeeld de loopbaanontwikkeling, het loon en het feit dat het systeem nog verder zou moeten worden uitgebreid²⁶⁷. Recent, en voor een kortere periode, werd in Noorwegen ook een programma

²⁵⁶ Zie in dit verband The Rehabilitation White Paper (Rapport au Parlement n° 39 (1991-1992).

²⁵⁷ Studierapport COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 128.

²⁵⁸ SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, p. 7.

²⁵⁹ Dat belette de overheid niet om subsidies te ontwikkelen in het kader van de hervorming "Flexible job" (*Ibid.*, p. 10).

²⁶⁰ *Ibid.*, p. 12 en EVANS M. J., « History of Supported Employment and Vocational Rehabilitation Measures in Norway », Employment Disability Unit, Dundee.

²⁶¹ SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, p. 11.

²⁶² *Ibid.*, p. 12.

²⁶³ *Ibid.*, p. 11.

²⁶⁴ Studierapport COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 129.

²⁶⁵ SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, p. 8.

²⁶⁶ *Ibid.*, p. 39.

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 28, p. 32, pp. 18-19.

gelanceerd onder de naam "*Follow-up*"²⁶⁸. In het kader van dit programma kunnen nog meer gerechtigden worden begeleid dan voordien het geval was.

Het IPS-model wordt in Zweden geleidelijk aan ingevoerd en is vooral bestemd voor schizofreniepatiënten²⁶⁹. In Noorwegen werd het IPS-model, zoals reeds gezegd, uitgebreid tot - en geëvalueerd bij - mensen met matige stoornissen. Het IPS-project werd in 2014 ook in het Verenigd Koninkrijk uitgebreid tot een ruimer publiek en de eerste resultaten van een vergelijking tussen het IPS-model en de andere, meer traditionele projecten worden in 2015 verwacht²⁷⁰. Australië past het IPS-model toe op een jonger publiek, in het kader van *Australia's Orygen Youth Health*²⁷¹. Heel wat programma's in het kader van het IPS-model, zijn vandaag echter nog pilootprojecten. Ze worden meestal gefinancierd door de ministeries van Werkgelegenheid of door de invaliditeitsverzekering.

In andere landen bestaan er lokale projecten voor supported employment, maar ze zijn niet "het resultaat van een nationale beleidsbeslissing"²⁷². Dat is bijvoorbeeld het geval voor de Republiek Tsjechië, Spanje en het Verenigd Koninkrijk. De auteurs van het rapport van 2012 over supported employment, dat werd besteld door de Europese Commissie, stellen vast dat zolang dit type begeleiding niet reëel geïnstitutionaliseerd wordt, de implementatie ervan van voorbijgaande aard zal blijken te zijn:

"In heel wat landen wordt supported employment nog beschouwd als een experimenteel of pilootproject, of gewoon als een persoonlijk project, ook als het systeem al jaren wordt toegepast in het land. Een duidelijk bewijs dat deze landen het moeilijk hebben om supported employment te institutionaliseren of te veralgemenen"²⁷³.

Hetzelfde rapport preciseert dat een pilootproject zinvol kan zijn voor de lancering van dit type begeleiding, maar dat het ook zijn limieten heeft:

"Belangrijk om weten is hoe supported employment wordt gefinancierd en wat daarvoor de voorwaarden zijn. Een financiering zonder voorafgaande voorwaarden kan nuttig zijn in de beginfase van de lancering, maar het risico bestaat dat het concept niet wordt geïnstitutionaliseerd en een pilootproject blijft met een beperkte impact"²⁷⁴.

²⁶⁸ Studierapport COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 128.

²⁶⁹ OESO, *Mental Health and Work: Sweden*, *op. cit.*, p. 121.

²⁷⁰ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, *op. cit.*, p. 173.

²⁷¹ *Ibid.*, p. 52.

²⁷² Studierapport COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 15.

²⁷³ *Ibidem*.

²⁷⁴ *Ibid.*, p. 16.

Een doorslaggevend element voor de implementatie van supported employment, is vooral de lancering van de functie van *jobcoach* en de opleiding die aan deze jobcoaches wordt verstrekt. Nog steeds volgens de auteurs van het rapport uit 2012 over supported employment, is de belangrijkste reden waarom de werkgevers het model positief onthalen het feit dat "de dienst voor supported employment garandeert dat ook een jobcoach actief zal deelnemen aan het inclusieproces, en dat de verantwoordelijkheid dus niet alleen bij de werkgever ligt"²⁷⁵. Verschillende Belgische en buitenlandse studies bevestigden deze vaststelling²⁷⁶. Enkele studies bevelen aan dat de *jobcoach* de actoren op de werkvloer eerder adviseert, dan dat hij zelf het werk van de persoon organiseert²⁷⁷. Het is echter ook mogelijk dat de *jobcoach* niet op de werkvloer verschijnt - en dus onzichtbaar blijft voor de werkgever en de collega's - als de persoon met mentale stoornissen zijn ziekte niet kenbaar wil maken²⁷⁸.

Ten slotte gaat de lancering van een structuur voor supported employment soms gepaard met wijzigingen in de reglementering. Een aantal landen voerden in hun wetgeving bijvoorbeeld het recht in van de gerechtigde om toegang te krijgen tot dit type begeleiding. In Duitsland bijvoorbeeld, is boek IX van het sociaal wetboek bestemd voor de rehabilitatie van personen met een handicap. Artikel 38a van dit boek IX, dat werd ingevoegd in 2009, handelt specifiek over supported employment. In de praktijk betreft de maatregel jongeren met een intellectuele achterstand of mentale problemen, die echter niet van die aard zijn dat ze het vermogen van deze jongeren om te werken zodanig beïnvloeden dat ze geen toegang krijgen tot het reguliere circuit²⁷⁹. Jaarlijks genieten 2000 personen deze begeleiding. In 2009 waren dat er 2300²⁸⁰.

Toch blijft deze vorm van begeleiding, ondanks de uitdrukkelijke vermelding in het wetboek, weinig bekend bij de werkgevers en wordt er dus ook weinig gebruik van gemaakt²⁸¹. Ook luidt de kritiek dat deze maatregel bovendien slechts toegankelijk is voor een beperkte groep van gerechtigden, en dat de aanbesteding van de overheid ten aanzien van privéoperatoren ervoor zorgt dat de goedkope operatoren worden bevoorrecht ten koste van operatoren die

²⁷⁵ Studierapport COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 18.

²⁷⁶ Voor Zweden, zie GUSTAFSSON J., PERALTA J., DANERMARK B., « The employer's perspective on supported employment for people with disabilities: successful approaches of Supported employment organizations », *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2013, 38 (2), pp. 99-111.

²⁷⁷ SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, p. 15. Voor België, zie de resultaten van het onderzoek van vzw Article 23 in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting, in het jaarverslag 2014 van de vzw.

²⁷⁸ *Ibid.*, p. 26.

²⁷⁹ Studierapport COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, pp. 83-84.

²⁸⁰ *Ibid.*, p. 83.

²⁸¹ *Ibid.*, p. 87.

de begunstigen een dienst van betere kwaliteit aanbieden²⁸².

Een andere kritiek is dat de bijscholing die voor de gerechtigden is voorzien - en die hen moet helpen bij het vrij kiezen van een beroep - onbestaande is. Ze worden immers aangeworven in sectoren met een beperkt budget waarin de werknemers geen specifieke opleidingen moeten volgen om hun kennis te vergroten²⁸³. Ten slotte bepaalt artikel 36 van boek IX ook het statuut van de actieve persoon met een handicap. Hoewel de overheid heeft aangekondigd dat ze aan personen met een handicap gelijke rechten wil toekennen, moeten we vaststellen dat de sociale bescherming van deze doelgroep veel beperkter is dan die van de andere werknemers. Overeenkomstig artikel 36, worden personen met een handicap volgens de arbeidswetgeving niet beschouwd als werknemers en hebben ze slechts recht op een verminderde bescherming. *De facto* verdienen personen met een handicap minder dan het minimumloon en blijven ze juridisch verbonden aan beschutte werkplaatsen, hoewel ze dus in het reguliere circuit van de arbeidsmarkt werken²⁸⁴.

Tot slot stellen we dat een wijziging van de wetgeving om supported employment in te voegen misschien wenselijk is, maar op zich niet volstaat als er geen enkele sanctie aan verbonden is en er nog geen politieke - en budgettaire - wil bestaat om het institutionele landschap te veranderen en deze maatregel daadwerkelijk door te voeren. Bovendien moet de hele wetgeving inzake supported employment worden beschouwd.

5.2. Een reglementering die de juridische zekerheid van de gerechtigden garandeert en de coherentie van het socialezekerheidssysteem verhoogt

Het probleem werd regelmatig aangehaald door de terreinwerkers in België en zal ook nog aan bod komen in de algemene aanbevelingen: het gebrek aan juridische zekerheid houdt de gerechtigden tegen om het werk te hervatten. Als ze opnieuw gaan werken, eventueel deeltijds, weten ze niet goed of ze (op lange termijn) nog recht zullen hebben op een uitkering en hoeveel die dan zal bedragen.

België is echter niet het enige land waar dit probleem bestaat. In een Europese studie over supported employment, bleek de overgang tussen de verschillende takken van de sociale zekerheid een algemeen probleem te zijn. De auteurs van het rapport menen dat een

²⁸² DOOSE S., « Supported employment in Germany », *Journal of Vocational Rehabilitation*, vol. 37, 2012, p. 200.

²⁸³ Studierapport COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 85.

²⁸⁴ DOOSE S., « Supported employment in Germany », *op. cit.*, p. 201.

oplossing voor dit probleem "de klanten er zeker toe kan aanzetten om in een supported employment-programma te stappen". Het is dus van essentieel belang dat de verschillende bevoegde overheden de persoon die opnieuw aan het werk wil bepaalde garanties geven voor het geval hij hervalt of geleidelijk aan het werk hervat.

Sommige landen hebben geprobeerd het overgangsprobleem op te lossen door de rol van bepaalde overheden te herbekijken en de beslissingen van een socialezekerheidssector bindend te maken ten aanzien van andere sectoren.

Oostenrijk bijvoorbeeld voerde een hervorming door, " *Gesundheitsstraße* " of *Health Road* genaamd, om de arbeidsongeschiktheid sneller te kunnen evalueren - het medisch rapport wordt binnen drie weken opgemaakt en is zes maanden geldig - en zo te vermijden dat verschillende instanties tegenstrijdige beslissingen nemen. Sinds 1 juli 2010, evalueert het agentschap bevoegd voor invaliditeit de arbeidsongeschiktheid en deze evaluatie geldt ook voor de werkloosheidsverzekering²⁸⁵. Gedeeltelijke invaliditeit bestaat niet in Oostenrijk: een persoon is geschikt om te werken of is het niet²⁸⁶. Sinds de lancering van *Health Road* is gebleken dat mentale stoornissen de belangrijkste reden zijn van invaliditeit en dat ze meer dan andere ziekten leiden tot arbeidsongeschiktheid²⁸⁷.

In Zweden is sinds 1 januari 2009 de hervorming *Social Insurance Act* van kracht. Deze hervorming moedigt werkhervatting aan en laat - net als in België - toe om de uitkeringen en arbeidslonen te cumuleren. De lonen worden verlaagd vanaf het ogenblik dat ze een bepaald plafond bereiken. De hervorming werd aan het grote publiek toegelicht via fiches²⁸⁸. Sommige fiches werden zelfs vertaald in het Engels en schetsen verschillende scenario's: "werken met een invaliditeitsuitkering", "een looncompensatie krijgen" voor de jongeren die al hebben gewerkt²⁸⁹, "de invaliditeitsverzekering". Deze laatste fiche legt bijvoorbeeld uit welke verschillen er zijn volgens het statuut van de persoon, de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid en de verschillende soorten verzekeringen (voltijds, drie-vierden, deeltijds, kwarttijds).

²⁸⁵ In april 2009 werd een pilootproject gestart.

²⁸⁶ Europese Commissie, *Vos droits en matière de sécurité sociale en Autriche*, Gids beschikbaar online, 2013.

²⁸⁷ Trude Hausegger, Christine Reidl avec la collaboration de Christian Scharinger, « Begleitende Evaluierung der 'Gesundheitsstraße', Endbericht », Evaluatieverslag, Wenen, 2012, p. 3 et p. 20.

²⁸⁸ Zie de Engelse fiches op de site van de Zweedse invaliditeitsverzekering. URL : [http://www.forsakringskassan.se/sprak/eng/if_you_fall_ill_\(om_du_bli_r_sjuk\)/](http://www.forsakringskassan.se/sprak/eng/if_you_fall_ill_(om_du_bli_r_sjuk)/)

²⁸⁹ Zweden creëerde een speciale invaliditeitsverzekering voor jongeren onder de 30 jaar.

5.3. Loonsubsidies voor personen met een zeer zware arbeidshandicap

De overheden gebruiken doorgaans verschillende soorten instrumenten om de aanwerving van personen met een handicap aan te moedigen. In het algemeen zien we loonsubsidies, quotumsystemen, soepele contractuele bepalingen en stimuleringsmechanismen die worden gecreëerd in het uitkeringssysteem²⁹⁰. Niet al deze maatregelen werden echter al geëvalueerd en het is soms moeilijk om hun precieze impact te meten. Bij supported employment werd ook vastgesteld dat het creëren van banen een zeer belangrijk aspect is om de aanwerving van mensen in dit systeem aan te moedigen. De *jobcoach* heeft bij het creëren van deze banen een doorslaggevende rol²⁹¹.

Voor personen met mentale stoornissen is deze kwestie zeer complex. Aan de ene kant kan een subsidie hem echt de kans bieden om een job te vinden; aan de andere kant is het mogelijk dat hij met behulp van begeleiding of opleiding op de arbeidsmarkt terechtkomt zonder specifieke financiële tussenkomst voor de werkgever²⁹².

Bovendien moet samen met de gerechtigde worden bekeken of hij al dan niet zijn ziekte wil bekendmaken aan de werkgever. Het is immers volstrekt mogelijk dat de ziekte onzichtbaar is en slechts een beperkte of helemaal geen impact heeft op zijn vermogen om te werken. Omgekeerd signaleren sommige mensen hun ziekte liever wel, of zijn ze uiteindelijk bereid dat te doen. In dat geval dienen ze vaak een aanvraag voor erkenning van de ziekte in bij de organisaties voor personen met een handicap, kwestie van meer kans te maken om een job te vinden. Het feit dat ze bij dergelijke organisaties aankloppen roept vragen op, met name vanwege de stigmatisering. Mensen met mentale stoornissen die arbeidsongeschikt zijn geworden, belanden soms uiteindelijk in een circuit dat meestal niet werd ontworpen om fluctuerende of tijdelijke gezondheidsproblemen ten laste te nemen. Omdat heel wat mentale stoornissen een specifiek karakter hebben, zou het interessant zijn om een ander subsidiesysteem te ontwikkelen, een systeem speciaal ontworpen voor de aanwerving of het jobbehoud van mensen met ernstige gezondheidsproblemen of mentale problemen. Het feit dat een dergelijk systeem zou zijn opgebouwd rond een vroeger gezondheidsprobleem of een (tijdelijk) verminderde arbeidsgeschiktheid - zonder te moeten specificeren dat het een mentaal probleem betreft - zou het voordeel bieden dat de gerechtigde minder

²⁹⁰ Studierapport COWI, « Supported Employment for people with disabilities in the EU and EFTA-EEA. Good practices and recommendations in support of a flexicurity approach », *op. cit.*, p. 17.

²⁹¹ *Ibid.*, p. 18. Behalve in de overheidssector. Sommigen hebben kritiek op het creëren van banen in de privésector omdat deze banen doorgaans slechts tijdelijk zijn. Zie in dit verband : SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, pp. 46- 47.

²⁹² Voor een kritiek op de loonsubsidies voor personen met mentale stoornissen, zie: OESO, *Mental Health and Work : Sweden*, *op. cit.*, p. 103.

gestigmatiseerd wordt. Om misbruik te vermijden, zou het ook nuttig zijn om dit systeem te beperken tot mensen die al lang ver van de arbeidsmarkt staan en bijgevolg zeer weinig kans maken om een job te vinden.

Om de terugkeer naar gradueel maar betaald werk te bevorderen, keert Denemarken de werkgevers subsidies uit zodat mensen met verminderde arbeidsgeschiktheid die weer voltijds gaan werken, maar minder of minder goed werken dan vroeger (op het vlak van productiviteit), toch worden betaald voor voltijds werk²⁹³. Deze maatregel maakt deel uit van het systeem *Flexjobs*. Dat systeem heeft al meermaals verbeteringen ondergaan, met name omdat het werknemers aantrok die niet tot de doelgroep behoorden. Uit de evaluatie van dit systeem blijkt dat de hervorming in haar geheel een positieve impact had en de subsidies voor de *flexjobs* zijn nog toegenomen²⁹⁴. Naar schatting 15% van de begunstigen zijn geregistreerd als mensen met mentale stoornissen²⁹⁵.

Ook de Zwitserse overheid perfectioneerde haar systeem van financiële stimulansen om de aanwerving of het jobbehoud van mensen met gezondheidsproblemen aan te moedigen. Een quotumsysteem wees ze categoriek van de hand wegens te stigmatiserend en niet efficiënt. De arbeidscijfers van mensen met een arbeidshandicap nemen met een quotumsysteem immers nauwelijks toe²⁹⁶.

In het kader van de vijfde herziening van de Zwitserse wet op de invaliditeitsverzekering, goedgekeurd op 28 september 2007 en van kracht sinds 1 januari 2008²⁹⁷, ontvangen de werkgevers van het reguliere arbeidscircuit die personen met een arbeidshandicap in dienst nemen gedurende het eerste jaar subsidies. Daarnaast wordt advies verstrekt en worden deze werknemers opgevolgd op de werkvloer. De werkgevers hebben ook recht op een uitkering "werkinitiatie", in de mate dat de "prestaties van de gerechtigde nog niet overeenstemmen met het overeengekomen loon"²⁹⁸. Bij aanwerving van een persoon die arbeidsongeschikt was en afwezig is voor dezelfde ziekte als deze waardoor hij arbeidsongeschikt erkend was, worden de verhoogde bijdragen voor het beroepsgebonden verzekeringsstelsel of voor de verzekering dagvergoedingen door de overheid

²⁹³ Voor informatie over dit systeem, zie OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 131.

²⁹⁴ *Ibidem*.

²⁹⁵ *Ibidem*.

²⁹⁶ Zie in dit verband de argumentatie van 19 maart 2007 van het federaal Departement Binnenlandse Zaken en de federale dienst van sociale verzekeringen (OFAS), opgesteld vóór het federale referendum van 17 juni 2007: "oui à la 5ième révision AI", beschikbaar op de site van de OFAS. URL : <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/gesetzgebung/00092/01581/?lang=fr>

²⁹⁷ Wijziging van het Reglement op de invaliditeitsverzekering (RAI) van 17 januari 1961, *Recueil officiel des lois fédérales*, n°831.201, pp. 5155-5172.

²⁹⁸ Artikel 6ter van het Reglement op de invaliditeitsverzekering.

gecompenseerd in de eerste twee jaar dat de werknemer in dienst is²⁹⁹. Ten slotte is voor de werkgever een schadeloosstelling voorzien als hij een werknemer met een arbeidshandicap de mogelijkheid biedt om in het bedrijf te blijven en re-integratiemaatregelen volgt³⁰⁰.

Voordat een dergelijk systeem in België zou worden ingevoerd, moet worden nagegaan of loonsubsidies en fiscale voordelen een verschillende impact zouden hebben op het gedrag van de bedrijven. Een vaak voorkomend probleem is immers dat wanneer de werkgever geen subsidies meer krijgt, hij sneller de neiging heeft om de persoon te ontslaan. Zouden bedrijven een werknemer met een arbeidshandicap op lange termijn in dienst houden als ze geen loonsubsidie zouden krijgen (vooraf en onmiddellijk), maar wel fiscale voordelen (achteraf)? Deze kwestie zou moeten worden onderzocht. Ten slotte lijkt het ook aanbevolen om de voorwaarden voor deze subsidie nauwkeurig te bepalen en niet alleen de subsidie te beschouwen: begeleiding van de persoon door een *jobcoach*, gecumuleerd met een dergelijke subsidie, geeft bemoedigendere resultaten op het vlak van jobbehoud dan een subsidie alleen³⁰¹.

5.4. Voormalige psychiatrische patiënten als ervaringsdeskundigen

Steeds vaker wordt gesproken van "ervaringsdeskundigen", ook in het domein van de psychiatrie. Organisaties zoals ziekenhuizen of psychiatrische diensten, vragen voormalige psychiatrische patiënten om met andere psychiatrische patiënten hun ervaringen te delen of om hen een opleiding te geven waarin ze vertellen over hun ervaringen. Deze ervaringsdeskundigen zijn immers het best geplaatst om te begrijpen welke - soms extreme - fasen de patiënten doorlopen.

Tijdens experimenten in Europa is gebleken dat het feit dat ze andere patiënten kunnen opleiden niet alleen heilzaam is voor de patiënten zelf, maar ook voor de opleiders, die blij zijn dat ze "hun ziekte op een positieve manier kunnen gebruiken". In zekere zin draagt de opleiding die ze geven soms bij tot hun eigen herstel³⁰². De andere patiënten krijgen dan weer "het levende bewijs dat de beperkingen van de ziekte kunnen worden overwonnen"³⁰³.

²⁹⁹ Zie het artikel 6*bis* van het Reglement op de invaliditeitsverzekering.

³⁰⁰ Zie het artikel 4*octies* van het Reglement op de invaliditeitsverzekering.

³⁰¹ SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, p. 10.

³⁰² KLEVAN NILSEN T., « Témoignage d'une formatrice du projet Emilia, usagère des services de psychiatrie » in GREACEN T., JOUET E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Editions Erès, 2012, p. 318.

³⁰³ *Ibidem*.

Door voormalige patiënten aan te werven voor psycho-medisch-sociale begeleiding, kan soms ook de afstand worden verkleind tussen "us" en "them", dwz de afstand tussen het personeel en de patiënten. Dat was ook de bedoeling in Gorizia - het psychiatrisch ziekenhuis van Gorizia waar psychiater Franco Basaglia werkte - waar een voor die tijd bijzonder vernieuwend experiment werd gevoerd³⁰⁴. Ook vandaag moeten artsen soms nog hun vooroordelen aan de kant schuiven, bijvoorbeeld wanneer ze denken dat een persoon met een mentale stoornis nooit (meer) zal kunnen werken. Sommige artsen gaven toe dat ze zelf bijdroegen tot de stigmatisering van mensen met mentale stoornissen en dat ze daar dringend verandering in moesten brengen³⁰⁵. In dezelfde geest experimenteren nog andere projecten met co-creatie van kennis in het kader van activiteiten of opleidingen³⁰⁶. We mogen echter niet denken dat deze co-creatie makkelijk is door te voeren³⁰⁷. Een voormalig psychiatrisch patiënte die opleidingen verstrekt in het kader van het Europese project Emilia, dat een beroep doet op de ervaringen van "gebruikers", zegt in dit verband:

"Ik denk dat het project van in het begin zelf heeft moeten leren hoe het gebruikers de kans kan geven om meer te participeren. Het is enigszins arrogant van een project om de participatie van de gebruikers te willen valoriseren, terwijl er zoveel tijd nodig is om ze bij het proces te betrekken. Het duurt een tijdje voordat een manier van denken en handelen veranderd is. Dat geldt zowel voor de gebruikers die deelnemen aan het project als voor de verantwoordelijken. Als professional moet je een beetje van je autoriteit durven afstaan en als gebruiker moet je durven afstappen van de zekerheid die je geniet als passieve patiënt die elke aangeboden hulp aanvaardt. Het is voor de beide partijen een grote uitdaging"³⁰⁸.

Sommige projecten stelden zich niet alleen tot doel om personen met mentale stoornissen aan deze vergaderingen of conferenties te laten deelnemen als (voormalige) patiënten. Ze wilden naast hun ervaringen ook een sterke expertise opbouwen. Daarom besloten ze om deze voormalige psychiatrische patiënten op te leiden. In Denemarken, meer bepaald in Aarhus, bestaat een project dat gebruikers van de psychiatrie weer aan het werk wil zetten als personeelsleden, door hen vooraf een specifieke opleiding te geven. De psychiatrische

³⁰⁴ Voyez BASAGLIA F. (dir.), *L'institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*, Paris, Editions du Seuil, 1970 (1^{ère} édition en langue italienne en 1968).

³⁰⁵ SURBER R.W., « Le rétablissement des professionnels qui stigmatisent leurs patients » in GREACEN T., JOUET E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Editions Erès, 2012, p. 274.

³⁰⁶ JOUET E., DAWSON I., HANSEN B., NYBJERG K., GRIFFITHS C., OGUNLEYE J., « Le programme de formations d'Emilia » in GREACEN T., JOUET E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Editions Erès, 2012, p. 296.

³⁰⁷ Om de deelname van de gebruikers te meten, kan het nuttig zijn om naar de indicatoren over *empowerment* in geestelijke gezondheid die door de WHO worden omschreven te verwijzen.

³⁰⁸ KLEVAN NILSEN T., « Témoignage d'une formatrice du projet Emilia, usagère des services de psychiatrie », *op. cit.*, p. 308.

afdelingen kunnen beslissen om voormalige psychiatrische patiënten die deze opleiding hebben gekregen in dienst te nemen. Om in aanmerking te komen voor deze opleiding, moeten de personen aan de volgende criteria voldoen:

- "U hebt voldoende persoonlijke ervaring met een mentale ziekte die u in dienst kunt stellen van de relatie tussen verzorger en verzorgde.
- U hebt een zekere sereniteit gevonden ten aanzien van uw mentale ziekte en kunt er enigszins afstand van nemen. Dankzij deze sereniteit kunt u tijdens de behandeling de dingen bekijken vanuit het standpunt van de gebruiker. U werd de afgelopen 12 maanden niet in het ziekenhuis opgenomen. U bent bij machte om uw persoonlijke en professionele competenties en kwalificaties te ontwikkelen en uit te breiden.
- U bent bij machte om een voorbeeld te zijn voor de gebruiker (en voor het personeel): ook mensen met een mentale ziekte, in het verleden of nu, kunnen slagen in het leven.
- U kunt in de geestelijke gezondheidszorg rekening houden met het standpunt van de gebruiker. U kunt uw eigen ziekte in perspectief zetten in uw werk.
- U moet in staat zijn om 15 uur per week te werken zodra de opleiding begint.
- U hebt een opleiding genoten en beroepservaring opgedaan in een van de volgende domeinen: zorgassistent, verpleegkundige, ergotherapeut, kinesitherapeut, psychomotorisch therapeut, opvoeder, psychiater, psycholoog, docent, maatschappelijk werker"³⁰⁹.

Het project kent een zeker succes en werd uitgebreid tot zes andere graafschappen en tot de Faeröer-eilanden. Er werden 200 banen gecreëerd, de meeste op psychiatrische afdelingen³¹⁰. De mensen werken gemiddeld 15 à 20 uur per week. Voor zover wij weten bestaat er nog geen enkele studie die het systeem grondig heeft geëvalueerd. Ondanks het succes van het project wordt het nog steeds niet vast gefinancierd en diegenen die het hebben gestart en verder uitbouwen, hopen dat ze ermee kunnen doorgaan³¹¹.

³⁰⁹ Uittreksel uit de presentatiebrochure van het project voor de kandidaten, vertaald en overgenomen door BÄCK MOLLER K., « Réintégrer des professionnels de santé, anciens usagers de la psychiatrie : le projet MB » in GREACEN T., JOUET E., *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, Toulouse, Editions Erès, 2012, p. 156.

³¹⁰ Speech Kerstin Bäck Møller, directeur van Onderwijs in Aarhus University Hospital, « Re-integrating Healthcare Professionals with User Experience into Mental Healthcare » sur le site de formation Enter Mental Health Delivery. Danish example ». URL : http://www.entementalhealth.net/EMILIA_2/Final_conference/Kerstin_Moeller_Script.pdf

³¹¹ *Ibidem*.

5.5. Opleiding van huisartsen tot geestelijke gezondheidsproblemen

In de OESO-landen is slechts 50% van de mensen met ernstige mentale stoornissen en 30% van diegenen met matige mentale stoornissen onder behandeling³¹². Heel wat mensen onder behandeling raadplegen enkel de huisarts en geen specialist, vooral als ze kampen met een matige mentale stoornis³¹³. We moeten dus weten of huisartsen de aanwezigheid van een mentale stoornis of ziekte wel goed kunnen opsporen en of ze hun patiënten aanraden om een specialist te raadplegen³¹⁴. In België wordt hier momenteel een studie over gevoerd³¹⁵. Volgens de voorlopige resultaten, zijn de behandelende artsen vragende partij om hun kennis in het domein van de psychische problemen uit te breiden. Ze willen bijvoorbeeld meer weten over de effecten van de aandoening op de uitoefening van een beroepsactiviteit.

Omdat huisartsen vaak worden geraadpleegd door mensen met mentale stoornissen terwijl hun kennis in dit domein soms toch beperkt is, investeren sommige landen in opleidingen tot geestelijke gezondheidszorg (Denemarken, Oostenrijk, Australië) of financieren ze gespecialiseerd personeel dat samenwerkt met de huisarts (Australië, Nederland)³¹⁶. Denemarken bijvoorbeeld organiseert voor de huisartsen online cursussen over stress, angst of depressie³¹⁷. Deze cursussen gaan veel verder dan de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid en bieden een catalogus van enkele courante mentale aandoeningen. In Noorwegen, waar grote verschillen werden vastgesteld tussen de geneeskundige attesten van de huisartsen waarmee ziekteverloven worden toegekend, kunnen de artsen hun attesten vergelijken in een online programma en zich bij de evaluatie van hun toekomstige patiënten laten bijstaan door andere artsen³¹⁸. In Zweden krijgen de huisartsen de gemiddelde cijfers van afwezigheden wegens verschillende soorten geestesziekten. Ze krijgen ook informatie over de ziekten waarbij de individuele verschillen zeer groot kunnen

³¹² OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 70.

³¹³ *Ibidem*. Voor de verdeling tussen specialisten en niet-specialisten in België, voyez *ibid.*, p. 71.

³¹⁴ Deze gebrekkige kennis kan ervoor zorgen dat de ziekte langer aanhoudt. Zie CORBIERE M., NEGRINI A., DEWA C. S., « Mental Health Problems and Mental Disorders : Linked Determinants to Work Participation and Work Functioning » in LOISEL P., ANEMA J.R. (eds), *Handbook of Work Disability : Prevention and Management*, New York, Springer, 2013, p. 276.

³¹⁵ Zie de studie « Preventie van langdurige uitval van personen met psychische kwetsbaarheid: een bevraging bij huisartsen » door Dr. Inge Neyens, *Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy – LUCAS KULeuven*. Voor de studies in dit verband in andere Europese landen, voyez OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 74.

³¹⁶ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 76.

³¹⁷ *Ibidem*.

³¹⁸ OESO, *Mental Health and Work : Norway*, Paris, 2013, p. 45.

zijn³¹⁹. Ten slotte zijn er ook overheden die instructies (*guidelines*) verspreiden om de artsen vertrouwd te maken met mentale aandoeningen³²⁰.

Om zeker te zijn dat de huisartsen daadwerkelijk hun kennis in het domein van de geestelijke gezondheid en de psychopathologie bijschaven, hebben enkele landen stimulansen ingevoerd, met name van financiële aard. In Australië worden huisartsen die hun opleiding tot geestelijke gezondheidszorg beëindigd hebben beter betaald³²¹. Noorse huisartsen die zich niet houden aan de certificatieregels, kunnen een boete opgelegd krijgen³²². Ze lopen soms ook het risico om het recht om geneeskundige attesten voor ziekteverloven te schrijven te verliezen³²³. Deze maatregel wordt echter zelden toegepast en is volgens de OESO niet efficiënt³²⁴.

5.6. Betere integratie van de zorg- en werkteams

Volgens de OESO geeft in België Vlaanderen het goede voorbeeld als het gaat om een betere integratie tussen de teams. Zoals we al zagen, heeft het Vlaamse decreet van 25 april 2014 deze samenwerking geïnstitutionaliseerd. Geïntegreerde teams maken het mogelijk om meer gecoördineerd en interdisciplinair te werken. Alle personen met mentale stoornissen kunnen terecht bij dezelfde elkaar aanvullende diensten, zonder dat ze worden geconfronteerd met een gebrek aan expertise of informatie van de actoren die instaan voor hun begeleiding. Hoewel enkele delen van het decreet *de facto* al worden toegepast, is het decreet zelf nog niet in werking getreden. We zullen zien hoe het decreet verder wordt toegepast en nagaan of de overheden even veel aandacht besteden aan het luik "zorg" als aan het luik "werk". Heel wat terreinwerkers in Vlaanderen vrezen immers dat het luik "zorg" stiefmoederlijk zal worden behandeld en minder gesubsidieerd zal worden dan het luik "werk"³²⁵. Een andere kwestie die nog moet worden opgeklaard, betreft het beroepsgeheim van de begeleiders van personen met mentale stoornissen.

³¹⁹ OESO, *Mental Health and Work: Sweden*, op. cit., p. 99 ; OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 117.

³²⁰ Dit is onder meer het geval in Zweden met de *Guidelines for Sickness Certification* en in Nederland met de *Handelen van de Bedrijfsarts bij Werkenden met Psychische Problemen* (OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., pp. 95-96).

³²¹ *Ibid.*, p. 91.

³²² OESO, *Mental Health and Work : Norway*, op. cit., p. 45.

³²³ *Ibidem*.

³²⁴ *Ibidem*.

³²⁵ Zie het voorstel van decreet houdende de werk- en zorgtrajecten, toelichting door L. Martens (president van VVSG) en toelichting van *Recht-Op*, Verslag namens de Commissie voor Economie, Economisch Overheidsinstrumentarium, Innovatie, Wetenschapsbeleid, Werk en Sociale Economie uitgebracht door de heer Björn Rzoska, Parl. St., *Vlaams Parlement*, 23 april 2014, n°2442-2, pp. 6 et s.. In dit verband, zie ook *Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen*, « Voorbereidende nota : werk -en zorgdecreet », 13 maart 2014, beschikbaar op zijn website,

Nog andere landen worden door de OESO als voorbeeld genoemd: Australië, Nederland, Noorwegen³²⁶. Ook Denemarken werkt aan een betere integratie van deze diensten, vooral ten aanzien van mensen onder de 40 jaar³²⁷.

De *Norwegian National Strategic Plan for Work and Mental Health* wordt bijzonder benadrukt door de OESO. Noorwegen richtte in 7 van de 19 graafschappen *Centres for Work Coping* op met zorg- en arbeidsspecialisten. Deze centra, die zich vooral bezighouden met arbeidskwesties, zijn bestemd voor personen met lichte of matige stoornissen die hetzij werken, hetzij arbeidsongeschikt zijn maar niet werkloos, hetzij werkloos zijn³²⁸. De begeleiding omvat vijftien sessies waaronder een actieve zoektocht naar werk. Uit de voorlopige resultaten van een gerandomiseerde gecontroleerde studie, blijkt dat deze centra positieve resultaten opleveren voor personen met tijdelijke arbeidsongeschiktheid³²⁹.

In het IPS-model dat we al uitvoerig hebben besproken, is een van de kernprincipes de integratie van de rehabilitatiediensten (werk) en geestelijke gezondheidszorg.

5.7. Beter arbeidsomstandigheden, evaluatie van de kwaliteit van de jobs en sensibilisering van de bedrijven

Zoals reeds gezegd zijn mensen met mentale stoornissen in het algemeen geneigd om jobs te aanvaarden van een slechtere kwaliteit. Het verband tussen oorzaak en effect speelt echter in de beide richtingen. Deze jobs kunnen de gezondheidstoestand van de werknemers verergeren. Volgens de OESO kampt in de OESO-landen 20 tot 40% van de werknemers met "stress op het werk"³³⁰. In de verschillende studies die werden gevoerd, identificeerde de internationale organisatie verschillende factoren die de geestelijke gezondheid van de werknemers kunnen aantasten: de druk op het werk (met name in termen van tijd), de vrees voor ongewenste veranderingen in hun werk, het gebrek aan werkzekerheid, het gebrek aan steun vanwege de toezichters, de werklast, het gebrek aan erkenning voor hun werk, de beperkte beslissingsmarge over de taken of het gebrek aan

geraadpleegd op 21 september 2014. URL : <http://www.netwerktegenarmoede.be/documents/140312-commissie-economie-VP.pdf>

³²⁶ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 21.

³²⁷ *Ibid.*, p. 160.

³²⁸ OESO, *Mental Health and Work : Norway*, op. cit., p. 107.

³²⁹ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 102.

³³⁰ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 108.

medewerking van de collega's³³¹. Andere studies wezen ook op het potentieel schadelijke karakter van repetitieve taken en onduidelijke rollen in een structuur³³².

Vanwege zijn wetgeving betreffende de preventie van psychosociale risico's op het werk en welzijn op het werk, is België in de OESO-landen een van de beste leerlingen van de klas³³³. Toch wordt meermaals verwezen naar de beperkte efficiëntie van deze wetgeving. Hierop zullen we later nog terugkomen in de aanbevelingen³³⁴. Waar steeds meer bedrijven voor de beoordeling van hun diensten een beroep doen op interne en externe diensten, moeten de tips en adviezen die ze krijgen ook nuttig zijn en worden toegepast op de werkvloer. Sommige bedrijven zouden het vanwege hun beperkte omvang praktisch moeilijk hebben om de vereiste aanpassingen door te voeren³³⁵. Bovendien wachten er in België nog heel wat uitdagingen op het vlak van efficiëntie van de preventie tegen psychosociale risico's of de regeling van de werkorganisatie die op zich al schadelijke gevolgen kan hebben voor de gezondheid van de werknemers.

In dit opzicht kan het interessant zijn om zich te inspireren op verschillende good practices in het buitenland die leiden tot betere werkomstandigheden, een betere evaluatie van de kwaliteit van de jobs en een betere sensibilisering op de werkvloer.

Eerst en vooral zijn HR-managers en leden van de hiërarchische lijn vaak weinig gesensibiliseerd of opgeleid tot geestelijke gezondheidsproblemen³³⁶. Enkele landen hebben geprobeerd om daar iets aan te doen. Het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld voerde in 2011 hulplijnen ("*occupational health advice lines*" genoemd) in om kleine en middelgrote bedrijven met minder dan 250 werknemers te helpen om gezondheidsproblemen op de werkplaats, ook geestelijke gezondheidsproblemen, beter te beheren³³⁷. Denemarken stelde voor de *managers* een gids samen met tips over hoe ze gepast kunnen reageren op

³³¹ *Ibid.*, p. 109.

³³² Zie verschillende studies in dit verband in CORBIERE M., NEGRINI A., DEWA C. S., « Mental Health Problems and Mental Disorders : Linked Determinants to Work Participation and Work Functioning », *op. cit.*, p. 272.

³³³ Zie hiervoor de toelichting bij de wet van 28 maart 2014 tot wijziging van het Gerechtelijk Wetboek en de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk wat de gerechtelijke procedures betreft (*Belgische staatsblad*, 28 april 2014).

³³⁴ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, *op. cit.*, p. 111 ; DUMONT D., VAN GEUCHTEN P.-P., « Sortir le droit du bien-être au travail de l'oubli », Introduction, in DUMONT D., VAN GEUCHTEN P.-P. (dir.), *Actualités en matière de bien-être au travail*, coll. UB3, Brussel, Bruylant, 2015, p. 11.

³³⁵ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, *op. cit.*, p. 112.

³³⁶ *Ibid.*, p. 114.

³³⁷ *Ibid.*, p. 140. Zie ook de website van Health & Safety Executive. URL : <http://www.hse.gov.uk/business/occupational-health-advice.htm>

werknemers die arbeidsongeschikt zijn vanwege een geestelijk gezondheidsprobleem³³⁸. Op de werkvloer werden specifieke campagnes gevoerd over geestelijke gezondheid en de stigmatisering die kan voortvloeien uit mentale stoornissen. Campagnes in andere landen zouden een voorbeeld kunnen zijn voor België, bijvoorbeeld de campagnes in Denemarken ("One of us") of Zwitserland ("How are you? ")³³⁹. Een andere veelbelovende hervorming zien we in Noorwegen, waar behalve cursussen en informatie voor bedrijven, de werkgevers ook hulp kunnen vragen aan de centra die in alle graafschappen bestaan³⁴⁰. Deze centra stellen zich niet alleen tot taak om de gezondheid op de werkplaats te promoten en arbeidsongeschiktheid te voorkomen, maar steunen ook de werkgevers die de *Inclusive Workplace Agreement* hebben ondertekend. In dit verband werden opeenvolgende akkoorden voor "een meer inclusief leven op het werk" gesloten tussen de regering, de werknemers- en de werkgeversorganisaties. Ze streven daarmee verschillende doelen na: de afwezigheid op het werk wegens ziekte voorkomen en verminderen, de werknemers helpen om het werk te hervatten, de werkomgeving verbeteren en ontslag of opgave van de job voorkomen³⁴¹. In 2008 bleek uit een studie echter dat deze samenwerking het aantal ziekteverloven niet heeft verminderd³⁴². In het algemeen benadrukt de OESO dat de verplichting van de werkgevers om langdurige afwezigheden op het werk te evalueren, in de OESO-landen beperkt zijn³⁴³.

Om te kunnen spreken van een echt preventiebeleid, is ook de aard van de verplichting voor de werkgever belangrijk. In België bestaat hier controverse over: de meeste rechtsinstanties zijn van mening dat de verplichting inzake veiligheid op het werk een middelenverplichting is³⁴⁴. Frankrijk daarentegen creëerde op het vlak van veiligheid op het werk een resultaatsverplichting uit hoofde van de werkgever. Sinds "de arresten van het Hof van Cassatie uit 2002 in het kader van de 'asbestaffaire'" en de bekrachtiging van het beginsel van 'resultaatsverplichting inzake veiligheid', is de werkgever verplicht om alle nodige maatregelen te nemen om arbeidsongevallen te voorkomen. Het Hof van Cassatie beschouwt de facto dat het risico zich nooit had mogen voordoen³⁴⁵. De hervorming van het

³³⁸ *Ibid.*, p. 117.

³³⁹ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 107. Zie ook OESO, *Mental Health and Work : Denmark*, Paris, 2013.

³⁴⁰ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 128.

³⁴¹ De huidige overeenkomst is begonnen in 2014 en eindigt op het 31 december 2018.

³⁴² LIE A., « 'Inclusive Working Life' in Norway – Experience from 'Models of Good Practices' Enterprises », *Croatian Medical Journal*, 09/2008, 49(4), pp. 553-560.

³⁴³ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p.120.

³⁴⁴ Zie in dit verband: VOGEL L., « La législation sur le bien-être au travail : une réforme à mi-chemin de la systématisation de la prévention des risques », op. cit., pp. 44 et s..

³⁴⁵ LEROUGE L., *Risques psychosociaux en droit social. Approche juridique comparée France/ Europe /Canada / Japon*, Paris, Editions Dalloz, 2014, pp. 16-17.

recht op gezondheid op het werk was daarom in Frankrijk veel consequenter dan in België.
Laurent Vogel:

"De burgerlijke bijna-immuniteit van de werkgevers vanwege een 'onverschoonbare fout', behoort tot het verleden. De omvorming van de veiligheidsverplichting tot een resultaatsverplichting, het feit dat de werkgever voor elke maatregel inzake de werkorganisatie de werknemersafgevaardigden moet raadplegen, de veel nauwkeuriger omkadering van het beroep op expertise, zijn elementen die de dynamische rol van de rechtspraak in een nieuwe kijk op arbeid aantonen"³⁴⁶.

Een oplossing die de OESO aanbeveelt, bestaat in het invoeren van financiële stimulansen, of hoge boetes - veel hoger dan de huidige boetes in België - om de werkgevers te verplichten om enerzijds werknemers die arbeidsongeschikt waren gepast te re-integreren en anderzijds over te gaan tot een risicoanalyse in hun bedrijf³⁴⁷. Sommigen bevelen ook aan om de werkgevers vaker te veroordelen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten, kwestie van hen beter bewust te maken van hun verantwoordelijkheid in dit verband.

Enkele landen besloten om elke rechtszaak voor te zijn door een systeem van *experience rating* in te voeren. Bedoeling is om de kost van de invaliditeitsverzekering niet meer te verhalen op alle bedrijven, aangezien slechts enkele de grootste verantwoordelijkheid dragen voor de verergering van de gezondheidstoestand van de werknemer. Zonder het systeem van het beheer van de invaliditeitsverzekering in het gedrang te brengen, die doorgaans nog steeds wordt gefinancierd door de sociale bijdragen, laat dit systeem toe om de massale vertrekken in bepaalde bedrijven te objectiveren en de bedrijven die al bekommerd zijn om de gezondheidstoestand van de werknemers aan te moedigen door het risico van arbeidsongeschiktheid niet volledig bij hen te leggen. De werkgever kan in de praktijk niet tussenkomen als een werknemer arbeidsongeschiktheid of invaliditeit aanvraagt. Hij kan echter wel suggesties doen om werknemers te re-integreren en de stroom van invaliden die zijn bedrijf verlaten in te dijken, of preventieve maatregelen nemen die vermijden dat werknemers arbeidsongeschikt worden (bv de werklast herverdelen zodat ze niet meer worden geconfronteerd met stress of andere moeilijkheden op het werk).

³⁴⁶ VOGEL L., « La législation sur le bien-être au travail : une réforme à mi-chemin de la systématisation de la prévention des risques », *op. cit.*, p. 73.

³⁴⁷ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, *op. cit.*, p. 121. Zie de onderzoeksrapport van 2011 over België voor de wet van 2014 : FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, Evaluatie van de wetgeving inzake de preventie van psychosociale belasting veroorzaakt door het werk, waaronder geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk.

Het systeem van *experience rating* inzake de invaliditeitsverzekering, bestaat momenteel in Finland en Nederland. In Finland wordt het enkel toegepast voor bedrijven met minder dan 50 werknemers. Uit de studies die tot op heden werden gevoerd en waarvan wij kennis hebben, blijkt dat de effecten van dit mechanisme omstreden zijn. Een Finse studie toonde aan dat het systeem minder impact heeft als het bedrijf zijn deel van de kosten van de invaliditeitspensioenen makkelijk kan betalen³⁴⁸. Uit een andere studie blijkt dat het systeem geen effect heeft op het gedrag van de werkgevers noch op het aantal invaliden³⁴⁹. In Nederland daarentegen toonde de studie van Koning aan dat het systeem het aantal arbeidsongeschikten met 15% heeft verminderd en dat het effect op het gedrag van de werkgevers vooral groot was als de werkgever, die tal van werknemers zijn bedrijf zag verlaten wegens arbeidsongeschiktheid, de extra bijdragen zelf moest betalen³⁵⁰.

Een dergelijk systeem moet uiteraard goed onderbouwd zijn. Naast de voordelen zijn er immers ook omgekeerde effecten aan verbonden. Het zou bijvoorbeeld werkgevers ertoe kunnen aanzetten om hun werknemers strenger te gaan selecteren, en mensen die al arbeidsongeschikt zijn geweest of een fragiele gezondheid hebben te discrimineren. De studies zijn in dit opzicht eveneens omstreden.

Opdat een dergelijk systeem efficiënt zou zijn, moet het niet alleen goed worden uitgedacht en misschien worden gekoppeld aan een verplichting om mensen met een vroegere arbeidsongeschiktheid in dienst te nemen, de globale context moet worden beschouwd. Het systeem zou in Nederland minder efficiënt zijn geworden sinds een andere financiële stimulans werd ingevoerd, namelijk de verplichting voor de werkgevers om de arbeidsongeschiktheid van hun werknemers ten laste te nemen gedurende een periode van twee jaar³⁵¹. Ook moeten ze de werknemer die arbeidsongeschikt is geweest helpen om zich opnieuw te integreren in hun bedrijf of elders, zoniet lopen ze het risico om nog een extra jaar arbeidsongeschiktheid te moeten betalen.

Naast financiële stimulansen en het systeem van *experience rating*, moeten er soms methodes worden ingevoerd die werkelijk iets veranderen aan een voor de werknemers schadelijke werkorganisatie. Deze kwestie vergt een reële politieke wil om de bedrijfswereld

³⁴⁸ KYRÄ T., KORKEAMÄKI O., « Institutional rules, labour demand and retirement through disability programme participation », *Journal of Population Economics*, 2012, 25, pp. 439-468.

³⁴⁹ KYRÄ T., TUOMALA J., « Does Experience Rating Reduce Disability Inflow ? », Discussion Paper No. 7344, *The Institute for the Study of Labor*, Bonn, Avril 2013.

³⁵⁰ KONING P., « Estimating the impact of experience rating on the inflow into disability insurance in the Netherlands », CPB Discussion Paper, The Hague, 2004, n°37.

³⁵¹ Einerhand M., Swart E., « Reform of the Dutch Sickness and Disability Arrangements », beschikbaar op de website van de Europese Commissie.

nog meer te reguleren en de werkgerelateerde gezondheidsproblemen van de werknemers in te dijkten. Op kleine schaal is het al mogelijk om meer coöperatieve werkmethodes in te voeren - die beter zouden zijn voor de gezondheid op het werk, maar die lijken beperkt te zijn tot bedrijven die hun managementmethodes en werkorganisatie echt willen veranderen. Deze praktijken van de bedrijven kunnen het resultaat zijn van een bepaalde ethiek - de mentale gezondheid van de werknemers verbeteren - maar ook enkel productiviteitsdoelen voor ogen hebben. De psychiater en psychoanalist Christophe Dejours ontwikkelde methodes waarmee bedrijven de gezondheidsproblemen die voortvloeien uit een slechte werkorganisatie kunnen diagnosticeren en kunnen proberen om eraan te verhelpen. Collectieve debatruimten bijvoorbeeld kunnen zowel ten goede komen aan de geestelijke gezondheid van de werknemers als aan de productiviteit van een bedrijf³⁵².

Als de hiërarchie van een bedrijf geen voorstander is van dergelijke initiatieven, zijn de vakbonden het best geplaatst om de eisen over te maken aan de directie. In die zin meent de OESO dat de vakbonden een grotere rol zouden moeten spelen in het bedrijf, om te vermijden dat werknemers met mentale stoornissen zouden worden ontslagen en in het algemeen om ook hun belangen te verdedigen bij de directie³⁵³. Er dient echter opgemerkt te worden dat "de raadpleging van de vakbondsdelegaties over gezondheidskwesties eerder beperkt is vanwege een gebrek aan tijd en specifieke opleiding van de vakbondsafgevaardigden"³⁵⁴. Het verlagen van het aantal werknemers dat nodig is om een Comité voor Preventie en Bescherming op het werk (CPBW) op te richten, lijkt daarom een bijkomende en zelfs betere oplossing te zijn. In België moet een CPBW enkel worden opgericht als er minstens 50 werknemers zijn. We hanteren daarmee "een van de hoogste drempels in de Europese Unie. In Italië moeten alle bedrijven, ongeacht hun omvang, beschikken over een werknemersafvaardiging die zich specifiek bezighoudt met veiligheid en gezondheid op het werk. In Zweden bestaat een specifieke afvaardiging voor veiligheids- en gezondheidskwesties in alle bedrijven met minstens vijf werknemers. De bedrijven met minder dan vijf werknemers zijn doorgaans gedekt door een origineel systeem van regionale veiligheidsafgevaardigden. De drempel bedraagt zes werknemers in Spanje en tien werknemers in Denemarken en Finland"³⁵⁵.

³⁵² DEJOURS C., *Le Choix. Souffrir au travail n'est pas une fatalité*, Montrouge, Bayard Editions, 2015.

³⁵³ OESO, *Mental Health and Work : Norway*, op. cit., p. 46.

³⁵⁴ VOGEL L., « La législation sur le bien-être au travail : une réforme à mi-chemin de la systématisation de la prévention des risques », op. cit., p. 73.

³⁵⁵ *Ibid.*, p. 62. Zie ook zijn werken over het debat dat op gang kwam met de communautaire richtlijn 2012/14 van 11 maart 2002 tot vaststelling van een algemeen kader betreffende de informatie en de raadpleging van de werknemers.

5.8. Vroege tussenkomst van de invaliditeitsverzekering

In Zwitserland, in het kader van de vijfde herziening van de wet op de invaliditeitsverzekering die op 28 september 2007 werd goedgekeurd en sinds 1 januari 2008 van kracht is,³⁵⁶ is een vroege tussenkomst van de invaliditeitsverzekering mogelijk als de persoon gedurende één maand onafgebroken arbeidsongeschikt is geweest of gedurende één jaar herhaaldelijk om gezondheidsredenen voor korte tijd afwezig was³⁵⁷. De werkgever, de behandelende arts, de werknemer of andere derden kunnen contact opnemen met de dienst voor invaliditeitsverzekering, die dan beslist of vroege tussenkomstmaatregelen aangewezen zijn. Deze hulp kan ook de werkgever geruststellen en vermijden dat de arbeidsovereenkomst wordt verbroken³⁵⁸.

Indien de vroege tussenkomst plaatsvindt, kunnen verschillende aanpassingsmaatregelen, met een maximum van 20 000 Zwitserse frank (in augustus 2015 equivalent met 18 777 euro), worden doorgevoerd nog voordat het recht op prestaties van de persoon wordt onderzocht, dit om elk tijdverlies te vermijden en het behoud van de werkrelatie zoveel mogelijk te garanderen³⁵⁹. Deze maatregelen zijn bijvoorbeeld aanpassingen van de werkplek, opleidingen, plaatsing, beroepsoriëntatie of socioprofessionele readaptatie.

Ook Zweden voorziet een vroege tussenkomst voor arbeidsongeschikte werknemers die langdurig afwezig zijn. Om ervoor te zorgen dat meer mensen terug aan het werk gaan, werd in 2008 de *Rehabilitation Guarantee* ingevoerd³⁶⁰. In dit kader heeft de persoon de mogelijkheid om een cognitieve gedragstherapie of een psychotherapie van 8 tot 20 sessies te volgen³⁶¹. Van 2009 tot 2012 werd in de *Rehabilitation Guarantee* ongeveer honderd miljoen euro geïnvesteerd, terwijl tien miljoen werd uitgetrokken voor de evaluatie van het systeem en de behandelingsmethodes die worden aangeboden³⁶². De resultaten van twee studies die in 2011 en 2012 werden gepubliceerd, zijn echter niet bemoedigend³⁶³. Het

³⁵⁶ Wijziging van het Reglement op de invaliditeitsverzekering (RAI) van 17 januari 1961, *Recueil officiel des lois fédérales*, n°831.201, pp. 5155-5172.

³⁵⁷ Artikel 1^{ter} van RAI.

³⁵⁸ Zie ook daarover : OESO, *Mental Health and Work : Switzerland* , Paris, 2014, p. 63.

³⁵⁹ Artikel 1^{octies} du RAI.

³⁶⁰ Over de implementatie van het system, zie: BRÄMBERG E.B., KLINGA C., JENSEN I., BUSCH H., BERGSTRÖM G., BROMMELS M., HANSSON J., « Implementation of evidence-based rehabilitation for non-specific back pain and common health problems : a process of evaluation of a nationwide initiative », *BMC Health Serv Res.*, 2015, 15 :79, gepubliceerd online op 28 februari 2015.

³⁶¹ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 151.

³⁶² Sweden's national reform programme 2012, « Europe 2020 – EU's strategy for smart, sustainable and inclusive growth », beschikbaar op de website van de Europese Commissie. URL : http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/nrp2012_sweden_en.pdf

³⁶³ BUSCH H. , BONNEVIER H., HAGBERG J., LOHELA KARLSSON M., BODIN L., NORLUND A. en al., « En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantinseffekter på sjukfrånvaro och hälsa.

aantal ziekenverloven was niet verminderd, wel integendeel³⁶⁴. In 2013 kwam een gerandomiseerde studie tot dezelfde conclusie: de vroege en multidisciplinaire evaluatie werd geassocieerd met langdurige ziekteverloven en mensen die vaker gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn³⁶⁵. Een van de redenen die dit kunnen verklaren, is het feit dat de gezondheidsexperts zich concentreren op de symptomen en de problemen van de personen, en niet op hun sterke punten³⁶⁶. Bovendien krijgt het systeem ook steeds meer kritiek in de algemene context van de overheidsbesparingen, en het is niet ondenkbaar dat deze kritiek een impact heeft op de geïntegreerde personen³⁶⁷. Ook het gebrek aan continue evaluatie van de *Rehabilitation Guarantee* stuitte op kritiek, net als het feit dat werd gekozen voor bepaalde types therapie³⁶⁸. Volgens de OESO zou het model moeten worden verbeterd: het systeem wordt te weinig gebruikt, heel wat gerechtigden stappen eruit, de financiering is weinig haalbaar en voor de therapieën zou er meer personeel moeten worden opgeleid en aangetrokken³⁶⁹.

Kortom, het is momenteel nog moeilijk uit te maken welke vorm een invaliditeitsverzekering moet aannemen om het absentisme op het werk te bestrijden. Dat mag echter niet beletten dat men zich bezint over de verschillende mogelijkheden om een werkrelatie te behouden en een preventiebeleid te voeren of te versterken ten aanzien van de psychosociale risico's op de werkplaats³⁷⁰.

Slutrapport del I [A national evaluation of the rehabilitation guarantee effects on sickness absence and health], Stockholm: Karolinska Institutet, 2011 ; HÄGGLUND P , JOHANSSON P. en LAUN L., Rehabiliteringsgarantin Rapport 2012:26. Zie ook de twee studies van Karolinska Institutet : OESO, *Mental Health and Work: Sweden*, Paris, 2013, p. 122.

³⁶⁴ HÄGGLUND P , JOHANSSON P. en LAUN L., Rehabiliteringsgarantin Rapport 2012:26.

³⁶⁵ CARLSSON L., ENGLUND L., HALLQVIST J., & WALLMAN T., « Early multidisciplinary assessment was associated with longer periods of sick leave: A randomized controlled trial in a primary health care centre », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2013, 31, pp. 141–146.

³⁶⁶ *Ibidem*.

³⁶⁷ Zie de kritiek van parlamentslid Christina Oskarsson à Ulf Kristersson : Skriftlig fråga « 75 000 enskilda fall », 25 maart 2013, 2013/14:523.

³⁶⁸ Interview van Rolf Holmqvist par AGERBERG M., « Rehabgarantin får hård kritik », *Läkartidningen*, 28 juli 2015.

³⁶⁹ OESO, *Mental Health and Work: Sweden*, Paris, 2013, p. 122.

³⁷⁰ Zie in Noorwegen in dit verband LØVVIK C., SHAW W., ØVERLAND S. and REME S.E., « Expectations and Illness Perceptions as Predictors of Benefit Reciprocity Among Workers with Common Mental Disorders: Secondary Analysis from a Randomized Controlled Trial », *BMJ Open*, 2014, Vol. 4 :e004321.

5.9. Behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen reeds op school om stigmatisering te vermijden

Jongeren met mentale stoornissen maken meer kans om te falen op school en de school vroeger te verlaten dan jongeren met een goede geestelijke gezondheid³⁷¹. De OESO suggereerde een aantal good practices voor de scholen. Bedoeling is om leerlingen met mentale stoornissen sneller te laten behandelen, te voorkomen dat ze hun studies voortijdig opgeven, de expertise van de leerkrachten te verhogen en de jongeren te steunen bij de overgang tussen studeren en het zoeken van werk³⁷².

Een land dat zich in dit opzicht bijzonder onderscheidt is Zweden. Daar bestaat een structuur die jongeren met mentale stoornissen opvangt zonder ze te stigmatiseren³⁷³. Zweden richtte immers *Youth Clinics* op voor jongeren met maatschappelijke of gezondheidsproblemen, dus ook mentale problemen. Deze klinieken bieden tal van diensten aan zodat de gezondheidsprogramma's - vooral de programma's voor mentale stoornissen - minder stigmatiserend zijn. Jongeren tot 20 jaar kunnen gratis terecht in deze klinieken, die een initiatief zijn van de overheid. Sinds hun oprichting in 2002 kregen de klinieken al ongeveer 1,3 miljoen jongeren over de vloer.

In België lijken enkele nieuwe maatregelen dezelfde richting uit te gaan: op 1 juli 2015 opende het psychiatrische zorgnet Epsilon in Brussel het adolescentenhuis "AREA+". 52 jongeren tussen 12 en 20 jaar kunnen er terecht voor hulp bij verschillende soorten problemen: psychologisch lijden, eetstoornissen, depressie, familiale problemen, schoolverzuim, enz³⁷⁴. Het centrum is echter uitsluitend bestemd voor de behandeling van mentale of psychiatrische problemen. *A priori* lijkt dit soort klinieken niet wezenlijk te verschillen van de al bestaande pedopsychiatrische centra. Hoewel ze nodig kunnen zijn voor de behandeling van bepaalde ernstige problemen, kunnen ze ook stigmatiserend werken en bijgevolg geen ruim publiek aantrekken.

Ook op school is er aandacht voor de problemen, in de vorm van psycho-medisch-sociale centra (CPMS) in de Federatie Wallonië-Brussel³⁷⁵ of centra voor leerlingenbegeleiding in

³⁷¹ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 41.

³⁷² Zie het hoofdstuk 2 van OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit..

³⁷³ Zie voor de paragraaf: OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 17, p. 59 ; OESO, *Mental Health and Work: Sweden*, Paris, 2013.

³⁷⁴ Zie de site van het project. URL : <http://www.laramee.be/index.php/hospitalisations/area>

³⁷⁵ Decreet van de Franse Gemeenschap van 14 juli 2006 betreffende de opdrachten, programma's en activiteitenverslag van de psycho-medisch-sociale centra, *Belgische staatsblad*, 5 septembre 2006.

Vlaanderen³⁷⁶. Zij stellen zich tot taak om schoolgaande jongeren te steunen en te begeleiden. Vanwege de lange wachtlijsten zijn deze centra echter minder toegankelijk en minder gefocust op de preventie en vroege detectie van de gezondheidsproblemen dan op de behandeling ervan³⁷⁷.

Australië ten slotte onderscheidde zich met twee destigmatiseringscampagnes op de scholen die een zeker succes kenden: de campagne *KidsMatter* voor de lagere scholen en de campagne *MindMatters* voor de middelbare scholen van het land³⁷⁸. Bedoeling is onder meer om een goede mentale gezondheid van de leerlingen te promoten en de sterke en zwakke punten van de scholen in dit opzicht te identificeren. Het programma promoot de best mogelijke samenwerking tussen leerkrachten, ouders, leerlingen en de schoolgemeenschap in het algemeen. Uit de eerste studies die de prestaties van deze programma's evalueerden, blijkt dat de leerkrachten nu meer rekening houden met geestelijke gezondheidsproblemen dan vroeger, er beter over communiceren met de leerlingen en dat de aangeboden behandeling de globale geestelijke gezondheid van de leerlingen en hun schoolresultaten verbetert³⁷⁹. Nog andere studies werden gestart om de impact van deze programma's nauwkeuriger te meten.³⁸⁰

6. Aanbevelingen

Tot slot van dit rapport vergelijken we enkele buitenlandse good practices met de Belgische realiteit en specifiek in het domein van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, teneinde een aantal aanbevelingen te formuleren inzake de begeleiding van mensen met mentale stoornissen bij hun terugkeer naar de arbeidsmarkt. De hierna volgende aanbevelingen moeten worden gelezen in het licht van de buitenlandse voorbeelden en zijn vooral gebaseerd op de vrije en semi-directieve gesprekken die we hebben gevoerd en op de documentatie die ons ter beschikking werd gesteld.

³⁷⁶ Vlaamse decreet van 1^{ste} december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding, *Belgische staatsblad*, 10 april 1999.

³⁷⁷ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 61.

³⁷⁸ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 41. Zie daarover Askell-Williams, H., Russell, A., Dix, K.L., Slee, P.T., Spears, B.A., Lawson, M.J., Owens, L.D. en Gregory, K., « Early challenges in evaluating the KidsMatter national mental health promotion initiative in Australian primary schools », *The International Journal of Mental Health Promotion*, 2009, 10, pp. 35-44 ; Slee PT, Lawson MJ, Russell A, Askell-Williams H, Dix KL, Owens L, Skrzypiec G, Spears B, « KidsMatter Primary Evaluation Final Report », Centre for Analysis of Educational Futures, Flinders University of South Australia, 2009. Zie ook andere instrumenten op de website *Mindmatters*. URL : <http://www.mindmatters.edu.au>

³⁷⁹ Zie de studies van Slee et al., Langeveld en al., Weare et Nind, Skre et al. geciteerd in OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 43.

³⁸⁰ Zie de samenwerking tussen *Commonwealth Department of Health and Ageing* en *the Principals Australia Institute*.

6.1. Gegevens verzamelen over het sociaal statuut, de opvolgende instantie, de opleidingsresultaten en de werkomstandigheden

De eerste aanbeveling van dit rapport is van methodologische aard, maar van bijzonder belang om de verschillende trajecten die mensen met mentale stoornissen volgen en de werkomstandigheden van deze mensen te beschrijven en te evalueren. Heel wat administraties of verenigingen die met de RIZIV-verzekerde patiënten samenwerken, registreren slechts zeer weinig gegevens over de trajecten die ze volgen. Daardoor was het ook moeilijk om in het kader van dit onderzoek een stand van zaken te geven over de tenlasteneming van deze personen.

Het probleem betreft niet alleen de diensten die de RIZIV-verzekerde patiënten begeleiden, maar werd ook aangehaald door supranationale instanties. Het Comité voor Sociale Rechten, dat zich tot taak stelt om na te gaan of de landen die het Europees Sociaal Handvest hebben ondertekend de regels ervan strikt naleven, besloot in 2012 dat de situatie in België niet conform artikel 15§2 van het Handvest is. Bij gebrek aan beschikbare gegevens voor België, kon het immers niet vaststellen of personen met een handicap toegang hadden tot werk (in een gewone werkomgeving)³⁸¹.

De overheid zou een databank moeten oprichten om het effect van de begeleiding van de gerechtigden te kunnen analyseren. In dit opzicht zou het gepast zijn om minstens de volgende gegevens te verzamelen, het sociaal statuut van de persoon, de eventuele begeleiding naar werk die hij heeft genoten, de opleidingen die hij heeft gekregen, zijn studieniveau, de sector waarin hij is tewerkgesteld, zijn loon, de eventuele specifieke aanpassingen op de werkplek en zijn anciënniteit.

De rapporten van de *GTB*³⁸² zijn een mooi voorbeeld van informatie over de uitstroom tussen het sociaalzekerheidsstelsel en de arbeidsmarkt, maar meer gegevens over de uiteindelijke job en de werkomstandigheden zouden bijzonder nuttig zijn.

Aan Franstalige zijde was het meest complete rapport dat we konden raadplegen dat van de Waalse dienst activering in Luik. Voor 2013 meldt het rapport dat in het kader van de dienst activering 98 personen werden opgevolgd door twee Luikse vzw's (AIGS en Article 23). Van deze 98 personen had 33% een RIZIV-statuuut (primaire arbeidsongeschiktheid/invaliditeit) en

³⁸¹ Conclusies 2012 van het Europees Comité van de sociale rechten, artikels 1, 9, 10, 15, 18, 20 en 25 van het herziene Europees Sociaal Handvest.

³⁸² Zie volgende rapporten van GTB : *Uitstroomonderzoek* 2014, 2013 et 2012.

8 mensen konden worden tewerkgesteld op de gewone arbeidsmarkt. Veruit de meeste gerechtigden werden in 2014 nog steeds gevolgd door de dienst en waren op zoek naar werk, een opleiding of een stage. Sinds het begin van de Convention Activation, ging de dienst ook na of de mensen die werk hadden gevonden begeleiding kregen bij de aanwerving. Van de 11 personen die werk hadden gevonden, had bijna een derde die begeleiding niet nodig. 18% werd door de OCMW's aangeworven via artikel 60 en 18% vond werk dankzij de steun die is voorzien in het kader van het Activa-plan. De andere steunmaatregelen voor het resterende derde waren steun van de AWIPH (beroepsherscholingsovereenkomst, integratiepremie of compensatiepremie) of steun ter bevordering van de werkgelegenheid (namelijk subsidies aan de werkgevers in de non-profitsector). De dienst activering analyseerde ook het studieniveau van de gerechtigden die werden opgevolgd: 17% had een attest basisonderwijs, 35% een attest lager middelbaar onderwijs en 31% een attest hoger middelbaar onderwijs. Slechts 9% had een bachelor en 3% een master. Ten slotte onderzocht de dienst in welke activiteitensectoren de gerechtigden terecht waren gekomen: 4 personen werken in de horeca, 1 persoon in de sector logistiek en transport, 1 persoon in de chemische sector, 1 persoon is schilder, 1 persoon onthaalmedewerker in een gespecialiseerde instelling en 1 persoon ten slotte werkt in de onderhoudssector (polyvalent arbeider).

6.2. Een gids voor de beoordeling van geestesziekten opstellen om de artsen te sensibiliseren en op te leiden

Mensen met mentale stoornissen hebben nog vaak te lijden onder zware vooroordelen, ook vanwege de adviserend geneesheren. Niet zelden menen adviserend geneesheren dat elke professionele re-integratie uitgesloten is voor mensen met mentale stoornissen. Sommige terreinwerkers hebben het gevoel dat ze "ondanks alle moeilijkheden" toch hun werk moeten blijven doen.³⁸³ Op de diensten voor arbeidsbemiddeling, klagen sommige maatschappelijk werkers over het feit dat het psychische probleem gewoon wordt weggewuifd. De adviserend geneesheer vermeldt het niet in het formulier over de functionele beperkingen van de gerechtigden dat ze van hem ontvangen. Soms roepen de arbeidsdiensten de hulp in van de aanwezige artsen op hun dienst of artsen die verbonden zijn aan een externe dienst (zoals de GA in Vlaanderen).

Sommige adviserend geneesheren nemen de psychiatrische problemen niet ernstig en

³⁸³ 4 juni 2015.

blijken een beperkte kennis in dit domein te hebben³⁸⁴. Andere zijn voorzichtiger en nemen contact op met de behandelende psychiaters als de persoon daarmee akkoord gaat.

Om deze beperkte expertise van de adviserend geneesheren te verhelpen, zou een gids van het RIZIV binnenkort moeten helpen om mentale stoornissen te diagnosticeren en na te gaan in hoeverre ze een arbeidsongeschiktheid betekenen van minstens 66%. Deze gids wordt momenteel samengesteld door een werkgroep van het RIZIV waarvan onder meer de verschillende medische directies van de ziekenfondsen deel uitmaken en die wordt gecoördineerd door Dr. Feron.

Een dergelijk initiatief kunnen we alleen maar toejuichen. Toch zal deze gids alleen niet volstaan om de adviserend geneesheren beter op te leiden tot de psychiatrie en psychopathologie. We verwijzen dan ook naar de buitenlandse goede voorbeelden betreffende de opleiding van de huisartsen.

6.3. Het werk van de gezondheids- en de arbeidsspecialisten meer systematisch coördineren

De actoren in het domein van gezondheid en werk die de mensen met mentale stoornissen omringen, ontmoeten elkaar af en toe maar werken slechts zelden gecoördineerd samen.

Getuige daarvan de vele communicatieproblemen op het terrein, ook over de professionele re-integratieproblemen van mensen met mentale stoornissen. De begeleiders van mensen met mentale stoornissen beschikken soms over te weinig informatie over de carrièremogelijkheden voor de gerechtigden³⁸⁵.

De opleidings- of professionele re-integratiemogelijkheden zijn nog te vaak weinig bekend bij de terreinwerkers. In 2014 bijvoorbeeld wist de Waalse dienst voor arbeidsbemiddeling amper van het bestaan van centra voor opleiding en professionele re-integratie van personen met een handicap af³⁸⁶. Ook de centra voor functionele readaptatie en hun *jobcoaches* waren amper bekend in bepaalde ziekenfondsen, die arbeidsongeschikte gerechtigden meestal doorverwezen naar de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling

³⁸⁴ Iemand vertelde ons zelfs dat een adviserend geneesheer dacht dat een persoon die zich had opgemaakt niet depressief kon zijn.

³⁸⁵ Zie het document van het AIGS over psychosociale rehabilitatie, voorgesteld en verspreid tijdens het colloquium van het RIZIV van 25 april 2014: "Invaliditeit en werk, geestelijke gezondheid".

³⁸⁶ Informatie gekregen tijdens de uiteenzetting van de AWIPH in het kader van het colloquium van het RIZIV van 25 april 2014: "Invaliditeit en werk, geestelijke gezondheid".

of naar organisaties voor personen met een handicap. Deze organisaties zijn echter niet altijd goed geplaatst om te beantwoorden aan de behoeften van mensen met mentale stoornissen. Bovendien blijft de samenwerking tussen de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling en de adviserend geneesheren moeilijk, al trachten sommige terreinwerkers en administraties de relatie wel te verbeteren³⁸⁷.

Gelukkig zijn er ook enkele uitzonderingen in dit verband. In Vlaanderen tracht de top van de administratie net als de wetgever geleidelijk aan de relaties tussen de actoren in de domeinen geestelijke gezondheidszorg en werk te intensiveren. De *job coaches* van het project 107 en de experts inzake plaatsing van de gerechtigden (*VDAB* of *GTB*) werken steeds vaker samen. De *GTB* legt in haar werkschrift *Bruggen Bouwen* uit hoe ze - vanuit professioneel oogpunt - optreedt in het kader van de eerste vier functies van de projecten artikel 107 en welke initiatieven ze lokaal organiseert samen met andere partners. Een belangrijke coördinatie werd doorgevoerd tussen de *GTB* en de andere partners van de projecten artikel 107. De samenwerking tussen de adviseurs van de *VDAB* en de *GTB* enerzijds en tussen de geestelijke gezondheidscentra en de psychiaters anderzijds, zou de kennis van de verschillende actoren hebben uitgebreid. Een ander Vlaams voorbeeld betreft de integratie van de medische diensten (*GA*) en de dienst voor arbeidsbemiddeling die is bestemd voor personen met een arbeidshandicap (*GTB*). Netwerken met zorg- en arbeidsspecialisten zullen in Vlaanderen nog worden uitgebreid en structureel worden erkend met het Vlaamse decreet van 25 april 2014 houdende de werk- en zorgtrajecten.

Aan Franstalige kant lijken de initiatieven minder rechtstreeks te worden gecoördineerd door de administraties, maar ze kunnen uitgaan van lokale actoren die door de administraties worden gefinancierd. In Wallonië bijvoorbeeld coördineren enkele verenigingen die werken rond professionele re-integratie hun werkzaamheden met die van andere verenigingen in de sector. Soms "leiden ze ook zichzelf op". Het project "Insertion socioprofessionnelle et Santé mentale" van de vzw Calif, dat 27 partners verenigt, wil onder meer de samenwerking bevorderen tussen de sectoren integratie en geestelijke gezondheid, met het oog op een duurzame integratie en re-integratie van het doelpubliek. De vzw, die wordt gefinancierd in het kader van een tijdelijk project van het Forem, ontwikkelde ook enkele gezamenlijke instrumenten om de netwerkvorming te bevorderen. Een ander voorbeeld is de oprichting van een supralokaal netwerk in overleg met de Espace Socrate en de lokale *jobcoaches*. Het netwerk Wab, dat normaal gezien werkt met mensen met een verslavingsprobleem,

³⁸⁷ Zie met name de uiteenzetting over de overeenkomst Actiris-RIZIV tijdens de studiedag van het RIZIV op 3 oktober 2014: "La réinsertion socioprofessionnelle : quelles perspectives pour l'avenir ? ". De problematiek is echter niet specifiek voor Brussel.

ondersteunt dit initiatief door haar methodologie voor de implementatie van een dergelijk netwerk beschikbaar te stellen. De partners van het Wab bepaalden een algemene gezamenlijke doelstelling en werkten verschillende instrumenten uit om het werk van de partners te vergemakkelijken (ethisch charter, geïnformeerde instemming van de patiënt, huishoudelijk reglement, enz.). Een derde Waals voorbeeld is de dienst activering die vroeger werd gefinancierd door de federale overheid maar vandaag door het Waalse Gewest. Deze dienst, die werd opgericht in 2002, subsidieert sinds 2006 twee bijkantoren (Luik en Namen). In de Luikse regio zijn het de Association interrégionale de Guidance et de Santé (A.I.G.S.) en de vzw Article 23 die het project voor de activering van personen met psychologische stoornissen naar werk en opleiding hebben ontwikkeld. Er wordt onder meer een netwerk opgericht van partners in de domeinen werk, gezondheid en opleiding en er worden gemeenschappelijke werkinstrumenten ontwikkeld. Ook het Forem is betrokken bij het proces en heeft met de dienst een samenwerkingsovereenkomst gesloten. Momenteel wordt onderzocht welke factoren het jobbehoud vergemakkelijken.

Een laatste veelbelovend initiatief voor netwerkvorming betreft de federale projecten artikel 107³⁸⁸ en de actoren die zijn verenigd in de functiecomités (zie bijlage 1). Via de rol van *jobcoach* konden synergieën worden uitgetest en konden de diensten voor zorg en professionele rehabilitatie beter worden geïntegreerd. Hoewel de samenwerking tussen deze diensten dus toeneemt, zou het voorbarig zijn om al van een echte "integratie" te spreken.

In het kader van deze intensieve samenwerking, is het aangewezen om de verplichtingen en opdrachten van de verschillende interveniënten duidelijk te omschrijven en na te gaan of de betrokkene akkoord gaat met de informatieuitwisseling. Werken aan een betere samenwerking en de uitbreiding van netwerken betekent niet dat alle informatie waarvan de maatschappelijk werkers op de hoogte zijn moet worden gedeeld met het hele netwerk. De maatschappelijk werker krijgt van de gerechtigden soms heel wat informatie die hij niet mag bekendmaken omwille van zijn beroepsgeheim. Het is dus terecht dat sommige terreinwerkers voorzichtig zijn als ze een situatie bespreken met de adviseurs van het Forem, dat de beschikbaarheid van de werkzoekenden moet controleren, of met de adviserend geneesheren die de arbeidsgeschiktheid van de gerechtigde moet evalueren.

³⁸⁸ Zie bijvoorbeeld de methodologie die wordt gevolgd door het project "Fusion Liège", en meer bepaald zijn vademecum voor het gebruik van het individuele dienstenplan (Plan de Services individualisé (PSI)).

6.4. Meer *jobcoaches* aanwerven en hen beter opleiden

In het kader van het IPS-model maar ook daarbuiten, is de rol van de *jobcoach* van bijzonder belang voor een geslaagde professionele re-integratie. Zijn werk zal des te meer vruchten afwerpen als de persoon echt weer aan het werk wil en zijn caseload niet te groot is. Zo kan hij de persoon begeleiden op lange termijn (op de werkvloer of daarbuiten als de persoon niet wil dat de anderen hem zien ³⁸⁹).

Een ander probleem vandaag betreft het feit dat deze personen zich na hun beroepsherscholingstraject "verloren voelen in hun zoektocht naar werk of in hun nieuwe werkomgeving" ³⁹⁰. Om deze problemen van de gerechtigden te verhelpen en hen een duurzame professionele re-integratie te kunnen aanbieden, zouden ze systematisch moeten worden opgevolgd op lange termijn en op de werkvloer. In Vlaanderen lijkt de *GOB* dit regelmatig te doen. Aan Franstalige zijde bestaat de opvolging wel, maar ze varieert naargelang de organisatie die de persoon met psychische stoornissen begeleidt. Het IPS-model promoot een begeleiding van onbepaalde duur.

De *jobcoaches* van de 19 projecten artikel 107 kunnen vandaag slechts een zeer klein deel van de mensen met mentale stoornissen opvolgen. Het aantal van deze mensen bedroeg eind 2013 109.000. De begeleiding waarop de RIZIV-verzekerde patiënten een beroep kunnen doen, lijkt in het algemeen overigens onvoldoende ³⁹¹.

Ten slotte moeten de *jobcoaches* beter worden opgeleid en elkaar vaker kunnen ontmoeten om tips uit te wisselen. Tegenwoordig worden er lokale structuren opgericht voor hulp aan en begeleiding van de *jobcoaches*. Het aanbod is echter nog niet systematisch en het zou nuttig zijn als de *jobcoaches* precies zouden weten wat het RIZIV van hen verwacht. In Wallonië bijvoorbeeld leidt de Espace Socrate de *jobcoaches* op tot professionele re-integratietechnieken. Elders in het land ontstaan in het kader van initiatieven van bepaalde organisatie supralokale netwerken die met name de *jobcoaches* verenigen en de goede procedés met elkaar willen uitwisselen. In Vlaanderen is het vooral de *GTB* die, steunend op haar expertise, haar procedés deelt met de andere *jobcoaches*.

³⁸⁹ Voor een analyse over de behoefte van de werkgevers om de mentale gezondheidsproblemen te kennen, zie de resultaten van het onderzoek van vzw Article 23 in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting, in het jaarverslag 2014 van de vzw., pp. 17 et s.

³⁹⁰ COUTTELIER F., DELVAUX J., La réadaptation professionnelle pour un nouveau départ, dossier gerealiseerd op 17 mei 2007, *En Marche* [journaal van de *Christian Wederkerigheid*].

³⁹¹ *Ibidem*.

De opleiding *Disability Management* die momenteel wordt ontwikkeld bij het RIZIV, zou de kennis van de terreinwerkers vergroten maar kan niets veranderen aan de obscure zones van de wetgeving. Overigens is het niet zeker dat deze theoretische kennis volstaat om de praktische problemen op het terrein te verhelpen. Het zou dus goed zijn om een structuur op te richten waarin de jobcoaches hun "good practices" met elkaar zouden kunnen delen. Ook voormalige psychiatrische patiënten zouden vanuit hun ervaringen hun steentje kunnen bijdragen³⁹².

6.5. Een nationale structuur voor supported employment uitwerken die ook oog heeft voor de werkomstandigheden

Om redenen die we al hebben uitgelegd bij de analyse van goede voorbeelden uit het buitenland, zou het opportuun zijn om een platform te creëren waar we de *jobcoaches* kunnen opleiden en de professionele re-integratiemodellen kunnen diversifiëren die vandaag erg gericht zijn op opleiding (al lijken de activiteiten die er bestaan soms wel op werk). Om parallelle structuren zonder heilzame resultaten te vermijden, zou het gepast zijn om de ontwikkeling van deze structuur te baseren op het recht op goede werkomstandigheden en het recht op de vrije beroepskeuze - die beide wezenlijk deel uitmaken van het grondwettelijk recht op werk.

Het federale karakter van deze structuur zou moeten worden bevoorrecht. De uitkeringen van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn immers een federale aangelegenheid en de behandeling van RIZIV-verzekerde patiënten vergt van de administraties al complexe samenwerkingen tussen verschillende "machtsniveaus". Sinds de zesde staatshervorming is de rol van *jobcoach* wel gedefederaliseerd, maar toch zou er een gemeenschappelijke structuur moeten worden opgericht tussen de *jobcoaches*. Deze structuur zou immers bijstand kunnen verlenen aan de comités van functie 3 van de projecten artikel 107 en het RIZIV toelaten om te bepalen wat specifiek moet blijven voor elk comité en wat transversaal kan worden (bv moeten er afgevaardigden zetelen in alle comités? Zijn afhankelijk van de verschillende comités sommige re-integratiemodellen heilzamer dan andere?).

³⁹² Zie punt 4.4. van het verslag "Voormalige psychiatrische patiënten als ervaringsdeskundigen".

6.6. Het IPS-model uittesten op een wetenschappelijke manier

Om redenen die we al hebben genoemd, is dit model erg veelbelovend voor mensen met een ernstige mentale stoornis (ook als het niet exclusief is). Er moeten echter nog een aantal variabelen grondiger worden uitgewerkt, met name met betrekking tot de werkomstandigheden en de loopbaan van de deelnemers. Zoals we al suggereerden zou bij de lancering van een pilootproject een gerandomiseerde gecontroleerde studie (*randomized controlled trial*) helpen om de resultaten van het IPS-model in België te objectiveren. In het algemeen zijn dergelijke studies nauwkeuriger dan andere methodes om de professionele re-integratieprogramma's te evalueren.

Ten slotte kan een dergelijk project pas worden opgestart als aan een aantal voorvereisten is voldaan. We verwijzen in dit verband naar het deel over het IPS-model.

6.7. Professionele rehabilitatieaanvragen sneller behandelen om te vermijden dat het traject van de gerechtigde die opnieuw wil werken in het gedrang komt

In het kader van de toekenning van kosten voor het bijschaven van de competenties of het verwerven van nieuwe competenties, zouden de administratieve procedures van het RIZIV moeten worden vereenvoudigd om de aanvragen efficiënter en sneller te kunnen behandelen. Terreinwerkers menen dat het nog te lang duurt voordat ze van de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit toestemming krijgen om een opleiding te starten. Uitzonderlijk was er tijdens onze gesprekken één adviserend geneesheer die aangaf dat hij van de begeleiders van de gerechtigde niet snel genoeg de gevraagde informatie krijgt waarop hij beslissing moet baseren.

Enkele terreinwerkers zijn van mening dat de adviserend geneesheer en de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit soms te voorzichtig zijn in hun beslissingen, wat het traject dat werd uitgewerkt door de gerechtigde en de maatschappelijk medewerker die hem begeleidt in het gedrang kan brengen.

Hoewel medisch advies soms kostbaar is om de functionele beperkingen te kennen en dit advies zeker nodig is om een medische diagnose te stellen, zou een herdefiniëring van de rol van adviserend geneesheer in het kader van het beroepsherscholingsproces - afhankelijk van de rol en de expertise van de andere terreinwerkers - heel wat tijd kunnen besparen en ook meer gepast kunnen zijn. De notie arbeidsongeschiktheid is immers een economische

notie en de geneesheren kennen de arbeidsmarkt soms minder goed dan de terreinwerkers die de gerechtigde helpen om werk te zoeken of in een project te stappen.

6.8. De gerechtigden begeleiden die opnieuw aan het werk willen

Toen in 2011 de wet van 14 juli 1994 betreffende de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen in die zin werd gewijzigd dat het voorafgaandelijk karakter van de toelating tot werkhervatting werd afgeschaft en werd vervangen door een toelating die *a posteriori* kon worden verleend, opteerde de wetgever voor een vrijwillige werkhervatting. De memorie van toelichting van het ontwerp van programmawet stelde immers: "Het betreft een maatregel ter bevordering van de vrijwillige werkhervatting door de gerechtigden die arbeidsongeschikt zijn herkend en die, van een geneeskundig oogpunt uit, een bepaalde vermindering van hun vermogen behouden"³⁹³.

Behalve het feit dat de filosofie van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen gericht is op gerechtigden die weer aan het werk willen, haalden de terreinwerkers nog andere argumenten aan die volgens hen rechtvaardigen dat de gerechtigden op vrijwillige basis moeten deelnemen aan een professioneel re-integratieprogramma.

Ten eerste zijn de diensten die de RIZIV-verzekerde patiënten die weer willen werken begeleiden nu al overbelast. Zoals we al zeiden in het kader van het IPS-model, is het nochtans belangrijk dat de individuele begeleiding intensief is. Alleen dan immers kan voor de gerechtigde de best mogelijke job worden gekozen en kan hij zich succesvol re-integreren op de arbeidsmarkt. De begeleiding van een arbeidsongeschikte persoon die al heel lang niet meer heeft deelgenomen aan de arbeidsmarkt, is echter een dure aangelegenheid. Sommige van de betrokken actoren kunnen daarom moeilijk geloven dat een gedwongen begeleiding mogelijk kan zijn, tenzij er aanzienlijk veel financiële middelen zouden bijkomen.

Ook het feit dat de deelname vrijwillig is, kan bijdragen tot een geslaagde professionele re-integratie en aangeven dat enkele prioritaire problemen zijn opgelost. Tot deze conclusie kwam ook Mike Evans, expert in het domein van supported employment en voormalig vicevoorzitter van de *European Union of Supported Employment*. Volgens hem is een van de grootste problemen die hij in Ierland heeft gezien het feit dat er oneigenlijke aanvragen worden ingediend (door gerechtigden die niet allemaal invalide zijn): sommigen van hen wilden niet werken of slaagden er echt niet in omwille van hun gezondheid, een te lage

³⁹³ Ontwerp van programmawet, Memorie van toelichting, *Parl. St.*, Kamer, 19 mei 2011, n°1481/001.

motivatie of persoonlijke problemen³⁹⁴. Mike Evans meent dat het proberen te helpen van deze mensen die deze hulp niet wilden - maar die ze wel moesten aanvaarden om hun uitkering te kunnen behouden - contraproductief was. Daarom besloot zijn organisatie om strengere toegangsvoorwaarden op te leggen³⁹⁵. Verder is hij van mening dat het beter is dat sommige problemen - met name sociale of gedragsproblemen - eerst opgelost zijn voordat er werk wordt gezocht. Het "Place-then-train"-model dat hij in zijn organisatie heeft ingevoerd, is volgens hem niet voor iedereen geschikt³⁹⁶.

De opmerking suggereert dat aan sommige behoeften eerder moet worden voldaan dan aan andere, iets wat ook al werd vastgesteld door de psycholoog Abraham Maslow. Hij hiërarchiseerde de fundamentele behoeften in een theoretisch kader dat sindsdien genoegzaam bekend is als "de piramide van Maslow". De behoeften van de individuen worden in deze piramide gerangschikt op vijf niveaus³⁹⁷. De mens zou eerst en vooral zijn lichamelijke behoeften willen bevredigen en dan pas zijn behoeften aan veiligheid (bv inkomenszekerheid). Zodra deze behoeften bevredigd zijn, trachten de individuen hun behoeften aan liefde of samenhang te bevredigen. Pas als deze behoeften aan veiligheid bevredigd zijn, worden de behoeften aan zelfrespect belangrijk. Op het laagste niveau ten slotte staan de behoeften aan zelfverwezenlijking.

De Belgische hervorming van de activering van gedeeltelijk arbeidsongeschikte gerechtigden in de werkloosheidsverzekering, is een mooi voorbeeld om de effecten te analyseren van een systeem dat arbeidsongeschikte gerechtigden verplicht om weer aan het werk te gaan. Sommige terreinwerkers menen dat deze hervorming de uitkeringsgerechtigden zoveel stress heeft bezorgd - waardoor soms hun gezondheidstoestand verergerde - dat sommigen nog banger zijn om (weer) te gaan werken dan voorheen. Op deze kwestie zullen we in het volgende deel nog terugkomen, maar het mag duidelijk zijn dat wanneer iemand voor minstens 66% arbeidsongeschikt is, hij enkel op de arbeidsmarkt kan worden geïntegreerd als zijn vermogen dat toelaat en enkele basisbehoeften bevredigd zijn. Enkele voorwaarden kunnen hem helpen om het opnieuw te proberen op de arbeidsmarkt.

³⁹⁴ *Ibid.*, p. 39.

³⁹⁵ SPJELKAVIK Ø., FRØYLAND K., EVANS M., « Supported Employment in Norway. A National Mainstream Programme », *op. cit.*, p. 41.

³⁹⁶ *Ibid.*, p. 42.

³⁹⁷ Zie MASLOW A., *Devenir le meilleur de soi-même. Besoins fondamentaux, motivation et personnalité*, Paris, Eyrolles, 2008, pp. 57 et s.. De derde editie dateert uit 1987 en werd uit het Engels vertaald door L. Nicolaieff.

6.9. De gerechtigden meer juridische zekerheid bieden zodat ze durven weer te gaan werken

Volgens heel wat terreinwerkers durven vele gerechtigden geen readaptatietraject volgen of weer aan het werk gaan uit angst dat ze hun uitkeringen zullen verliezen en vooral niet meer te zijn verzekerd als ze hervallen op medisch vlak. Het zou opportuun zijn om een grondige studie te wijden aan alle problemen die zich voordoen, maar we kunnen nu al vier problemen aanduiden die moeten worden opgelost.

Een eerste probleem betreft de communicatie aan de gerechtigden en de actoren die hen moeten begeleiden. Zij krijgen van hun gesprekspartners verschillende, soms tegenstrijdige informatie³⁹⁸. In 2012 bleek uit een studie dat zelfs de adviserend geneesheren, die nochtans op de eerste lijn staan in het kader van het readaptatieproces, niet hadden begrepen dat het feit dat de persoon nog een arbeidshandicap moet hebben van meer dan 50%, niet betekent dat hij zich moet beperken tot deeltijds werk³⁹⁹. De toelichtende brochures van het RIZIV lijken niet voldoende verspreid te zijn. Bovendien geven ze geen uitleg over de berekening van de vergoeding bij een werkhervatting en zeggen ze niets over gevallen van medisch recidief. Deze kwestie moet in de wet- en regelgeving worden verduidelijkt ten aanzien van de juridische en financiële zekerheid (zie verder).

Een tweede probleem betreft de stimulansen om weer te gaan werken. In België bestaan er een aantal stimulansen in het domein van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkering, maar ze blijven hoe dan ook beperkt. De premie van 5 euro per werkelijk gevolgd uur opleiding, begeleiding of leren en de forfaitaire uitkering hebben we al genoemd. Er bestaat ook een wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid tijdens de duur van de opleiding van de gerechtigde. Een andere garantie is voorzien in artikel 43 van de verordening uitkeringen van 16 april 1997. Deze bepaling regelt de situatie van de gerechtigde die, na een primaire arbeidsongeschiktheid van meer dan zes maanden of na invaliditeit, opnieuw arbeidsongeschikt wordt binnen vierentwintig maanden volgend op het einde van die periode maar buiten de klassieke termijnen van recidief (dus vanaf 14 dagen primaire arbeidsongeschiktheid en vanaf drie maanden invaliditeit). In dit precieze geval mag het gederfde loon niet lager zijn dan het gederfde loon op grond waarvan de uitkering zou

³⁹⁸ Zie o.a. KNAEPS J., DESMET A., VAN AUDENHOVE A., « Nota 2: Ernstige psychiatrische aandoeningen en regulier betaald werk: Perceptie van begeleiders », werknota, maart 2011, LUCAS-KU Leuven, p. 23.

³⁹⁹ Voyez MAIRIAUX P., SCHIPPERS N., KEFER F., CORNELIS S., DONCEEL P., SOMVILLE P.-R., Retour au travail après une absence de longue durée, Samenvatting van het onderzoeksrapport voor de FOD Werkgelegenheid van 13 april 2012, p. 20.

zijn berekend indien de oorspronkelijke arbeidsongeschiktheid zonder onderbreking zou zijn verlengd⁴⁰⁰. Ten slotte werd een doorlopende verzekering ingevoerd voor de werknemer die in het verleden arbeidsongeschikt was maar nu een activiteit uitvoert die hem minder sociale bescherming biedt dan voorheen. Indien hij "een beroep uitoefent dat hem onderwerpt aan het sociaal statuut van zelfstandigen, of [...] een beroep waarvoor geen enkele verzekeringsplicht bestaat krachtens een van de wetgevingen inzake sociale zekerheid", kan hij deze verzekering - krachtens artikel 247, § 1, 4° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 - aangaan gedurende een periode van twee jaar.

Deze stimulansen zijn nog te laag om de angst bij de gerechtigden om het werk te hervatten weg te nemen; Het resterende probleem is als volgt: "de personen vrezen terecht dat hun financiële toestand na de readaptatie minder goed zal zijn dan [daarvoor] terwijl ze toch een inspanning hebben geleverd om zich weer te integreren op de arbeidsmarkt"⁴⁰¹. De OESO beveelt aan om de regel af te schaffen volgens welke de gerechtigde binnen zes maanden na zijn deelname aan een opleidingsprogramma zijn rechte verliest⁴⁰². Het is niet duidelijk of de OESO daarmee het feit bedoelt dat de kosten van de re-integratieperiode - die volgt op de opleidingsperiode - beperkt zijn tot zes maanden, of het feit dat de adviserend geneesheer zijn medische evaluatie kan baseren op de nieuw verworven competenties zes maanden nadat het programma werd beëindigd⁴⁰³.

Een andere oplossing zou zijn om artikel 43 van de verordening uitkeringen uit te breiden tot een langere periode, zodat de werknemer met een arbeidshandicap in geval van medisch recidief toegang krijgt tot dezelfde levensstandaard als deze die hij had in het begin van zijn arbeidsongeschiktheid (en die was gebaseerd op zijn vroegere loon). Ten slotte moet worden geëvalueerd in welke mate een optioneel stelsel van werkhervatting op proef, met behoud van de socialezekerheidsuitkeringen, kan worden ingevoerd gezien het succes van dergelijke maatregelen voor personen met een handicap⁴⁰⁴. Een dergelijke oplossing moet echter van zeer korte duur zijn en de werkgever moet het door de werknemer verrichte werk zo vlug mogelijk zelf vergoeden om bepaalde omgekeerde effecten, zoals ontslag van de

⁴⁰⁰ Verordening tot uitvoering van het artikel 80, 5° van de gecoördineerd wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, *Belgische staatsblad*, 26 november 1997. Zie ook de omzendbrief 2014/143 van 18 maart 2014; inwerkingtreding op 19 maart 2014.

⁴⁰¹ COUTTELIER F., DELVAUX J., La réadaptation professionnelle pour un nouveau départ, *op. cit.*

⁴⁰² OESO, *Santé mentale et emploi : Belgique*, *op. cit.*, p. 91.

⁴⁰³ Zie daarover respectievelijk de omzendbrief 2014/143 van 18 maart 2014 en het artikel 215septies van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

⁴⁰⁴ Het voorstel werd gedaan voor werknemers die nog steeds onder arbeidscontract zijn. Voyez MAIRIAUX P., SCHIPPERS N., KEFER F., CORNELIS S., DONCEEL P., SOMVILLE P.-R., Retour au travail après une absence de longue durée, *op. cit.*, p. 20.

werknemer zodra de subsidie een einde neemt, te vermijden.

Een derde probleem betreft specifiek de werknemers die nog onder arbeidscontract zijn. Het feit dat de werkgevers geen opvangsysteem voorzien of geen bijzondere aanpassingsregeling doorvoeren, kan problematisch of zelfs discriminerend zijn⁴⁰⁵. Ook is het zo dat heel wat werkgevers overmacht inroepen om een einde te stellen aan de arbeidsovereenkomst, wat een reële professionele reclassering verhindert⁴⁰⁶. Om dat probleem op te lossen, voorziet artikel 34 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomst - maar dat vandaag nog steeds niet in werking is getreden - dat de arbeidsongeschiktheid ten gevolge van ziekte of ongeval, waardoor het voor de werknemer definitief onmogelijk wordt om het overeengekomen werk te verrichten, niet uit zichzelf een einde maakt aan de overeenkomst wegens overmacht. Op 25 februari 2015 werd een wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 3 juli 1978 en ter vervanging van de niet in werking getreden bepaling ingediend door F. Pehlivan, M. Kitir en M. De Coninck⁴⁰⁷. Dat voorziet dat het inroepen van overmacht wegens definitieve arbeidsongeschiktheid slechts mogelijk is nadat eerst de reclasseringsprocedure in het kader van het gezondheidstoezicht werd toegepast, zoals is bepaald door de wet van 4 augustus 1996 en het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers.

Een vierde probleem heeft te maken met de vrees om het RIZIV-statuuut te verliezen en met het gebrek aan juridische en financiële zekerheid als de persoon beslist om weer te gaan werken. Het probleem is niet los te zien van het tweede probleem dat we al hebben aangehaald, maar de kwestie gaat hier verder dan de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen. Heel wat gerechtigden die weer aan het werk willen, zijn bang dat ze van sociaal statuut moeten veranderen en dat ze niet meer zullen verzekerd zijn als ze hun werk

⁴⁰⁵ Over de redelijke aanpassingen, zie NEVEN J.-F., « Le droit européen de la non-discrimination : un impact décisif en faveur d'une obligation généralisée de reclassement professionnel » in DAVAGLE M. (dir.), *Le maintien au travail des travailleurs devenus partiellement inaptes*, Limal, Anthemis, 2013, pp. 35-60 ; NEVEN J.-F., « Le droit anti-discrimination, facteur d'évolution du droit du travail », in FRIES D. (dir.), *Les droits de l'homme, une réalité quotidienne*, coll. Jeune barreau de Mons, Anthemis, Brussel, 2014, pp. 9-27.

⁴⁰⁶ MAIRIAUX P., SCHIPPERS N., KEFER F., CORNELIS S., DONCEEL P., SOMVILLE P.-R., Retour au travail après une absence de longue durée, *op. cit.*, p. 24 en LAMBINET F., GILSON S., « Quelques réflexions sur le sort du travailleur qui n'est pas complètement apte à reprendre le travail convenu après une incapacité de travail » in DAVAGLE M. (dir.), *Le maintien au travail des travailleurs devenus partiellement inaptes*, Limal, Anthemis, 2013, pp. 117-146.

⁴⁰⁷ Wetsvoorstel tot wijziging van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten wat de bescherming van werknemers met een blijvende arbeidsongeschiktheid betreft, ingediend door F. Pehlivan, M. Kitir et M. De Coninck, *Parl. St.*, Kamer, 25 februari 2015, n°0911/001.

verliezen of moeten opgeven⁴⁰⁸. Het ontbreekt immers aan coördinatie tussen de instanties die de arbeidsongeschiktheid moeten beoordelen en aan *erga omnes* tegenstelbaarheid van de beslissingen van de verschillende socialezekerheidsinstanties aan de andere sectoren van deze zelfde sociale zekerheid⁴⁰⁹. De arbeidsongeschiktheid kan dus worden beoordeeld door de instanties van de verzekering geneeskundige verzorging, van de uitkeringen voor personen met een handicap en van de werkloosheidsuitkeringen. Deze evaluaties hebben echter geen bindend effect of creëren geen vermoeden ten aanzien van de andere sectoren die dezelfde persoon later zullen moeten evalueren. Het gevolg is dat de gerechtigde in juridische onzekerheid verkeert⁴¹⁰.

In het bijzonder wat mensen met mentale stoornissen betreft, benadrukken verschillende rapporten van de Koning Boudewijnstichting dat gezien het feit dat deze stoornissen chronisch kunnen zijn, hiermee rekening moet worden gehouden in het kader van de uitkeringen, kwestie van de succesansen om het werk te hervatten niet in het gedrang te brengen.

"Bij mensen met geestelijke gezondheidsproblemen, kan de arbeidsongeschiktheid variëren naargelang de periode. Ze kunnen op een bepaald moment 'geschikt' lijken, [...], en op een ander moment 'ongeschikt'⁴¹¹.

"De gebruikers halen in het algemeen tal van moeilijkheden aan die zij ondervinden vanwege verschillende statuten en eventuele overgangen tussen de statuten invaliditeit en werkzoekende".

Deze informatie is nog steeds actueel. Sommige terreinwerkers verwijzen naar het risico voor invalide mensen dat ze een opleiding of een stage starten zonder dat ze een arbeidsovereenkomst in de wacht kunnen slepen. *In fine* - als ze geschikt worden geacht om te werken - kan dit ertoe leiden dat ze de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen moeten verlaten.

⁴⁰⁸ Informatie bevestigd tijdens onze gesprekken. Zie ook COUTTELIER F., DELVAUX J., *La réadaptation professionnelle pour un nouveau départ*, *op. cit.* et VALLET C., « Socrate Réhabilitation. Le soutien en emploi de personnes avec des troubles psychiatriques », *op. cit.*

⁴⁰⁹ Zie DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*. Zie bvb. PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », *op. cit.*, p. 323.

⁴¹⁰ Over het voorstel van vermoeden dat tegenstelbaar is aan de andere sectoren, zie bvb. PALSTERMAN P., « L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale », *op. cit.*, p. 323.

⁴¹¹ CARBONNELLE S., GRUBER P., *Comment construire des ponts entre le monde du travail et le monde de la santé mentale ?*, *op. cit.*, p. 37.

Op basis van deze vaststellingen pleit de Koning Boudewijnstichting, en naar onze mening terecht, voor de "idee van een definitief statuut, waarbij de persoon zijn uitkering zou kunnen behouden als hij hervalt. Dit statuut zou hem helpen om heel wat problemen op te lossen, doordat het hem aanmoedigt om zich weer te integreren"⁴¹².

Kortom, een vlotte overgang tussen de sectoren van de sociale zekerheid wordt door de terreinwerkers essentieel geacht opdat mensen met lichamelijke beperkingen hetzij een opvangnet zouden hebben als hun medische toestand zou verergeren als ze opnieuw aan het werk zijn, hetzij zouden proberen om weer aan het werk te gaan wanneer hun toestand gestabiliseerd is. Het sociale statuut van de persoon moet tijdens zijn hele professionele re-integratietraject duidelijk worden toegelicht (recidief van de gerechtigde moet worden voorzien). De oprichting in 2014 van een Nationaal College voor Socialeverzekeringsgeneeskunde inzake Arbeidsongeschiktheid, lijkt ons alvast een stap in de goede richting. Een van de doelstellingen van dit College is immers "gestandaardiseerde methoden voorstellen voor de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid, met als doelstelling een harmonisatie van de evaluaties in de verschillende sectoren van de sociale zekerheid"⁴¹³.

Op 20 januari 2015 werd een wetsvoorstel houdende diverse bepalingen inzake uitkeringsverzekering en tewerkstelling ingediend door F. Pelhivan, M. Kitir en M. De Coninck. Dit wetsvoorstel voorziet tijdelijke aanpassingen van de arbeidsrelatie wanneer de arbeidsongeschikte gerechtigde lijdt aan chronische of bijzondere ziektes die herhaalde fases van arbeidsongeschiktheid met zich meebrengen⁴¹⁴. Bedoeling is om een oplossing te bieden voor de gerechtigden die periodes van volledige arbeidsongeschiktheid afwisselen met periodes van gedeeltelijke of volledige werkhervatting. De idee bestaat erin om de administratieve formaliteiten in hoofde van de gerechtigden te versoepelen zodat ze niet meer systematisch bij de adviserend geneesheer moeten langsaan; Die moet worden geïnformeerd, maar moet de arbeidsongeschiktheid niet meer erkennen bij elk recidief, noch zijn toestemming geven voor elke aangepaste werkhervatting. De situatie van de gerechtigde wordt evenwel jaarlijks opnieuw geëvalueerd. De lijst van de aandoeningen zou moeten worden bepaald door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV, maar dat zou naar onze mening geen enkel probleem zijn voor mensen met psychische

⁴¹² GRUBER P., *Santé mentale : sur les chemins du travail de la personne fragilisée... Repères pour construire une nouvelle solidarité au travail*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2013, p. 28.

⁴¹³ Artikel 17 van de wet van 25 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake sociale zekerheid, *Belgische staatsblad*, 6 juni 2014.

⁴¹⁴ Wetsvoorstel houdende diverse bepalingen inzake uitkeringsverzekering en tewerkstelling ingediend door F. Pelhivan, M. Kitir et M. De Coninck, *Parl. St.*, Kamer, 20 januari 2015, n° 0815/001.

stoornissen. Geestelijke gezondheidsproblemen zijn immers vaak van chronische aard⁴¹⁵. Het wetsvoorstel wijzigt zowel de wet op de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen als de wet betreffende de arbeidsovereenkomsten. Het voorziet immers een weerlegbaar vermoeden (weerlegbaar door de tegenpartij) dat de oorspronkelijke arbeidsovereenkomst werd behouden, ondanks de uitvoering van aangepast werk of het bestaan van een bijlage die de werkhervatting regelt. Voor werknemers met een arbeidsovereenkomst lijkt dit voorstel interessant, al moet worden nagegaan of enerzijds hun uitkering (invaliditeitsuitkering voor de hele periode) even hoog blijft als wanneer ze in het oude systeem zouden blijven (waarin de gerechtigde meermaals kon terugkeren naar de fase van primaire arbeidsongeschiktheid), en anderzijds de bijlage bij de arbeidsovereenkomst wel degelijk toelaat om aangepast werk en goede werkomstandigheden te garanderen.

6.10. De werkgevers financieel aanmoedigen

In tegenstelling tot andere Europese landen, ontwikkelde de Belgische overheid slechts zeer beperkte financiële stimulansen die de werkgevers aanmoedigen om personen met arbeidsongeschiktheid in dienst te nemen. Het gebrek aan een dergelijk beleid kan het professionele re-integratiebeleid van het RIZIV echter in het gedrang brengen. Er worden vandaag te weinig banen gecreëerd, en bovendien zijn ze heel weinig toegankelijk voor mensen met ernstige mentale stoornissen. Mensen die lang arbeidsongeschikt zijn geweest, kunnen doorgaans in twee frequente scenario's terecht komen: ofwel willen ze terugkeren naar de job die ze eerst hadden, dus bij dezelfde werkgever (als de arbeidsovereenkomst niet werd verbroken), ofwel zoeken ze werk bij een nieuwe werkgever (met de al bestaande of met nieuw verworven competenties). In de beide situaties nemen de werkgevers slechts zelden werknemers in dienst die mentale problemen hebben gehad. Het betreft een bijzonder ernstig probleem dat gevaarlijke gevolgen kan hebben: gerechtigden die weer aan het werk willen kunnen hun geestelijke gezondheidstoestand zien verergeren als hun zoektocht naar werk geen resultaat oplevert⁴¹⁶.

Ook verschillende andere studies haalden dat probleem aan. In 2012 stelde een onderzoeksrapport voor de FOD Werkgelegenheid als volgt:

"Verschillende gesprekspartners die vertrouwd zijn met het systeem, benadrukten dat België

⁴¹⁵ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 144.

⁴¹⁶ Voor de negatieve impact op de geestelijke gezondheid in de werkloosheidsverzekering, zie BOURGUIGNON D., HERMAN G., LIENARD G., LEKOEUCHE A., « Insertion professionnelle et santé mentale », *La Revue Nouvelle*, janvier 2009, pp. 50-64.

slechts zeer weinig of zelfs geen stimulansen voorziet om de werkgever aan te moedigen een werknemer met gezondheidsproblemen in dienst te nemen; de directe last voor de werkgever geldt immers enkel in de periode van gewaarborgd inkomen, die in ons land beperkt is tot één maand"⁴¹⁷.

In het deel over de goede praktijken in het buitenland, beschreven we al enkele methodes om de werkgevers te responsabiliseren, zoals financiële stimulansen en meer specifiek *experience rating*. Ook haalden we de mogelijkheid aan om, in een zeer strikt kader, subsidies te voorzien voor werkgevers die mensen met een ernstige arbeidsongeschiktheid in het verleden in dienst nemen.

Een andere oplossing, aangereikt door een Belgisch onderzoeksteam, bestaat erin om, net als in de wetgeving op de arbeidsongevallen, een *bonus/malus*-systeem in te voeren als de werkgever zijn werknemers re-integreert⁴¹⁸. Kortom, behalve een systeem dat de werkgevers penaliseert als veel van hun werknemers arbeidsongeschikt worden, zouden ze een premie krijgen voor het re-integreren of aanwerven van mensen die kampten met arbeidsongeschiktheid. Deze piste zou naar onze mening moeten worden onderzocht. Ook de OESO stelt enkele oplossingen voor voor België: de werkgevers langer laten opdraaien voor de loonkost, ervoor zorgen dat ze een deel van de kosten ten laste moeten nemen tijdens het hele ziekteverlof, een sanctie voorzien voor bedrijven waar het aantal langdurig zieken hoger is dan gemiddeld (wat overeenstemt met het systeem van *experience rating*) of de werkgevers belonen die een werknemer weer integreert na een langdurige afwezigheid wegens ziekte⁴¹⁹.

De eventuele financiële stimulansen zouden tot slot ook moeten worden gekoppeld aan een specifieke ondersteuning van de werkgevers wanneer ze vragen hebben over de betekenis van mentale stoornissen of de stappen die ze moeten ondernemen.

6.11. Toezien op de werkomstandigheden, met inbegrip van het loon en de werkorganisatie, van de werknemers met mentale stoornissen

Het professionele re-integratieproject kan pas succesvol zijn als er bepaalde maatregelen worden ingevoerd of toegepast op de werkplek en als de ministers van Werkgelegenheid en Volksgezondheid beter zouden samenwerken.

⁴¹⁷ MAIRIAUX P., SCHIPPERS N., KEFER F., CORNELIS S., DONCEEL P., SOMVILLE P.-R., Retour au travail après une absence de longue durée, *op. cit.*, p. 15.

⁴¹⁸ *Ibid.*, p. 25.

⁴¹⁹ OESO, *Santé mentale et emploi : Belgique*, *op. cit.*, p. 92.

Hierna zullen we uitleggen waarom het belangrijk is dat op de werkplaats mechanismen worden voorzien die zowel mensen met (vroegere of nog bestaande) geestelijke gezondheidsproblemen kunnen helpen als in het algemeen psychosociale risico's op het werk kunnen voorkomen (A). Ook is het aangewezen om rekening te houden met het loon van de mensen met mentale stoornissen, en het te vergelijken met wat we het verschijnsel van de tewerkstellingsval noemen (B).

A. De invoer van mechanismen *ex ante* en *ex post*

Mechanismen *ex post* zijn enerzijds nuttige maatregelen voor de re-integratie van werknemers die nog een arbeidscontract hebben maar langdurig afwezig waren wegens ziekte, en anderzijds maatregelen die heilzaam zijn voor de re-integratie van werknemers die wegens hun arbeidsongeschikt hun arbeidsovereenkomst zijn verloren. Voor deze laatste groep zeiden we al dat de rol van de *jobcoach* van kapitaal belang kan zijn voor een geslaagde professionele re-integratie.

Een andere speler die een belangrijke rol heeft te vervullen, is de arbeidsgeneesheer: hij kan ervoor zorgen dat de werkhervatting in goede omstandigheden verloopt. Vaak is hij degene die werkregelingen voorstelt die rekening houden met bepaalde moeilijkheden van de werknemer (bijvoorbeeld zich verplaatsen naar een andere werkruimte, glijdende werkuren⁴²⁰, enz.). Het is ook de arbeidsgeneesheer die kan - en zou moeten - controleren of alle re-integratiemogelijkheden in de onderneming maximaal worden benut⁴²¹. Om de arbeidsgeneesheer te betrekken bij de werkhervatting van de gerechtigde, stellen sommigen voor om de toegangsprocedure tot het voorafgaand verzoek te versoepelen en er zelfs de adviserend geneesheer en de behandelende arts bij te betrekken. Een mooi voorbeeld van een initiatief dat in die richting werkt, zien we in Wallonië met het réseau TRIO. Dit platform tussen adviserend geneesheren, arbeidsgeneesheren en behandelende artsen werd in 2014 opgericht in Bouge en is gericht op een betere samenwerking tussen deze actoren en een betere omkadering van de betrokken personen. Hoewel het initiatief zeer interessant is, moet strikt worden toegezien op de bewaring van het beroepsgeheim. De vertrouwensrelatie tussen de behandelende arts en zijn patiënt mag immers niet in het gedrang komen.

⁴²⁰ Zie over die moeilijkheid : GRUBER P., *Santé mentale : sur les chemins du travail de la personne fragilisée... Repères pour construire une nouvelle solidarité au travail*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2013, pp. 35-36.

⁴²¹ Een onderzoeksteam suggereert in dit verband dat het advies van de arbeidsgeneesheer verplicht moet worden gesteld (MAIRIAUX P., SCHIPPERS N., KEFER F., CORNELIS S., DONCEEL P., SOMVILLE P.-R., *Retour au travail après une absence de longue durée*, *op. cit.*, p. 20).

Ook de andere actoren op de werkplaats moeten worden gesensibiliseerd. Een recente studie die werd besteld door de FOD Werkgelegenheid, geeft aan dat "de literatuur bijzonder coherent is om te benadrukken dat de sfeer op het werk, de relatie tussen de collega's of met de hiërarchische overste of, in het algemeen, het tevredenheidsniveau op het werk een aanzienlijke impact kunnen hebben op de werkhervatting"⁴²². In sommige gevallen kan het nuttig zijn dat een bepaald persoon de werknemer die naar de werkplek is teruggekeerd bijstaat.

Naast individuele aanpassingen moeten sommige kwesties meer structureel worden bekeken, bijvoorbeeld kwesties die te maken hebben met de organisatie van het werk en de werkomstandigheden. Dat vraagt de invoering van mechanismen *ex ante*, of mechanismen om arbeidsongeschiktheid te voorkomen.

Via de FOD Werkgelegenheid voerde België al twee campagnes (in 2012 en 2013) over de psychosociale risico's op het werk. Bedoeling was om het grote publiek, en vooral de werkgevers, de HR-managers, de leden van de hiërarchische lijn en de werknemersafgevaardigden, te sensibiliseren tot deze problematiek. In deze campagnes werd duidelijk verwezen naar de - menselijke en economische - uitdagingen die zijn verbonden aan psychosociale risico's. Ook de omvang van de problematiek werd duidelijk benadrukt. Volgens de FOD, blijkt uit een nationale Belgische enquête die in 2010 werd gehouden onder 4000 werknemers, dat drie op de tien werknemers - meestal of altijd - onder stress staan op het werk⁴²³. Werknemers kunnen op de werkvloer ook te maken krijgen met - verbaal en fysiek - geweld, bedreigingen, vernederingen of intimidatie⁴²⁴.

Voor de campagne van 2013 werden er verschillende middelen ingezet: een website (www.sesentirbienautravail.be), radiospots, thematische *banners* op algemene en gespecialiseerde informatiewebsites, een praktische handleiding voor de preventie van psychosociale risico's op het werk⁴²⁵, concrete aanbevelingen om van de risicoanalyse te kunnen overstappen naar actie door zich te baseren op de richtlijnen van het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW), bewustmakingssessies voor de leden van de CPBW's, bewustmakingssessies in partnerschap met de vakbonden en de werkgevers en

⁴²² *Ibid.*, p. 12.

⁴²³ « Sensibiliseringscampagne 2013 rond psychosociale risico's : 'Zo duidelijk zijn de signalen nooit' », beschikbaar op de website van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. URL : <http://www.emploi.belgique.be/defaultNews.aspx?id=39963>

⁴²⁴ *Ibidem*.

⁴²⁵ De gids voor de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg was opgemaakt in 2013 door Universiteit van Namur (Université de Namur).

de financiering van een mobiliserend onderzoek binnen de bedrijven dat betrekking heeft op de uitvoering van de preventieaanpak voorgesteld in de praktische handleiding.

Voor zover wij weten, waren deze campagnes echter niet gericht op een destigmatisering van mensen met mentale stoornissen⁴²⁶. In die zin zouden campagnes in andere landen een voorbeeld kunnen zijn voor België, bijvoorbeeld de campagnes in Denemarken ("One of us") of Zwitserland ("How are you?")⁴²⁷. Deze campagnes zijn zowel bestemd voor de collega's op het werk als voor de *managers* of werkgevers die niet altijd weten hoe ze met een probleemsituatie moeten omgaan. Ook onlinehulp voor de werkgevers zou eraan kunnen worden gekoppeld.

Naast sensibilisering van de werkgevers, zijn er nog een aantal middelen die stroken met de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk wat de preventie van psychosociale risico's op het werk betreft. De OESO verwijst bijvoorbeeld naar het systeem van *experience rating*, dat werkgevers ertoe kan aanzetten om in hun bedrijf een preventiedienst op te richten⁴²⁸. De wet van 28 februari 2014 en de uitvoeringsbesluiten daarvan ter aanvulling van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk wat de preventie van psychosociale risico's op het werk betreft,⁴²⁹ bracht een aantal nieuwigheden met zich mee die we even nader bekijken. Het nieuwe kader "verbetert en versterkt aanzienlijk de strijd tegen de psychosociale risico's. Die worden nauwkeuriger omschreven en moeten het voorwerp uitmaken van specifieke preventiemaatregelen, gebaseerd op betere risicoanalyses"⁴³⁰. In het algemeen "verleent de wet de preventieve activiteiten een systematisch en georganiseerd karakter, verbonden aan overlegprocedures, dat het voorwerp uitmaakt van een planning en een periodieke evaluatie"⁴³¹. De risicoanalyses - die

⁴²⁶ Er bestaan enkele punctuele initiatieven, maar die lijken vrij beperkt. In juli 2015 werd bijvoorbeeld met de steun van koningin Mathilde en zangeres Selah Sue een wielervedstrijd georganiseerd om de stigmatisering van mentale stoornissen te bestrijden ("Te gek!? Tour de France").

⁴²⁷ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 107. Voyez également OESO, *Mental Health and Work : Denmark*, Paris, 2013.

⁴²⁸ OESO, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 3) Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands, 2008*, Paris, p. 142.

⁴²⁹ *Belgische staatsblad*, 28 april 2014. Deze hervorming is op 1^{ste} september 2014 in werking getreden. Zie ook de wet van 28 maart 2014 tot wijziging van het Gerechtelijk Wetboek en de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk wat de gerechtelijke procedures betreft (*Belgische staatsblad*, 28 april 2014) en het koninklijk besluit betreffende de preventie van psychosociale risico's op het werk (*Belgische staatsblad*, 28 april 2014).

⁴³⁰ BRASSEUR P., CORDIER J-P., « La prévention des risques psychosociaux au travail : des origines à la réforme de 2014 » in DUMONT D., VAN GEHUCHTEN P.-P. (dir.), *Actualités en matière de bien-être au travail*, coll. UB3, Brussel, Bruylant, 2015, p. 139.

⁴³¹ VOGEL L., « La législation sur le bien-être au travail : une réforme à mi-chemin de la systématisation de la prévention des risques » in DUMONT D., VAN GEHUCHTEN P.-P. (dir.), *Actualités en matière de bien-être au travail*, coll. UB3, Brussel, Bruylant, 2015, p. 53.

toelaten om preventiemaatregelen te bepalen - moeten voortaan al worden uitgevoerd zodra slechts één gevaar wordt vastgesteld en ze wordt aangevraagd door een lid van de hiërarchische lijn of ten minste een derde van de werknemersvertegenwoordigers in het comité voor preventie of bescherming, of bij ontstentenis door ten minste een derde van de vakbondsdelegatie of, bij ontstentenis, door ten minste een derde van de werknemers zelf⁴³². Ook de vereiste van een kwaliteitscertificaat van de externe diensten is eigen aan het Belgische recht. De financiering van de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk is in dit verband een van de sleutels voor succes: deze diensten zijn van essentieel belang om de analyse door te voeren en de risico's te beheren, en dus om toe te zien op de gezondheid van de werknemers. Ook de geleidelijke uitbreiding van de werknemerscategorieën die zijn onderworpen aan het gezondheidstoezicht dient benadrukt, al zou ze nog universeeler moeten worden toegepast⁴³³.

Helaas resten er ook problemen die door deze wetshervorming niét werden opgelost. Laurent Vogel somde een aantal moeilijkheden op waaraan deze hervorming niet heeft verholpen⁴³⁴. Hij verwijst naar het gebrek aan controle door de overheid dat de efficiëntie van de preventieverplichtingen verzwakt en stelt bij de preventiediensten "de neiging vast om zich te beperken tot een mercantiele relatie met de werkgevers, die ze beschouwen als klanten"⁴³⁵. Ook benadrukt hij dat de wet op het welzijn een veiligheidsverplichting formuleert voor de werkgever, maar dat die veel minder nauwkeurig is dan in de communautaire kaderrichtlijn. Met als gevolg dat de meeste rechtbanken er vandaag een middelenverplichting in zien en geen resultaatsverplichting. Vogel vermeldt ook nog de inefficiëntie van de sancties bij nalatigheid van de werkgever (ongeacht of het gaat om strafrechtelijke of om burgerlijke aansprakelijkheid). Behalve in gevallen van geweld en pesterijen, of als de opzettelijke fout van de werkgever kan worden aangetoond, wordt aan de werkgevers in geval van aantasting van de gezondheid een feitelijke burgerlijke immuniteit toegekend. Bovendien stipt hij aan dat het feit dat in alle bedrijven met minder dan twintig werknemers de rol van preventieadviseur kan worden vervuld door de werkgever zelf, zonder dat hij moet aantonen dat hij de "nodige capaciteiten" heeft om deze functie te vervullen, niet strookt met het communautair recht. Een andere kritiek betreft het feit dat de drempel voor de oprichting van een CPBW werd behouden op 50 werknemers. Dat betekent dat de werknemers niet echt inspraak hebben als het gaat om kwesties inzake de

⁴³² Artikel 6 van het koninklijk besluit van 10 april 2014 betreffende de preventie van psychosociale risico's op het werk, *Belgische staatsblad*, 28 april 2014.

⁴³³ VOGEL L., « La législation sur le bien-être au travail : une réforme à mi-chemin de la systématisation de la prévention des risques », *op. cit.*, p. 61.

⁴³⁴ *Ibid.*, pp. 42 et s..

⁴³⁵ *Ibid.*, p. 44.

gezondheid op het werk. Ten slotte benadrukt hij dat het debat moet gaan over de werkorganisatie. Zo kan een primaire preventie worden bevoorrecht die de risico's aanpakt aan de bron.

Een andere belangrijke kwestie in dit debat betreft de werkomstandigheden en meer specifiek het loon van de werknemers.

B. Het verschijnsel van de tewerkstellingsval verbonden aan het loon van de werknemers

Een van de problemen die de terreinwerkers aanhalen, is het verschijnsel van de "tewerkstellingsval". Zoals reeds gezegd kan dit verschijnsel ontstaan als er geen stimulansen zijn om werkhervatting aan te moedigen of als de gerechtigde bang is dat hij in geval van (medisch) recidief niet meer verzekerd zal zijn. In dit deel willen we een ander aspect van dit verschijnsel bekijken, namelijk het feit dat het vaak in verband wordt gebracht met het loon van de werknemers met een voorbije of nog bestaande arbeidsongeschiktheid. Tewerkstellingsval kan worden omschreven als "alle situaties waarin de tewerkstelling onder de minimale loonsvoorwaarden penalisierend lijkt ten aanzien van de huidige situatie van de gerechtigde"⁴³⁶.

Volgens verschillende terreinwerkers die we hebben gesproken, kunnen de lage lonen gerechtigden ervan weerhouden om weer aan het werk te gaan. Ze willen immers liever hun uitkering behouden aangezien die hoger is dan hun loon en hen toelaat een waardiger leven te leiden. De problematiek van lage lonen en jobs van slechte kwaliteit treft vooral mensen met mentale stoornissen. Zij maken immers nog meer kans dan anderen op een zeer slecht betaalde job, zoals blijkt uit een studie van de OESO uit 2015⁴³⁷. In deze studie die zich baseerde op cijfers van 2010 uit verschillende Europese landen, toont de OESO aan dat mensen met matige mentale stoornissen 55% minder verdienen dan het Europese loongemiddelde. Mensen met ernstige mentale stoornissen verdienen zelfs 60% minder⁴³⁸.

In 2013 wees een studie van de Koning Boudewijnstichting uit dat mensen met mentale stoornissen in België "vaker in precaire jobs terechtkomen of meer ondankbare taken

⁴³⁶ NEVEN J.-F., « Quelques observations sur les régimes d'aide aux personnes handicapées en Belgique » in BOUJEKA A., *Les politiques de protection des personnes handicapées en Europe et dans le monde*, boek geschreven na de studiedag ATHAREP, Brussel, Bruylant, coll. Droit et société, 2009, p. 163.

⁴³⁷ OESO, *Fit Mind, Fit Job. From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, op. cit., p. 35.

⁴³⁸ *Ibidem*.

moeten uitvoeren dan andere werknemers⁴³⁹. Sommige initiatieven van begeleid werken worden zelfs niet betaald. Dat is het geval voor de *arbeidszorginitiatieven* die we kennen in Vlaanderen en in beperktere mate ook in Brussel⁴⁴⁰. Behalve het feit dat ze onbezoldigd werk promoten, is er ook een wettelijk probleem als de gerechtigden kunnen worden gedwongen om er te werken in ruil voor een sociale uitkering⁴⁴¹. Bovendien wordt soms uitzendwerk als het meest geschikt geacht voor mensen met mentale stoornissen⁴⁴². De bescherming die zij genieten is dan beperkt tot de zeer korte duur van dit soort contracten.

Het jaarverslag van het RIZIV van 2013 had al eerder de aandacht gevestigd op de conclusies van het rapport van de OESO. Het preciseerde enerzijds dat jobs van slechte kwaliteit nadelig kunnen zijn en anderzijds dat mensen met mentale stoornissen "meer kans hebben dan anderen om een baan uit te oefenen die niet goed bij hun vaardigheden past en vaker laaggeschoold werk verrichten (administratief werk, jobs in de dienstverlening en de verkoop, ambachtelijk werk)"⁴⁴³. Het rapport benadrukte dus de schadelijke impact van een job van slechte kwaliteit op de geestelijke gezondheid. De FOD Werkgelegenheid en de FOD Volksgezondheid zouden in dit opzicht beter moeten samenwerken. De doctrine stelt vandaag dat "de overheid belast met volksgezondheid nooit tussenkomt in kwesties die te maken hebben met werkomstandigheden en werk, hoewel die toch doorslaggevend zijn in de ongelijkheid op het vlak van gezondheid"⁴⁴⁴. Kortom, zonder een meer intense samenwerking tussen de beide ministeries en zonder responsabilisering van de actoren op of rond de werkplaats, kan elk professioneel re-integratiebeleid vruchteloos blijven.

Het armoederisico is bovendien nog meer aanwezig als de persoon deeltijds werkt en geen uitkering meer ontvangt. In dit opzicht dient benadrukt dat het systeem het cumuleren van een loon en een uitkering voor arbeidsongeschiktheid of invaliditeit toelaat voor zover de persoon van de adviserend geneesheer of de Hoge Commissie van de Medische Raad voor Invaliditeit toestemming heeft gekregen om het werk te hervatten en een medische arbeidshandicap behoudt van meer dan 50%. De basisuitkeringen worden in dat geval

⁴³⁹ GRUBER P., *Santé mentale : sur les chemins du travail de la personne fragilisée... Repères pour construire une nouvelle solidarité au travail*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2013, pp. 35-36.

⁴⁴⁰ Zie daarover DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*.

⁴⁴¹ Zie DE GREEF V., « Les chômeurs 'MMPP' : la trouvaille d'un arbre pour cacher la forêt. Quelles limites à l'insertion professionnelle des sans-emploi ? », *Sociaalrechtelijke Kronieken*, 2013, n°1, pp. 1-13.

⁴⁴² Dat is een van de opties die worden gevolgd door de VDAB in Vlaanderen, maar ook door het AWIPH in Wallonië. Dat laatste startte het initiatief *Hand'in Job* om personen met een handicap makkelijker toegang te bieden tot uitzendwerk. Het project is de vrucht van een samenwerking tussen het AWIPH en het Vormingsfonds voor Uitzendkrachten.

⁴⁴³ Jaarverslag 2013, Themadossier « Santé mentale et emploi », p. 73.

⁴⁴⁴ VOGEL L., « La législation sur le bien-être au travail : une réforme à mi-chemin de la systématisation de la prévention des risques », *op. cit.*, p. 76.

verminderd met het loon, ten belope van een percentage dat wordt vastgesteld per inkomensschijf⁴⁴⁵.

Ten slotte benadrukten we al dat sommige actoren die de RIZIV-verzekerde patiënten begeleiden, de activiteitensectoren registreren waarin de gerechtigden werken of een opleiding volgen⁴⁴⁶. Dergelijke gegevens geven een globaal beeld van het soort banen dat toegankelijk is voor mensen met mentale stoornissen, maar ook van de kwaliteit van de aangeboden jobs. Vandaag wordt een dergelijke gegevensverzameling in België nog niet systematisch doorgevoerd.

6.12. Controleren of de gerechtigden die een professioneel re-integratietraject zijn gestart dat met hun volle instemming doen

Ook als de RIZIV-verzekerde patiënten niet alle gevolgen van het aanvaarden van een professioneel re-integratietraject kennen, ondertekenen velen van hen een overeenkomst met de operator die instaat voor het integratietraject (of de *jobcoach*) en soms ook met de werkgever⁴⁴⁷.

Hoewel sommigen menen dat overeenkomsten de wederzijdse verbintenissen van de beide partijen kunnen ophelderen, is het niet zeker dat de persoon met mentale stoornissen ten volle instemt met het contract. Voor mensen met mentale stoornissen die niet onbekwaam zijn verklaard (en dus geldig een overeenkomst hebben gesloten)⁴⁴⁸, moet worden nagegaan of ze een onderscheidingsvermogen hebben en bijgevolg een "vrije en bewuste" wil⁴⁴⁹. Ze moeten in staat zijn om de betekenis en de reikwijdte van deze rechtshandelingen te begrijpen. Is dat niet het geval, dan is de instemming gebrekkig gevormd.

Sommige contracten die werden gesloten met de persoon, stellen een probleem omdat ze verkeerde informatie bevatten: de RIZIV-verzekerde patiënt die zich bij de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling moet inschrijven om begeleiding te kunnen krijgen, moet een *trajectovereenkomst voor VDAB-gebruikers* ondertekenen, waarin staat dat elke niet-medewerking van de werkzoekende zal worden gemeld aan de RVA en dat dit een impact

⁴⁴⁵ Omzendbrief 2013/156 van 11 april 2013, inwerkingtreding op 12 april 2013.

⁴⁴⁶ De dienst activering in Wallonië is naar onze mening een schoolvoorbeeld in dit opzicht.

⁴⁴⁷ Sommigen benadrukken dat de tripartite overeenkomst soms weinig gebruikt wordt omdat de begunstigen die werk hebben gevonden niet altijd willen dat de werkgever weet heeft van hun begeleiding.

⁴⁴⁸ Zie het artikel 1123 van Burgerlijk Wetboek.

⁴⁴⁹ Zie Arb. Hof Liège, arrest van 17 september 2012, A.R. n° 2011/RG/900, beschikbaar op www.juridat.be. Het Hof preciseert hier dat "een volledig wilsontbreken kan bestaan vanwege een fysiologische oorzaak zoals de aantasting van de geestelijke vermogens of dronkenschap".

kan hebben op de uitkering die hij geniet.

De tripartite overeenkomsten tussen de jobcoach, de werkgever en de gerechtigde ten slotte, lijken ons zeer ambigu: wat is de impact van het niet-naleven van de overeenkomst voor de gerechtigde? Kan de werkgever die deze tripartite overeenkomst soms mee ondertekent (samen met de jobcoach en de gerechtigde) oordelen dat de persoon de voorwaarden van de overeenkomst niet naleeft, en kan de operator enkel op basis daarvan beslissen dat de gerechtigde zijn uitkering verliest? Zo ja zou het gaan om een gedeeltelijke en *feitelijke* privatisering van de sociale zekerheid, in die zin dat het advies van private actoren doorslaggevend is bij de beslissing over het uitkeringsbehoud.

6.13. Aangepast werk creëren en speciale regelingen voorzien

De terreinwerkers verwijzen vaak naar de economische crisis als oorzaak dat ze moeilijk werk vinden voor mensen met mentale stoornissen.

Zelfs de organisaties die modellen promoten zoals IPS, vinden moeilijk oplossingen voor deze personen. De Espace Socrate bijvoorbeeld, gevestigd in Charleroi, wordt geconfronteerd met een bijzonder hoge werkloosheidsgraad⁴⁵⁰. Zoals we overigens al konden aantonen met de cijfers van de OES, zijn de arbeidscijfers van mensen met mentale stoornissen veel lager dan die van andere werknemers. "Werken is voor hen enigszins een mythe"⁴⁵¹.

Om deze mensen weer op de arbeidsmarkt te integreren, moeten we hun sterke punten benadrukken en de strijd aanbinden met de stigmatisering die is verbonden aan mentale stoornissen. Een efficiënte begeleiding is gekoppeld aan een professioneel re-integratiebeleid dat de werkgevers meer verantwoordelijk stelt voor de toenemende arbeidsongeschiktheid als gevolg van mentale stoornissen.

In die context moeten er ook een aantal specifieke regelingen en werkomstandigheden worden voorzien. De werkinhoud bijvoorbeeld moet worden aangepast aan de beperkingen van de persoon⁴⁵². Uit een Waalse studie blijkt dat sommige werkgevers vrij goed openstaan voor bepaalde regelingen voor mensen met mentale stoornissen. Ze zijn bereid om het

⁴⁵⁰ VALLET C., « Socrate Réhabilitation. Le soutien en emploi de personnes avec des troubles psychiatriques », *op. cit.*, p. 16.

⁴⁵¹ *Ibid.*, p. 9.

⁴⁵² Over het belang om de inhoud van het werk te bepalen, zie DECUMAN S., *Arbeidsparticipatie met systeemsclerose*, Doctoraatsthesis, Universiteit Gent, 2014, p. 109.

werkritme aan te passen, sommige taken te vereenvoudigen of de werknemers een aangepast werkrooster te geven⁴⁵³. Andere studies noemen andere specifieke regelingen, zoals de aanpassing van de werkruimte, de vermindering van de werklast of zelfs de financiering van therapieën⁴⁵⁴. Mensen met mentale stoornissen hechten veel belang aan de rol van "referentiepersoon" of "vertrouwenspersoon"⁴⁵⁵. Dergelijke aanpassingen van het werk, leiden soms tot een meer algemene bezinning over de werkorganisatie, die het ontstaan van mentale stoornissen kan voorkomen⁴⁵⁶. Toch hebben ook heel wat werkgevers vooroordelen over de mentale aandoening en weigeren ze mensen die eraan lijden in dienst te nemen⁴⁵⁷.

In die context is het ook nuttig om te verwijzen naar het bestaan van supranationale instrumenten betreffende het recht op werk van personen met een handicap. Het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap van de Verenigde Naties,⁴⁵⁸ het Europese Sociaal Handvest⁴⁵⁹ en de antidiscriminatiewetten⁴⁶⁰ zijn allemaal instrumenten die

⁴⁵³ Zie de resultaten van het onderzoek van vzw Article 23 in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting, in het jaarverslag 2014 van de vzw, p. 21.

⁴⁵⁴ BELL M., « Mental Health at Work and the Duty to Make Reasonable Adjustments », *Industrial Law Journal*, 2015, vol. 44, n°2, pp. 200, 210 en 218.

⁴⁵⁵ Dit kwam vooral naar voor tijdens de werkzaamheden rond geestelijke gezondheid en werk die in 2012 werden georganiseerd door het Koningin Fabiolafonds voor de Geestelijke Gezondheid en het Fonds Julie Renson.

⁴⁵⁶ Hierover, zie punten 4.7 et 5.11..

⁴⁵⁷ CALLARD F., SARTORIUS N., ARBOLEDA F., BARTLETT P., HELMCHEN H., STUART H., TABORDA J., THONICROFT G., *Mental Illness, Discrimination and the Law : Fighting for Social Justice*, Wiley Blackwell, United Kingdom, 2012, pp. 85-86.

⁴⁵⁸ Dit Verdrag werd op 13 december 2006 goedgekeurd door de algemene vergadering van de Verenigde Naties, en is in België van kracht sinds 1 augustus 2009. België bekrachtigde het Verdrag en het facultatieve Protocol op 2 juli 2009 (zie wet houdende instemming met de volgende Internationale Akten: Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, facultatief Protocol bij het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, aangenomen te New York op 13 december 2006, *Belgisch Staatsblad*, 22 juli 2009). Zie daarover DE BECO G., « Het recht op arbeid voor personen met een handicap volgens artikel 27 van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap met een toepassing in Vlaanderen », *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 2014, n°4, pp. 1-23 et WADDINGTON L., « The European Union and the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities : a Story of Exclusive and Shared Competences », *Maastricht Journal*, 2011, n°4, pp. 431-453.

⁴⁵⁹ Herzien Europees Sociaal Handvest, ondertekend in Straatsburg op 3 mei 1996.

⁴⁶⁰ Wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie, *Belgische staatsblad*, 30 mei 2007 ; Decreet van 6 november 2008 van het Walse Gewest ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie, *Belgische staatsblad*, 19 december 2008 ; Decreet van 19 maart 2012 van de Duitstalige Gemeenschap ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie, *Belgische staatsblad*, 5 juni 2012 ; Decreet van 12 december 2008 van de Franse Gemeenschap betreffende de bestrijding van sommige vormen van discriminatie, *Belgische staatsblad*, 13 januari 2009 ; Vlaamse decreet van 8 mei 2002 houdende evenredige participatie op de arbeidsmarkt, *Belgische staatsblad*, 26 juli 2002 ; Vlaamse decreet van 10 juli 2008 houdende een kader voor het Vlaamse gelijkheids- en gelijkebehandelingsbeleid, *Belgische staatsblad*, 23 september 2008 ; Decreet van 22 maart 2007 van de Franse GemeenschapCommissie betreffende de gelijkheid van behandeling van personen in de beroepsopleiding, *Belgische staatsblad*, 24 januari 2008 ; Ordonnantie van 4 september 2008 van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest betreffende de strijd tegen discriminatie en de gelijke behandeling op het vlak van de tewerkstelling, *Belgische staatsblad*,

een positieve evolutie in de hand kunnen werken, in de mate dat de persoon met mentale stoornissen bereid is om het bestaan van zijn ziekte bekend te maken en ze te aanvaarden als een "handicap"⁴⁶¹. Enkele van deze instrumenten kunnen hem dichterbij de gewone arbeidsmarkt brengen, misschien zelfs sneller dan mensen die niet als persoon met een handicap erkend zijn. Redelijke aanpassingen - bedoeld om de negatieve effecten van een onaangepaste werkomgeving op de deelname van een persoon aan de samenleving zoveel mogelijk te verminderen - kunnen soms tot gevolg hebben dat een persoon zijn job niet opgeeft omdat zijn werkgever bepaalde aanpassingen heeft doorgevoerd⁴⁶². Om in aanmerking te komen, moet de persoon met mentale stoornissen echter aantonen dat zijn handicap van blijvende aard is⁴⁶³. In sommige situaties kunnen redelijke aanpassingen zelfs het startschot geven voor een ruimere bezinning, binnen de onderneming, over de organisatie van het werk⁴⁶⁴. Over de efficiëntie van de antidiscriminatie wetten stellen we ons echter vragen als de werkgevers kunnen beslissen om geen mensen meer aan te werven die bijzondere regelingen nodig hebben⁴⁶⁵.

Tot slot kan ook worden nagedacht over een versoepeling van de regels inzake deeltijds werk. De vereisten verbonden aan de werkuren kunnen immers, minstens in het begin, soms te zwaar zijn voor mensen met ernstige mentale stoornissen die al lange tijd niet meer hebben gewerkt. De wekelijkse arbeidsduur van een werknemer die deeltijds werkt, mag immers niet minder bedragen dan een derde van de wekelijkse arbeidsduur van voltijds werkende werknemers van dezelfde categorie in de onderneming⁴⁶⁶. Een wijziging van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten zou interessanter zijn dan de ontwikkeling van "bedrijfsstages". Die worden immers doorgaans niet betaald en kunnen een

16 september 2008 ; Ordonnantie van 4 september 2008 van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ter bevordering van diversiteit en ter bestrijding van discriminatie in het Brussels gewestelijk openbaar ambt, *Belgische staatsblad*, 16 september 2008.

⁴⁶¹ Deze beslissing is helemaal niet vanzelfsprekend en kan ook een omgekeerd effect hebben. Zie hierover DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*.

⁴⁶² BELL M., « Mental Health at Work and the Duty to Make Reasonable Adjustments », *op. cit.*, p. 213.

⁴⁶³ Zie het protocol van 19 juli 2007 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, het Waals Gewest, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie ten gunste van de personen met een handicap. - Protocol betreffende het begrip redelijke aanpassingen in België krachtens de wet van 25 februari 2003 ter bestrijding van discriminatie en tot wijziging van de wet van 15 februari 1993 tot oprichting van een Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, *Belgische staatsblad*, 20 september 2007.

⁴⁶⁴ BELL M., « Mental Health at Work and the Duty to Make Reasonable Adjustments », *op. cit.*, pp. 206-207.

⁴⁶⁵ Voyez sur l'efficacité des aménagements : GONTHIER P., « L'insertion professionnelle des personnes souffrant de handicap psychique : brève revue critique de la littérature économique récente », in Alter, *European Journal of Disability Research*, vol. 7, n°3, 2013, pp. 163-175.

⁴⁶⁶ Artikel 11bis van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, *Belgische staatsblad*, 22 augustus 1978.

probleem vormen in het licht van het recht op een gelijk loon.

6.14. Uitkijken voor "valse" opleidingen

Onder deze titel moeten we drie problematieken benadrukken. Ten eerste bestaan er opleidingen die de persoon niet toelaten om zich opnieuw te integreren op de arbeidsmarkt, terwijl ze toch worden voorgesteld als een middel om deze re-integratie te bereiken (A). Ten tweede kunnen deze opleidingen *de facto* lijken op "werk", echter zonder dat de arbeidswetgeving erop van toepassing is (B). Ten derde wordt soms disproportioneel gebruik gemaakt van vrijwilligerswerk terwijl enkele essentiële elementen ontbreken, waardoor de verschillende actoren die er een beroep op doen in een onwettige situatie verkeren (C).

A. Opleiding lijkt steeds "dé" oplossing te zijn

Niet alle opleidingen en activiteiten moeten te maken hebben met werk. Voor mensen die willen werken en een job zoeken op de gewone arbeidsmarkt, zijn sommige opleidingen niet kwalificerend. Deze mensen blijven dus in een situatie van "opleiding door werk" of "beschut werk". Studies die de "Train-then-Place"-methode hebben onderzocht, toonden aan dat de terugkeer naar werk bij deze methode soms meer tijd in beslag neemt dan wanneer de persoon onmiddellijk werk zoekt (dat hij kan koppelen aan een opleiding). In dit opzicht is het belangrijk dat de maatschappelijk werkers die mensen met mentale stoornissen ten laste nemen niet ambtshalve kiezen voor "opleiding". De professionele re-integratietrajecten van het RIZIV zouden niet systematisch deze optie mogen bevorderen.

Overigens blijft het mogelijk dat de persoon die een opleiding heeft gevolgd beter werk vindt of werk dat beter overeenstemt met zijn kwalificaties. Er moet worden toegezien op de kwaliteit van de opleidingen: ze moeten de persoon werkelijk de mogelijkheid bieden om de activiteit uit te voeren die hij wenst. Zonder te willen overgaan tot een dergelijke evaluatie, zijn het de gerechtigden die oorspronkelijk een hoger opleidingsniveau hadden die het meest kans maken om het werk te kunnen doen van hun keuze.

B. De opleiding is niet altijd bedoeld om mensen op te leiden

Sommige opleidingen luiden niet de "overgang" in naar de "gewone" arbeidsmarkt. In sommige situaties lijken deze opleidingen op een verkapte vorm van werk. De betaalde arbeidsrelatie houdt in dat de persoon soms echt werk uitvoert en dat de uitvoering van de activiteiten plaatsvindt onder hiërarchisch toezicht, dwz onder toezicht van een autoriteit. In

dergelijke situaties verlenen de opleidingen een statuut van werknemer van de "tweede zone", die niet is onderworpen aan de arbeidswetgeving. De activiteiten van *arbeidszorg* bijvoorbeeld vallen volgens de Vlaamse gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling niet onder de noemer 'werk', maar onder de noemer 'opleiding'. De RVA van haar kant heeft deze activiteiten wel lange tijd als werk beschouwd⁴⁶⁷. Naar onze mening is het zo dat wanneer de werknemer in het kader van deze activiteiten goederen produceert en deze activiteiten plaatsvinden onder hiërarchisch toezicht, het gaat om bezoldigd werk. Er dient opgemerkt te worden dat het arbeidsauditoraat steeds meer aandacht krijgt voor deze problematiek. Een bepaald vonnis herkwalficeerde een zogenaamde "beroepsinlevingsovereenkomst" of "bedrijfsstageovereenkomst" tot een reële arbeidsovereenkomst⁴⁶⁸.

C. Vrijwilligerswerk moet "echt" vrijwilligers werk zijn

Sommige actoren die belast zijn met de dossiers van mensen met mentale stoornissen, aarzelen niet om hun klanten vrijwilligerswerk voor te stellen. Hierbij is het belangrijk dat de persoon dat vrijwilligerswerk werkelijk zelf wil en dat het niet wordt aangewend als vervangmiddel voor betaald werk.

Er kunnen zich in dit verband drie problemen voordoen.

Ten eerste is het mogelijk dat de persoon niet instemt met het uitvoeren van dit type activiteiten. Als de gerechtigde dreigt zijn uitkering te verliezen als weigert om deze activiteiten uit te voeren, is het aanvaarden van het werk niet meer vrijwillig en volgens ons zelfs onwettig. In dat geval kunnen we zelfs spreken van een vorm van economische uitbuiting. De verplichte arbeid tast immers de vrije keuze van een beroepsactiviteit aan en kan indruisen tegen de *standstill*-verplichting die is verbonden aan het recht op arbeid dat is opgenomen in artikel 23 3e lid, 1° van onze Grondwet⁴⁶⁹. Het is ook niet ondenkbaar dat de zaakvoerder van een *arbeidszorginitiatief* wordt vervolgd op basis van artikel 229 van het Sociaal Strafwetboek⁴⁷⁰. Dat voorziet immers een sanctie van niveau 4 voor de werkgever, zijn aangestelde of zijn lasthebber "die een persoon doet werken of laat werken van wie hij weet dat deze uitkeringen wegens primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit geniet

⁴⁶⁷ Zie DE GREEF V., « Droit au travail et troubles mentaux », *op. cit.*.

⁴⁶⁸ Zie bvb. Arb. Hof Mons, 8 januari 2015, A.R. n° 2013/AM/340 ; Arb. Hof Brussel, 23 april 2014, A.R. n° 2012/AB/718 et Arb. Hof Brussel, 9 juli 2014, A.R. n° 2012/AB/1.247.

⁴⁶⁹ Over de ontwikkeling van het onwettige karakter van de *arbeidszorginitiatieven*, zie DE GREEF V., « Les chômeurs 'MMPP' : la trouvaille d'un arbre pour cacher la forêt. Quelles limites à l'insertion professionnelle des sans-emploi ? », *op. cit.*.

⁴⁷⁰ 6 juni 2010, *Belgische staatsblad*, 1^{ste} juli 2010.

krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994".

Ten tweede is het zo dat, ook al heeft de persoon er zelf voor gekozen om onbetaald werk te verrichten, toch moet worden nagegaan of dit werk hem niet was voorgesteld als de enige mogelijkheid voor mensen met mentale stoornissen. Bij sommige maatschappelijk werkers en sommige gerechtigden leeft immers het vooroordeel dat mensen met mentale stoornissen geen echt betaald werk meer kunnen uitvoeren en dat vrijwilligerswerk de enige oplossing is als ze toch willen werken. Heel wat mensen met mentale stoornissen werken echter wel, en wie werkzoekende is kan perfect een betaalde job uitvoeren, ook als de werkhervatting gradueel moet gebeuren en onder specifieke begeleiding.

Ten derde moeten we ons vragen stellen bij systemen die niet worden voorgesteld als werk of vrijwilligerswerk, maar als "onbezoldigd" werk. Deze vermelding is voorzien in de overeenkomst en haar bijlagen die het RIZIV voor Vlaanderen heeft gesloten met de verzekeringsinstellingen, de VDAB en de GTB⁴⁷¹. Als het onbezoldigd werk verplicht is, is het in onze rechtspraak onwettig om dezelfde redenen als we hiervoor hebben vermeld. Is het daarentegen vrijwillig, dan moet het worden voorgesteld als "vrijwilligerswerk" en moeten we nagaan of het onder het toepassingsgebied van de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers⁴⁷².

⁴⁷¹ Een van de bijlagen bij de overeenkomst voorziet een cumul van de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen en betaald en onbetaald werk (Visie- en afsprakennota bij de samenwerkingsovereenkomst tussen de Vlaamse VI (via het NIC), het RIZIV, GTB en de VDAB, point 6.2.). Onbetaald werk - dat kadert in een *arbeidscontinuüm* dat kan variëren van onbetaald werk tot betaald werk - wordt ook vermeld in de overeenkomst van 15 juni 2012. De definitie van werk is dezelfde als die in het document van de Vlaamse overheid: "werkdocument W²" du 7 juni 2013, p. 21. beschikbaar op de website [werk.be](http://www.werk.be), geraadpleegd op 24 december 2013. URL : https://www.werk.be/sites/default/files/20130607_conceptnota_WW.pdf.

⁴⁷² *Belgische staatsblad*, 29 augustus 2005.

BIJLAGEN

BIJLAAG 1

**Lijst van de partner-leden van
het comité functie 3 in het
kader van de projecten artikel
107**

De lijst van de partner-leden van de comités van functie 3 werd samengesteld met de hulp van de lokale coördinatoren van de netwerken artikel 107.

Enkel de namen van de organisaties die zijn betrokken bij het comité functie 3 zijn opgenomen. Per organisatie kunnen er meerdere afgevaardigden zijn. De netwerkcoördinator neemt deel aan het functiecomité.

De lijst is representatief voor de betrokken partners, maar daarom niet volledig: verschillende netwerken werken om verschillende redenen samen met diensten die geen partner zijn (innoverend project, bijzondere situatie van de gerechtigde, enz.). Soms worden experts of terreinwerkers uitgenodigd op de vergaderingen van het comité, zonder dat ze zijn opgenomen in de lijst van de leden van het comité functie 3. Sommige comités staan ook open voor alle partners van het netwerk (om het onderling afhankelijke karakter van de functies te bevorderen).

Ten slotte hebben sommige netwerken enkel de lijsten meegedeeld van de organisaties die lid zijn van de werkgroepen in het kader van functie 3. In enkele netwerken lijkt de werkgroep belangrijker te zijn dan de vergadering van het comité (in zijn geheel).

Bruxelles Est	
	W.O.P.S. De Nuit
	Centre Psychothérapeutique de Jour du WOPS
	Centre Thérapeutique et Culturel Le Gué asbl
	Atelier Côté Cour
	Le Bivouac Centre de Jour
	Centre Psychothérapeutique de Jour - Le Canevas Clinique Sanatia Asbl
	Foyer Aurore SPST résidentielle
	Asbl L'Equipe <ul style="list-style-type: none"> • Le Foyer • La Pièce • Le CRIT • Le Code • IMAGO • Centre de Jour pour Adolescents

Hermès Plus (Bruxelles)

	Asbl L'Equipe <ul style="list-style-type: none"> • Le Foyer • La Pièce • Le CRIT • Le Code
	<ul style="list-style-type: none"> • IMAGO • Vivès Club
	Centre Psychothérapeutique de Jour - Le Canevas Clinique Sanatia Asbl
	Club Antonin Artaud
	W.O.P.S. De Nuit
	Centre Thérapeutique et Culturel Le Gué asbl
	Den Teirling
	IBW De Nieuwe Thuis
	IBW Festina Lente
	IBW Primavera
	PSC Sint Alexius Elsene
	MSP Sanatia
	SSM La Gerbe
	Uilenspiegel
	CAD De Werklijn
	Phare
	CPAS Ixelles service ISP
	Mission Locale Schaerbeek
	Atelier Groot Eiland
	HOBO de CAW Brussel

Fusion Liège

	Association interrégionale du Guidance et de Santé (A.I.G.S.)
	Asbl Article 23
	Forem
	Centres de formation AWIPH
	Les centres de réadaptation fonctionnelle Beyne, Vottem et Club André Baillon
	Le centre de revalidation psychosociale l'Ancre
	Maison médicale la Passerelle
	Intergroupe Liégeois des maisons médicales
	Revers
	Dédale (unité spécifique de soins pour personnes présentant un double diagnostic - psychose et dépendance)
	Services psychiatriques de soins à domicile (SPADI)
	Les Hôpitaux psychiatriques ISOSL et Notre Dame des Anges
	Amon Nos Hotes
	CPAS de Liège (Coup d'envoi – intégration par le sport)

Netwerk GGZ Zuid West-Vlaanderen

	't Ac-oord (Activiteitencentrum)
	't Veer
	't Veer (Maatwerkbedrijf)
	Activiteitencentrum Tracée De Bolster (Activiteitencentrum)
	Arbeidszorgcentrum Domino
	Beschut Wonen De Bolster (Dienst Beschut Wonen)
	CAW Zuid-West-Vlaanderen
	Contact (Activiteitencentrum)
	De MaRe (Psychosociaal revalidatiecentrum)
	De Pendel – dagkliniek
	De Poort (Werkervaringsproject)
	Eigen Woonst (Dienst Beschut Wonen) (2 leden)
	Groep Ubuntu (Begeleid wonen Gehandicaptensector)
	GTB West-Vlaanderen (2 leden)
	HISE (Arbeidszorgcentrum)
	Jobcentrum (GOB) (2 leden)
	Kringloopwinkel Zuid-West-Vlaanderen (Maatwerkbedrijf)
	Mobiele teams Impact en Amphora (2 leden)
	OCMW Menen
	Psychiatrisch Centrum Menen (Psychiatrisch ziekenhuis) (2 leden)
	Psychiatrisch Ziekenhuis H. Familie Kortrijk (2 leden)
	Toemaatje (Arbeidszorgcentrum)
	Travo (Arbeidszorgcentrum)
	VDAB
	Waak (Maatwerkbedrijf)
	Ziekenhuis OLV van Lourdes Waregem + Beschut Wonen De Rank (PAAZ)

Netwerk GGZ Halle-Vilvoorde-Brussel

	St. Alexius (13 leden)
	CGG Ahasverus (2 leden)
	Similes (2 leden)
	CAW Vilvoorde
	Beschut Wonen De Raster
	SEL Zenneland
	CGG Passant
	Lokale SEL Asse
	RHEA Team
	PVT Kraaienberg (2 leden)
	DENK (Ervaringsdeskundige) (2 leden)
	UVC Brugmann
	GTB (2 leden)
	Coördinator Revalidatiecentrum
	Groep Intro
	Job Link

Netwerk Noolim (Oost-Limburg) (les partenaires de ce réseau ne sont pas scindés en fonctions)	
	Bw t veer
	Katarsis (2 leden)
	CGG/VGGZ
	Huisartsenplatform
	Vzw Similes
	Bw de overstap
	Zol (4 leden)
	Vzw Familieplatform (2 leden)
	Vzw arbeidskansen
	Landelijke thuiszorg
	Cgg/dagg (2 leden)
	Netwerk internering
	Reval
	LSO (2 leden)
	GTB
	Thuisverpleging
	Team alken
	Validag
	Vzw Basis
	Landelijke thuiszorg
	Mc St Jozef (3 leden)
	CGG Litp
	Bw n-limburg
	Vzw Listel (4 leden)
	Vzw uilenspiegel
	Thuisverpleging
	Steunpunt arbeidszorg
	Bw basis
	Huisartsenplatform
	AZ Vesalius
	Vzw in-z
	Noolim
	Huisartsenplatform
	AZ Maas en kempen (2 leden)
	Dgat
	Opzc/pvt Rekem (4 leden)
	Vzw Uilenspiegel
	Huisartsenplatform
	Caw Limburg
	CAD
	Vzw Team

Netwerk Sara (Arrondissement Antwerpen)

Er zijn ook 3 themagroepen in het kader van functie 3 ('arbeid', 'vrije tijd en ontmoeting' en 'ambulant psychosociaal centrum De Keerkring').

Voor de samenstelling van deze themagroepen, zie <http://oggpa.be/?action=onderdeel&onderdeel=546&titel=Netwerkplatform+functie+3>

	Fracarita (2 leden)
	Activering De Link
	Activering 't SAS
	BW Min - 't Lokaal
	Instuif
	PZ Broeders Alexianen
	PZ Bethanië
	De Brug
	IBW Antwerpen
	De Vinken en De Ridder
	TSEDEK (RIZIV-conventie)
	De Keerkring (RIZIV-conventie)
	CAW Antwerpen
	Patiëntenvereniging Uilenspiegel
	OP WEGG
	Familievereniging
	Familieplatform GGZ /Similes
	Schakelteamlid SaRA - Internering
	Netwerkcoördinatoren SaRA

Région Santé Namur Ce réseau regroupe différents secteurs (action sociale – aide sociale / jeunesse / handicap/ insertion socio-professionnelle/ structures d'accueil de jour/ mutualités/ Equipe trajet de soins)	
	Ville de Namur – Service de Cohésion Sociale (M.E.)
	C.P.A.S. de Namur (M.A.)
	C.P.A.S. de Fernelmont (M.A.)
	C.P.A.S. de Fosses-La-Ville (M.A.)
	C.P.A.S. de Gesves (M.A.)
	C.P.A.S. de Sambreville (M.A.)
	Commune d'Andenne (M.A.)
	Aide Sociale aux Justiciables (A.S.J.) (M.A.)
	Les Trois Portes – asbl (M.E.)
	Service d'Accompagnement de Namur (M.A.)
	Service d'Accompagnement « Vis-à-Vis » (M.A.)
	Service d'accompagnement « L'accueil Mosan » (M.A.)
	C.N.F.A. – Carrefour Namurois des Formations à l'Autonomie (M.E.)
	FOREM de Namur (M.A.)
	MIRENA – Mission Régionale Emploi (M.E.)
	ONEM Namur (M.A.)
	Ateliers du Pontauray (M.A.)
	Espace Formation Emploi – Awiph (M.A.)
	Forma – asbl (M.A.)
	Centre Européen du Travail (M.A.)
	Jeunes Au Travail, J.A.T. (M.A.)
	La Maison de Géronsart – Awiph (M.A.)
	Le Perron de l'Ilon (M.A.)
	Lire et Ecrire (M.A.)
	Nouveau Saint-Servais (M.E.)
	AWIPH – Bureau Régional de Namur (M.A.)
	Service social des Mutualités Chrétiennes (M.E.)
	Service social des Mutualités Solidaris (M.E.)
	C.R.F. La Charnière – Centre en Rééducation Fonctionnelle (M.E.)
	C.R.P.J. – Centre de Réhabilitation Psychosomatique de Jour – Mont-Godinne (M.E.)
	Hôpital de Jour de Jambes (M.E.)
	La Charabiote – Club psychosocial (M.E.)

	Le Centre-Lieu – asbl Psynergie (M.E.)
	Le Ressort – asbl (M.A.)
	Nouvel Hôpital de Jour du Beau Vallon (M.E.)
	Phenix – asbl (M.E.)
	S.A.J.A. Carpe Diem (Service d’Accueil de Jour) (M.A.)
	S.A.J.A. Institut Saint-François d’Assise (Service d’Accueil de Jour) (M.A.)
	S.A.J.A. Le Landoir (Service d’Accueil de Jour) (M.E.)
	ESTIM Lg (M.E.)
	Institut Notre-Dame de Lourdes (M.A.)
	AWIPH – Bureau Régional de Namur (M.A.)
	Institut F. Kegeljian – Fondation Louise Godin (M.A.)
	Le Palier – asbl (M.A.)
	S.A.I. (Service d’Aide à l’Intégration) Institut Saint-François d’Assise (M.A.)
	S.R.J. Clair Val (Service Résidentiel pour Jeunes) (M.A.)
	S.R.J. Institut Saint-François d’Assise (Service Résidentiel pour Jeunes) (M.A.)
	S.R.J. Le Foyer (Service Résidentiel pour Jeunes) (M.A.)
	S.R.J. Reumonjoie (Service Résidentiel pour Jeunes) (M.A.)

Netwerk Reling (West-Limburg)

	vzw LITP / REVAL
	vzw Validag
	PVT Asster
	vzw Basis
	vzw Beschut Wonen N-Limburg (2 leden)
	vzw Bewust
	vzw De Overstap
	GTB (betrokken partner maar niet kernpartner)
	Prov. Steunpunt Arbeidszorg (PSAZ) (betrokken partner maar niet kernpartner)

Netwerk GGZ Vlaams-Brabant / Vlabo

	vzw De Hulster (2 leden)
	Psychosociaal Centrum Leuven
	CGG Vlaams-Brabant Oost
	vzw Uilenspiegel
	WGC De Ridderbuurt
	UPC KU Leuven
	WGC De Ridderbuurt - BOV
	vzw Hestia
	Werkgroep DENK
	Schakelteam Internering
	ECHO Walden
	Sint-Annendael
	WGC De Ridderbuurt
	vzw De Linde
	PZ Sint-Annendael
	CB Leuven
	vzw Walden
	Solidariteit voor het Gezin
	VDAB
	Netwerkcoördinatoren (2 leden)
	Psychosociaal Centrum Leuven
	vzw De Raster
	CAW Oost-Brabant
	PK Broeders Alexianen
	Job-link
	Psychosociaal Centrum Leuven
	Mobiel Team Oude Baan Leuven
	UPC Sint-Kamillus (2 leden)
	vzw De Hulster
	VDAB
	GTB Vlaanderen (3 leden)
	vzw Hestia
	Psychosociaal Centrum Leuven
	UPC Kortenberg (3 leden)
	vzw Hestia
	CGG Vlaams-Brabant Oost (4 leden)
	vzw De Hulster
	Psychosociaal Centrum Leuven
	Solidariteit voor het gezin
	vzw Pastyá
	vzw Logistiek Vlabo

Netwerk Accolade

	GTB-West-Vlaanderen
	P.Z. H.Hart - Ergotherapeutisch centrum 2
	VOKA
	Stuurkracht 2, arbeidszorgcentrum Ieper
	Sowepo - Sociale Werkplaats, Poperinge
	Westlandia - Beschutte Werkplaats, Ieper
	VDAB
	HEDERA - Centrum voor psychische revalidatie
	Jobcentrum
	De Groene Kans - Werkperspectief
	Netwerkcoördinator

RESEAUHO (Réseau Hainaut Occidental)

	AID L'Escale-Aides intégrées de Développement
	ALE Tournai -Agence Locale pour l'Emploi
	Article 27- Maison de la Culture
	Blub psychosocial Bric a Brac
	Club thérapeutique B'eau B'art
	Club thérapeutique Un lieu Un lien
	CPAS Tournai -Service Insertion socio-professionnelle
	CRF L'Ancre Le Cap
	CRF Laurent Marechal
	CRP Les Marroniers - Service social
	Declic emploi
	Femmes Actives
	Forem Mouscron
	Forem Tournai
	IFI-Initiative Formation Insertion
	La Caho
	La cuisine en herbe
	Lire et écrire ho
	Psytoyens
	Relais social urbain
	Tremplin 2000
	Ville Tournai - SAIS-Service d'Aide à l'Intégration Sociale (administration communale)

Réseau de la Région du Centre

	L'Espérance centre de Postcure
	Ellipse - Centre de Postcure
	Trempline centre de Postcure
	Bureau régional Awiph
	Forem de La Louvière
	La Croisée (hôpital de jour)
	L'Entre-Temps
	Osons – Association des usagers
	Socrate Réhabilitation
	CRF Alba

Réseau de la Région du Hainaut

	Forem de Tournai
	Onem Mons
	Forem Mons
	CPAS de Lessines
	Service social CPAS de Lessines
	CPAS Frasnes-lez-Anvaing
	CPAS Ath
	CPAS de Péruwelz
	CPAS Brunehaut
	Accesport - CPAS Mons
	PCS Leuze
	PCS Ath
	CRF Impulso
	CRF Impulso Mons
	C.R.F. Le Cap Tournai
	Hôpital de jour Inert CHP
	Coach du travail 107/CRF
	Coach du travail 107/CRF
	Solidaris Mons - U.N.M.S
	Union Nationale des Mut. Socialistes
	SIS Sac à Dos
	SIS Accesport
	SIS Entraide de Ghlin
	Awiph Mons
	Atelier de Blicquy
	SAC CFCS Mons
	L'Echelle, Ath
	Psytoyens
Invités transversaux au comité de fonction 3	CHU P - MB
	Hôpital Saint-Charles
	Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (2 leden)
	Clinique de Bonsecours
	107 Leuze Equipe mobile
	107 Mons - Psychologue
	SPAD Médias Mons
	Habitation protégée Leuze/Ath (Acis)
	Habitation protégée Mons L'appart
	Maison médicale Le Car d'Or

Réseau de Verviers

	Relais Social Santé
	Téléservice
	CPFA
	SSM Centre Psychothérapeutique de jour
	Forem Verviers
	Le Hall
	CPFA F3
	CPFA Hôpital de jour
	Club thérapeutique Stavelot
	Aktivation
	Estim'Liège (EM TSI)
	ASD
	CRSE
	IHP Fagnes-Ardenne
	PCS Verviers
	PCS Verviers axe insertion
	Couleur Café

Netwerk GGZ Kempen (Turnhout)

Er zijn ook 2 themagroepen in het kader van functie 3
(‘werkgroeparbeid’, ‘werkgroep activering’)

	Arbeidszorg OPZ Geel
	GTB (2 leden)
	GOB De Ploeg (2 leden)
	Netwerk GGZ Kempen/Route 11
	CGG Kempen De Meander
	Psychosociaal revalidatiecentrum Route 11
	Dagactiviteitencentrum 't Twijgje
	Kunsthuis Yellow Art
	DAC De Pas OPZ Geel
	Dienst vrije tijd en sport OPZ Geel
	CGG Kempen
	VDAB Psychologische Dienst
	CAW De Kempen
	CGG Kempen
	OPZ Geel
	huisarts/Netwerk GGZ Kempen
	PVT Salto
	PAAZ AZ Turnhout
	Intergemeentelijke Tewerkstellingscoördinator
	Provinciaal Overleg Arbeidszorg Antwerpen
	TAZ
	GOB Goci
	De Kiem

Netwerk GGZ Noord-West-Vlaanderen – Werkgroep « arbeid »

In dit netwerk, zijn er twee werkgroepen (arbeid en activering) die over concreten projecten werken.

Soms is er een gezamenlijk overleg als het meer over visie-ontwikkeling gaat.

	Ingelburch
	PTC Rustenburg
	PZ OLV
	PC S-A
	De Sleutel
	CGG Prisma
	BW Oostende-Westkust
	Jobcentrum
	Loca Labora
	GTB
	VDAB
	WOK
	Familievertegenwoordigers

Netwerk PRIT (Midden-West Vlaanderen)

	saMENSpel
	De Bieweg
	Kliniek Sint Jozef (Pittem)
	GTB
	VOC - Opstap
	CGG Largo
	AZ Delta
	CGG Mandel & Leie

**Netwerk Het Pakt (Regio Gent-Eeklo) - Werkgroep « arbeid »
Eer is ook een werkgroep « vrije tijd »**

	De Moester
	PCGS
	RC Mirabello
	De Sleutel
	Groep Intro
	Familieplatform
	Beschut wonen Zagan
	Ateljee VZW
	Popov GGZ (2 leden)
	St. Jan Baptist
	Uilenspiegel
	Het PAKT
	Co. De Sporen
	Netwerkpunt
	De Keiberg
	Ryhove
	OCMW Gent
	OTC
	Ateljee

BIJLAGE 2

Lijst van de partners in het kader van de activeringsbegeleiding in Vlaanderen (TAZ) (begeleidingstraject n°4)

De lijst werd ons bezorgd door de *VDAB* en werd opgesteld in november 2014.

Perceel	Financ.nummer	Regio	Penhouder	Partner zorg	Partner empowerment	Onderaannemer
Perceel 1	A00D023	Antwerpen	WEB	CGG Andante	WEB	
				CGG VAGGA	Levanto	
				CGG De Pont	Vokans	
				OPZ Geel		
Perceel 2	V00D023	Vlaams-Brabant	UPC-KUL Campus Kortenberg	UPC-KUL Campus Kortenberg	Walden	
				UPC Sint Kamillus Bierbeek	Groep Intro	
				PK Broeders Alexianen Tienen		
				PK Sint-Annendael		
Perceel 3	W00D023	West-Vlaanderen	PC Sint-Amandus	PC OLV v Vrede, vzw CIGB	Groep Intro	SaMENspel
				PZ Sint-Jozef	Werkperspectief	Beschut Wonen Roeselare Tielt
				GZBJ Campus PZ HHart Ieper	Mentor	Centrum psychische revalidatie Inghelburch
						CGG NWVlaanderen
						PZ Heilige Familie Kortrijk
						CGG Prisma
						PZ OLV Brugge

Perceel 4	O00D023	Oost-Vlaanderen	Popov GGZ	CGG De Drie Stromen	SW De Sleutel	Diversiteit in Tewerkstelling
				CGG Zuid-Oost Vlaanderen	Diversiteit in Tewerkstelling	PC Gent-Sleidinge
				De Kiem	Groep Intro	PC Sint-Jan-Baptist (De Sprong)
				DC De Sleutel	Compaan	PC Sint-Jan-Baptist
				PC Caritas	Jobs&Milieu	CGG Eclips
				PC Dr. Guislain	PC Dr. Guislain (Compagnie De Sporen)	
				PC Sint-Hiëronymus	PC Caritas (De Keiberg)	
				PC Sint-Jan		
				PC Zoete Nood Gods		
				PZ Sint-Camillus		
				PZ Sint-Franciscus		
Perceel 5	L00D023	Limburg	GTB	GTB	GOB Ter Engelen (Arbeidskansen)	CAW Sonar
				Validag	De Winning-Doorstroom	CGG LITP
				Bewust	Alternatief	
					Kopa	
					De Ploeg	
					Team	

BIJLAGE 3.

**Lijst van de *arbeidszorginitiatieven* in
het domein van de sociale economie**

Bijlage 3 vermeldt de *arbeidszorginitiatieven* in de sociale werkplaatsen (tabel 1) en in het kader van het initiatief "experiment arbeidszorg" dat vooral wordt uitgevoerd in de sociale en beschutte werkplaatsen (tabel 2)¹. Deze tabellen werden ons bezorgd door de VDAB.

Er bestaan zeven verschillende reglementeringen over de *arbeidszorginitiatieven* en niet elk initiatief wordt gesubsidieerd. De twee onderstaande tabellen bevatten de initiatieven in het domein van de sociale economie. de initiatieven werden met name ontwikkeld als gevolg van het *Meerbanenplan* dat erop gericht is de professionele participatie te verhogen van mensen die ver van de arbeidsmarkt staan.

Tafel 1.

Prov	PROMOTOR	STRAAT	POSTCODE	GEMEENTE
Antwerpen	Sociale Werkplaatsen - WEB	Steenweg op Tielen 70	2300	Turnhout
Antwerpen	De Kringwinkel Zuiderkempen	Noordstraat 25 bus 1	2220	Heist-op-den-Berg
Antwerpen	De Troef	Neringstraat 8	2360	Oud-Turnhout
Antwerpen	Het Rekreatief	Doornstraat 600	2610	Wilrijk (Antwerpen)
Antwerpen	WRAK	Dendermondsesteenweg 207	2830	Willebroek
Antwerpen	WOTEPA Sociale Werkplaats	Mulhouselaan-Zuid 4	2030	Antwerpen 3
Antwerpen	TWERK	Collegestraat 16	2200	Herentals
Antwerpen	Opnieuw en Co Mortsel	Hondiuslaan 46	2570	Duffel
Antwerpen	De Sprong	Dr Van de Perrestraat 218A	2440	Geel
Antwerpen	Levanto - fixit	Clara Snellingsstraat 27	2100	Deurne
Antwerpen	Fietsenatelier Mol	Sint-Appolloniaalaan 190 B	2400	Mol
Antwerpen	De Enter	Bethaniënlei 5	2960	Brecht
Limburg	Atelier Alternatief	Runkstersteenweg 134	3500	Hasselt
Limburg	De Ploeg	Montenakenweg 53	3800	Sint-Truiden
Limburg	Sociale Werkplaats De Sluis	Halmstraat 4	3600	Genk
Limburg	Arbeidscentrum De Wroeter	Sint-Rochusstraat 8	3720	Kortesseem
Limburg	M-PLUS	Boorsemstraat 2	3630	Maasmechelen
Limburg	Labor Ter Engelen	Capucienstraat 23	3680	Maaseik

¹ De eerste tabel dateert van 1 januari 2013 en is nog steeds actueel. De tweede tabel werd opgemaakt in 2015.

Limburg	De Biehal - Sociaal Tewerkstellingscentrum	Balendijk 76	3920	Lommel
Limburg	Groenwerk	Sint-Ferdinandstraat 1	3560	Lummen
Limburg	Hebe	Boorsestraat 2	3630	Maasmechelen
Limburg	Kringwinkel Maasland	Boorsestraat 2	3630	Maasmechelen
Limburg	De Springplank	Sint-Truidersteenweg 150	3500	Hasselt
Limburg	Kringwinkel West-Limburg	Marktpllein 9/10	3550	Heusden-Zolder
Oost-Vlaanderen	SWP SpoorTwee	Spoorwegstraat 1B	9220	Hamme
Oost-Vlaanderen	Grijskooft - Werkplaats	Stationsstraat 3	9690	Kluisbergen
Oost-Vlaanderen	Den Azalee	L. De Meesterstraat 3	9100	Sint-Niklaas
Oost-Vlaanderen	Sociale Werkplaats De Sleutel	Mahatma Gandhistraat 2A	9000	Gent
Oost-Vlaanderen	't Vierkant	Herenveld 4	9500	Geraardsbergen
Oost-Vlaanderen	Merlijn Marketeer	Heulendonk 19	9991	Adegem
Oost-Vlaanderen	Sociale Werkplaats De Loods	A. Nichelsstraat 14	9300	Aalst
Oost-Vlaanderen	Ateljee	Vlaamsekaai 10	9000	Gent
Oost-Vlaanderen	Pro Natura Sociale Werkplaats	Galgenstraat 60	9900	Eeklo
Oost-Vlaanderen	Sociale Werkplaats De Kromme Boom	Eikstraat 81	9041	Oostakker
Oost-Vlaanderen	De Cirkel Sociale Werkplaats	Lepelstraat 4	9160	Lokeren
Oost-Vlaanderen	JOMI	Driegaaistraat 160	9100	Sint-Niklaas
Oost-Vlaanderen	De Kringwinkel Meetjesland	Slachthuisstraat 2 bus b	9900	Eeklo
Vlaams Brabant	IGO-W	Aarschotsesteenweg 212	3010	Kessel-lo
Vlaams Brabant	Boerderij De Brabander	Leedse Vroente 6	3472	Kersbeek-Miskom
Vlaams Brabant	Televil	Mechelsesteenweg 588 D	1800	Vilvoorde
Vlaams Brabant	SPIT - Tewerkstelling	Ijzerenmolenstraat 4	3001	Heverlee
Vlaams Brabant	Wonen en Werken Tewerkstelling	Vaartkom 12	3000	Leuven
Vlaams Brabant	De Vlaspit	Rozenstraat 12b	3270	Scherpenheuvel-Zichem
Vlaams Brabant	Kringwinkel Hageland	Leuvenselaan 467	3300	Tienen
Vlaams Brabant	Delta Sociale Werkplaats in Oost-Brabant	Pastorijstraat 118	3300	Tienen
Vlaams Brabant	Opbouwwerk Haviland - W	Brusselsesteenweg 617	1731	Zellik
Vlaams Brabant	SWP Den Diepen Boomgaard	Rijkenhoekstraat 80	1850	Grimbergen
West-Vlaanderen	Loca Labora 2	Bulskampveld 12	8730	Beernem
West-Vlaanderen	De Kringwinkel Midden West-Vlaanderen	Desiré Mergaertstraat 15	8800	Roeselare

West-Vlaanderen	Sociale Werkplaats Molendries	Koolskampstraat 24	8830	Gits
West-Vlaanderen	Constructief	Watermolenstraat 69 B	8500	Kortrijk
West-Vlaanderen	SOWEPO	Vlaanderenlaan 25/27	8970	Poperinge
West-Vlaanderen	Veerkracht 4	Kazernestraat 7-11	8930	Menen
West-Vlaanderen	Lochting - Dedrie	Oude Stadenstraat 15	8800	Roeselare
West-Vlaanderen	De Groene Kans	Sparkevaardekenstraat 4	8600	Diksmuide
West-Vlaanderen	Kringloopcentrum Zuid-West-Vlaanderen	Magdalenastraat 15 A	8500	Kortrijk
West-Vlaanderen	Sociale Werkplaats - OCMW Waregem - Tandem	Schakelstraat 41	8790	Waregem
West-Vlaanderen	Kringloopcentrum Leefbaar Wonen	Terluchtestraat 38	8020	Ruddervoorde
West-Vlaanderen	WSW Waak Sociale Werkplaats	Heirweg 125	8520	Kuurne
West-Vlaanderen	SOBO@werk (Sociaal Ondernemen en omgeving)	Pathoekeweg 9 A/7	8000	Brugge

Tafel 2.

NR	organisatie	azi is bekend als	adres		gemeente	rol
BW 096	Mivas		Plaslaar 41	2500	LIER	werkvloer
BW 184	Aralea	Kinderboerderij Mikerf	Gemeentepark 6	2930	BRASSCHAAT	werkvloer
BW 184	SW Brasschaat		Gemeentepark 6	2930	Brasschaat	werkvloer
SV 83109	SW Levanto fix-it		Clara Snellingsstraat 47	2100	DEURNE	coördinator/werkvloer
SV 83109	Antwerps Netwerk Arbeidszorg vzw	ANA	Ferdinand Cosemansstraat 116	2600	Berchem	partner/werkvloer
SV 83109	SW De Sleutel		Jozef Guislainstraat 43A	9000	Gent	partner/werkvloer
SV 83053	De Biehal STC		Balendijk 76	3920	LOMMEL	coördinator/werkvloer
SV 83053	De Biehal LDE		Balendijk 76	3920	Lommel	partner/werkvloer
SV 83053	Lidwina Stichting		Postelarenweg 213	2400	Mol	partner/werkvloer
SV 83053	Provinciaalder Broeders van Liefde	OC Sint-Ferdinand /AZ De Oogst	Ferdinand Van Baelstraat 6	3970	Leopoldsburg	partner/werkvloer
SV 83053	Fietsenatelier Mol		Sint-Apolloniaalaan 190/1	2400	Mol	partner/werkvloer
SV 83053	De Sprong		Ambachtstraat 4a	2450	Meerhout	partner/werkvloer
SV 83053	De Kringwkel Zuiderkempen		Noordstraat 25 bus 1	2220	Heist-op-den-Berg	partner/werkvloer
SV BW 070	Imsir BW		Industrieweg 1b	2850	BOOM	coördinator/werkvloer
SV BW 070	Imsir SW		Industrieweg 9	2850	Boom	partner/werkvloer
SV BW 070	De Dageraad BW		Heiveldekens 7	2550	Kontich	partner/werkvloer
SV BW 070	Ergasia		Antwerpsestraat 48	2845	Niel	partner/werkvloer
SV BW 141	De Brug BW		Waesdonckstraat 1	2640	MORTSEL	coördinator
SV BW 141	De Link vzw	De Link activering	Deurnestraat 252	2640	Mortsel	partner/werkvloer
SV BW 141	De Vliering vzw	t Karwei	Heuvelstraat 170	2530	Boechout	partner/werkvloer
SV BW 141	De Link vzw	t Nieuw Klavier	Jan De Graefstraat 13	2600	Berchem	partner/werkvloer

SV 83011	Televil		Mechelsesteenweg 588 D	1800	VILVOORDE	coördinator
SV 83011	BW Rodea		Smaragdlaan 34c	1640	Sint-Genesius-Rode	partner/werkvloer
SV 83011	BW De Floere		Zavelstraat 97	1500	Halle	partner/werkvloer
SV 83080	Wonen en Werken Tewerkstelling		Ijzerenmolenstraat 2	3001	HEVERLEE	coördinator
SV 83080	Velo vzw		Hollestraat 1	3001	Heverlee	partner/werkvloer
SV 83086	De Kringwinkel Hageland		Walstraat 2	3300	TIENEN	coördinator
SV 83086	De Vlaspit		Basilieklaan 53	3270	Scherpenheuvel	partner/werkvloer
SV BW 050	Blankedale		Pastorijstraat 118	3300	TIENEN	coördinator
SV BW 050	Delta vzw		Pastorijstraat 118	3300	Tienen	partner/werkvloer
SV BW 050	SW Hageland		Leuvenselaan 467	3300	Tienen	partner/werkvloer
SV BW 050	t Heft vzw		Montenakenweg 53	3800	Sint-Truiden	partner/werkvloer
SV 83008	Atelier Alternatief		Runkstersteenweg 134	3500	HASSELT	coördinator
SV 83008	Stichting Ommersteyn		De Schiervellaan 5	3650	Dilsen-Stokkem	partner/werkvloer
SV 83008	BW 't Veer vzw	inclusief Dagactiviteitencentrum Genk	Rijksweg 92	3630	Maasmechelen	partner/werkvloer
SV 83008	Labor Ter Engelen	DAC Genk	Capucienenstraat 23	3680	Maaseik	partner/werkvloer
SV 83044	Labor Ter Engelen		Capucienenstraat 23	3680	MAASEIK	coördinator
SV 83044	Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg	DAGG	Koningin Astridlaan 105	3680	Maaseik	partner
SV 83031	Abri		Industrieweg 2007	3520	ZONHOVEN	coördinator
SV 83031	Werkende Handen vzw		Industrieweg Zuid 1325 bus 1	3520	Zonhoven	partner
SV 83076	Groenwerk		Sint-Ferdinandstraat 1	3560	LUMMEN	coördinator
SV 83076	BWWL vzw	De Schans	P. Paquaylaan 123 bus 1	3550	Heusden-Zolder	partner/werkvloer
SV 83076	Broeders van Liefde vzw	Arbeidszorgcentrum De oogst	Stropstraat 119	9000	Gent	partner/werkvloer
SV 83076	Vreebos vzw	De Winning - Vreebos	Sint-Ferdinandstraat 1	3560	Lummen	partner/werkvloer
SV 83023	De Ploeg		Montenakenweg 53	3800	SINT-TRUIDEN	coördinator
SV 83023	t Heft vzw	Arbeidscentrum 't Heft	Montenakenweg 53	3800	Sint-Truiden	partner/werkvloer
SV 83023	Basis vzw		A. Rodenbachstraat 29/7	3500	Hasselt	partner/werkvloer
SV 83023	SW Arbeidscentrum De Wroeter		Sint-Rochusstraat 8	3720	Kortesseem	partner
SV 83023	SW De Springplank	Okazi	Sint-Truidersteenweg 150	3500	Hasselt	partner

SV 83023	Wiric vzw		Diestersteenweg 59	3800	Sint-Truiden	partner
SV 83023	Intesa vzw		Tongersesteenweg 84	3840	Borgloon	partner
SV 83023	Bewel Diepenbeek (BW33)		Ginderoverstraat 143	3590	Diepenbeek	partner
SV BW 077	Bewel Neerpelt		Boseind 50	3910	NEERPELT	coördinator/werkvloer
SV BW 077	Bewel Maaseik (BW112)		Jagersborg 1313	3680	Maaseik	partner/werkvloer
SV BW 077	Bewel Opglabbeek (BW110)		Industrieweg Noord 1162	3660	Opglabbeek	partner/werkvloer
SV BW 077	SW De Biehal STC		Balendijk 76	3920	Lommel	partner/werkvloer
SV BW 099	Bewel Tongeren		Industriezone Tongeren-Oost Heesterveldweg 14 A	3700	TONGEREN	coördinator
SV BW 099	Bewel Diepenbeek (BW33)		Ginderoverstraat 143	3590	Diepenbeek	partner/werkvloer
SV BW 099	Bewel Tessenderlo (BW201)		Ravenshout 6023	3980	Tessenderlo	partner/werkvloer
SV 83035	SW Mo-Clean		Klein Hulststraat 6	9100	SINT-NIKLAAS	coördinator
SV 83035	PC Sint-Hieronymus	De Witte Hoeve	Dalstraat 84	9100	Sint-Niklaas	partner/werkvloer
SV 83035	APZ Sint-Lucia		Ankerstraat 91	9100	Sint-Niklaas	partner
SV 83035	Pro mente		Hazewindstraat 41	9100	Sint-Niklaas	partner
SV 83035	Beschut Wonen Waasland	Werk.Saam	Antwerpsesteenweg 164	9100	Sint-Niklaas	partner/werkvloer
SV 83057	SW De Loods		A. Nichelsstraat 14	9300	AALST	coördinator
SV 83057	Beschutte Werkplaats Aalst		Wijngaardveld 7	9300	Aalst	partner
SV 83057	Reymeers vzw -Beschut Wonen	Sava	Dwarsstraat 1a	9340	Lede	partner/werkvloer
SV 83061	Ateljee		Vlaamsekaai 10	9000	GENT	coördinator
SV 83061	CAW Artevelde		Prinsenhof 56	9000	Gent	partner/werkvloer
SV 83061	Demival BW		Machelenstraat 169	9800	Deinze	partner/werkvloer
SV 83061	OCMW Gent	Afdeling OTC/Receptiewerking	Onderbergen 86	9000	Gent	partner/werkvloer
SV 83061	BW Zonnehoeve		Zonnestraat 15	9810	Eke - Nazareth	partner/werkvloer
SV BW 030	Ryhove		Koningsdal 24 - 26	9000	GENT	coördinator/werkvloer
SV BW 030	Kompas vzw		R. de Hemptinnelaan 33	9030	Mariakerke	partner/werkvloer
SV BW 030	Een Open Plaats vzw	Kringloopwinkel Brugse Poort	Haspelstraat 49	9000	Gent	partner/werkvloer
SV BW 030	Zagan vzw	Compagnie De Sporen	Tolhuislaan 82	9000	Gent	partner/werkvloer
SV BW 030	Psychiatrisch Centrum Caritas	PC Caritas - De Keiberg	Caritasstraat 76	9090	Melle	partner/werkvloer

SV BW 030	Hand in Hand vzw	De Moester	Putstraat 16	9051	Sint-Denijs-Westrem	partner/werkvloer
SV BW 052	Wase Werkplaats		Kapelanielaan 20	9140	TEMSE	coördinator/werkvloer
SV BW 052	Alderande Werken vzw		Daknamdorp 54	9160	Lokeren	partner/werkvloer
SV BW 052	De Sperwer vzw	Begeleid Werken	Gentse Steenweg 54	9160	Lokeren	partner/werkvloer
SV BW 052	CGG Waas en Dender DAC De Loft	De Loft	Grote Peperstraat 15	9100	Sint-Niklaas	partner/werkvloer
SV BW 052	OCMW Dendermonde		Kerkstraat 115	9200	Dendermonde	partner/werkvloer
SV BW 052	CAW Oost-Vlaanderen vzw	CAW Huis Dendermonde	Gasmeterstraat 81B	9100	Sint-Niklaas	partner/werkvloer
SV BW 052	Emiliani vzw	De Teerling	Krekelstraat 17	9160	Lokeren	partner/werkvloer
SV 83037	De Kringwinkel Midden-West-Vlaanderen		Desiré Mergaertstraat 15	8800	ROESELARE	coördinator/werkvloer
SV 83037	De Lochting vzw		Oude Stadenstraat 15	8800	Roeselare	partner/werkvloer
SV 83037	OC Sint-Idesbald		De Zilten 52	8800	Roeselare	partner/werkvloer
SV 83037	Het Werkspoor vzw		De Zilten 52	8800	Roeselare	partner/werkvloer
SV 83037	Beschut Wonen Roeselare-Tielt	Arbeidszorgcentrum De Bieweg	Wallenstraat 46-48	8800	Roeselare	partner/werkvloer
SV 83037	Samenspel vzw	Arbeidszorgcentrum Den Tatsevoet	Ommegangstraat 19	8870	Izegem	partner/werkvloer
SV 83041	Constructief		Watermolenstraat 69 B	8500	KORTRIJK	coördinator/werkvloer
SV 83041	BW WAAK		Heirweg 125	8520	Kuurne	partner
SV 83041	SW WAAK		Heirweg 125	8520	Kuurne	partner/werkvloer
SV 83041	Samenwerkingsverband De Bolster	Arbeidszorgcentrum Domino	Groeningepoort 4	8500	Kortrijk	partner/werkvloer
SV 83041	Kringloopwinkel ZW Vlaanderen		Markebkestraat 7	8510	Marke	partner/werkvloer
SV 83041	Groep Ubuntu vzw		Bevrijdingslaan 43	8580	Avelgem	partner/werkvloer
SV 83041	HISE vzw		Arendstraat 62bis	8530	Harelbeke	partner/werkvloer
SV 83041	Hond in 't Kegelspel vzw		Sint-Denijseweg 71	8500	Kortrijk	partner/werkvloer
SV 83041	Mobiel vzw		Min. Tacklaan 57	8500	Kortrijk	partner
SV 83041	Tandem vzw		Oude Vijvestraat 29	8790	Waregem	partner/werkvloer
SV BW 020	Mariasteen		Koolskampstraat 24	8830	GITS	coördinator
SV BW 020	Dominiek Savio Instituut vzw		Koolskampstraat 24	8830	Gits	partner/werkvloer
SV BW 034	Arcotec		Dreef ter Panne 14	8000	BRUGGE	coördinator
SV BW 034	Huize Tordale vzw	BW Optima T	Bruggestraat 39	8820	Torhout	partner/werkvloer

SV BW 034	Vereniging WOK	Vereniging van OCMW's	Ruddershoeve 4	8000	Brugge	partner/werkvloer
SV BW 034	Sociaal Atelier Knokke-Heist		Kursaalstraat 56b	8310	Knokke-Heist	partner/werkvloer
SV BW 034	4veld vzw (PC Sint Amandus)	Arbeidszorgcentrum De Klus	Stationsstraat 127	8730	Beernem	partner/werkvloer
SV BW 079	De Oesterbank		Vaartblekersstraat 15	8400	OOSTENDE	coördinator/werkvloer
SV BW 079	Duinenwacht vzw		Stationsstraat 54b	8460	Oudenburg	partner/werkvloer
SV BW 079	OCMW Blankenberge		Jordaenslaan 34	8370	Blankenberge	partner/werkvloer
SV BW 079	Het Strijkatelier		Koning Albertlaan 112	8370	Blankenberge	partner/werkvloer
SV BW 079	Gemeente Ichtegem		Dr. Bruwierplein 1	8480	Ichtegem	partner/werkvloer
SV BW 102	Westlandia		A. Dehemlaan 1	8900	IEPER	coördinator
SV BW 102	SW Sowepo		Vlaanderenstraat 25-27	8970	Poperinge	partner/werkvloer
SV BW 102	BW Interwest vzw		Werkplaatsstraat 4	8630	Veurne	partner/werkvloer
SV BW 102	SW De Groene Kans vzw		Sparkevaardekenstraat 4	8600	Diksmuide	partner/werkvloer
SV BW 102	Stuurkracht 2 vzw		Haiglaan 31E	8900	Ieper	partner/werkvloer
SV BW 102	SW Kringloopwinkel West		K. Steverlyncloaan 8	8900	Ieper	partner/werkvloer
SV BW 192	B.W.M. 't Veer		Industrielaan 32	8930	MENEN	coördinator/werkvloer
SV BW 192	Eigen Woonst vzw	Travo Arbeidszorgcentrum	Ieperstraat 113	8930	Menen	partner/werkvloer

BIJLAGE 4

Gedetailleerde tabel van de 25 criteria van het IPS-model (incl. de conformiteitschaal)

SUPPORTED EMPLOYMENT FIDELITY SCALE*

1/7/08

Rater:

Site:

Date:

Total Score:

Directions: Circle one anchor number for each criterion.

<u>Criterion</u>	<u>Data Source**</u>	<u>Anchor</u>
Staffing		
1. <u>Caseload size</u> : Employment specialists have individual employment caseloads. The maximum caseload for any full-time employment specialist is 20 or fewer clients.	MIS, DOC, INT	1= Ratio of 41 or more clients per employment specialist. 2= Ratio of 31-40 clients per employment specialist. 3= Ratio of 26-30 clients per employment specialist. 4= Ratio of 21-25 clients per employment specialist. 5= Ratio of 20 or fewer clients per employment specialist.
2. <u>Employment services staff</u> : Employment specialists provide only employment services.	MIS, DOC INT	1= Employment specialists provide employment services less than 60% of the time. 2= Employment specialists provide employment services 60 - 74% of the time. 3= Employment specialists provide employment services 75 - 89% of the time. 4= Employment specialists provide employment services 90 - 95% of the time. 5= Employment specialists provide employment services 96% or more of the time.

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale

**See end of document for key

3. Vocational generalists: Each employment specialist carries out all phases of employment service, including intake, engagement, assessment, job placement, job coaching, and follow-along supports before step down to less intensive employment support from another MH practitioner. (Note: It is not expected that each employment specialist will provide benefits counseling to their clients. Referrals to a highly trained benefits counselor are in keeping with high fidelity, see Item # 1 in “Services”.)

MIS, DOC,
INT, OBS

- 1= Employment specialist only provides vocational referral service to vendors and other programs.
- 2= Employment specialist maintains caseload but refers clients to other programs for vocational services.
- 3= Employment specialist provides one to four phases of the employment service (e.g. intake, engagement, assessment, job development, job placement, job coaching, and follow along supports).
- 4= Employment specialist provides five phases of employment service but not the entire service.
- 5= Employment specialist carries out all six phases of employment service (e.g. program intake, engagement, assessment, job development/job placement, job coaching, and follow-along supports).

ORGANIZATION

1. Integration of rehabilitation with mental health treatment thru team assignment: Employment specialists are part of up to 2 mental health treatment teams from which at least 90% of the employment specialist’s caseload is comprised.

MIS, DOC,
INT, OBS

- 1= Employment specialists are part of a vocational program that functions separately from the mental health treatment.
- 2= Employment specialists are attached to three or more mental health treatment teams. OR Clients are served by individual mental health practitioners who are not organized into teams. OR Employment specialists are attached to one or two teams from which less than 50% of the employment specialist’s caseload is comprised.
- 3= Employment specialists are attached to one or two mental health treatment teams, from which at least 50 - 74% of the employment specialist’s caseload is comprised.
- 4= Employment specialists are attached to one or two mental health treatment teams, from which at least 75 - 89% of the employment specialist’s caseload is comprised.
- 5= Employment specialists are attached to one or two mental health treatment teams, from which 90 - 100% of the employment specialist’s caseload is comprised.

2. Integration of rehabilitation with mental health treatment thru frequent team member contact:

MIS, DOC
INT, OBS

Employment specialists actively participate in weekly mental health treatment team meetings (not replaced by administrative meetings) that discuss individual clients and their employment goals with shared decision-making. Employment specialist's office is in close proximity to (or shared with) their mental health treatment team members. Documentation of mental health treatment and employment services is integrated in a single client chart. Employment specialists help the team think about employment for people who haven't yet been referred to supported employment services.

1= One or none is present.

2= Two are present

3= Three are present.

4= Four are present.

5= Five are present.

All five key components are present.

- Employment specialist attends weekly mental health treatment team meetings.
- Employment specialist participates actively in treatment team meetings with shared decision-making.
- Employment services documentation (i.e., vocational assessment/profile, employment plan, progress notes) is integrated into client's mental health treatment record.
- Employment specialist's office is in close proximity to (or shared with) their mental health treatment team members.
- Employment specialist helps the team think about employment for people who haven't yet been referred to supported employment services.

3. Collaboration between employment specialists and Vocational Rehabilitation counselors: The employment specialists and VR counselors have frequent contact for the purpose of discussing shared clients and identifying potential referrals.

DOC, INT
OBS, ISP

1= Employment specialists and VR counselors have client-related contacts (phone, e-mail, in person) less than quarterly to discuss shared clients and referrals. OR Employment specialists and VR counselors do not communicate.

2= Employment specialists and VR counselors have client-related contacts (phone, e-mail, in person) at least quarterly to discuss shared clients and referrals.

3= Employment specialists and VR counselors have client-related contacts (phone, e-mail, in-person) monthly to discuss shared clients and referrals.

4= Employment specialists and VR counselors have scheduled, face-to-face

4. Vocational unit: At least 2 full-time employment specialists and a team leader comprise the employment unit. They have weekly client-based group supervision following the supported employment model in which strategies are identified and job leads are shared. They provide coverage for each other's caseload when needed.

MIS, INT,
OBS

meetings at least quarterly, OR have client-related contacts (phone, e-mail, in person) weekly to discuss shared clients and referrals.

- 5= Employment specialists and VR counselors have scheduled, face-to-face meetings at least monthly and have client-related contacts (phone, e-mail, in person) weekly to discuss shared clients and referrals.
- 1= Employment specialists are not part of a vocational unit.
- 2= Employment specialists have the same supervisor but do not meet as a group. They do not provide back-up services for each other's caseload.
- 3= Employment specialists have the same supervisor and discuss clients between each other on a weekly basis. They provide back-up services for each other's caseloads as needed. OR, If a program is in a rural area where employment specialists are geographically separate with one employment specialist at each site, the employment specialists meet 2-3 times monthly with their supervisor by teleconference.
- 4= At least 2 employment specialists and a team leader form an employment unit with 2-3 regularly scheduled meetings per month for client-based group supervision in which strategies are identified and job leads are shared and discuss clients between each other. They provide coverage for each other's caseloads when needed. OR, If a program is in a rural area where employment specialists are geographically separate with one employment specialist at each site, the employment specialists meet 2-3 times per month with their supervisor in person or by teleconference and mental health practitioners are available to help the employment specialist with activities such as taking someone to work or picking up job applications.
- 5= At least 2 full-time employment specialists and a team leader form an employment unit with weekly client-based group supervision based on the supported employment model in which strategies are identified and job leads are shared. They provide coverage for each other's caseloads when needed.

5. Role of employment supervisor: Supported employment unit is led by a supported employment team leader. Employment specialists' skills are developed and improved through outcome-based supervision. All five key roles of the employment supervisor are present.

MIS, INT,
DOC, OBS

1= One or none is present.

2= Two are present.

3= Three are present.

4= Four are present.

5= Five are present.

Five key roles of the employment supervisor:

- One full-time equivalent (FTE) supervisor is responsible for no more than 10 employment specialists. The supervisor does not have other supervisory responsibilities. (Program leaders supervising fewer than ten employment specialists may spend a percentage of time on other supervisory activities on a prorated basis. For example, an employment supervisor responsible for 4 employment specialists may be devoted to SE supervision half time.)
- Supervisor conducts weekly supported employment supervision designed to review client situations and identify new strategies and ideas to help clients in their work lives.
- Supervisor communicates with mental health treatment team leaders to ensure that services are integrated, to problem solve programmatic issues (such as referral process, or transfer of follow-along to mental health workers) and to be a champion for the value of work. Attends a meeting for each mental health treatment team on a quarterly basis.
- Supervisor accompanies employment specialists, who are new or having difficulty with job development, in the field monthly to improve skills by observing, modeling, and giving feedback on skills, e.g., meeting employers for job development.
- Supervisor reviews current client outcomes with employment specialists and sets goals to improve program performance at least quarterly.

6. Zero exclusion criteria: All clients interested in working have access to supported employment services regardless of job readiness factors, substance abuse, symptoms, history of violent behavior, cognition impairments, treatment non-adherence, and personal presentation. These apply during supported employment services too. Employment specialists offer to help with another job when one has ended, regardless of the reason that the job ended or number of jobs held. If VR has screening criteria, the mental health agency does not use them to exclude anybody. Clients are not screened out formally or informally.

DOC, INT
OBS

- 1= There is a formal policy to exclude clients due to lack of job readiness (e.g., substance abuse, history of violence, low level of functioning, etc.) by employment staff, case managers, or other practitioners.
- 2= Most clients are unable to access supported employment services due to perceived lack of job readiness (e.g., substance abuse, history of violence, low level of functioning, etc.).
- 3= Some clients are unable to access supported employment services due to perceived lack of job readiness (e.g., substance abuse, history of violence, low level of functioning, etc.).
- 4= No evidence of exclusion, formal or informal. Referrals are not solicited by a wide variety of sources. Employment specialists offer to help with another job when one has ended, regardless of the reason that the job ended or number of jobs held.
- 5= All clients interested in working have access to supported employment services. Mental health practitioners encourage clients to consider employment, and referrals for supported employment are solicited by many sources. Employment specialists offer to help with another job when one has ended, regardless of the reason that the job ended or number of jobs held.

7. Agency focus on competitive employment: Agency promotes competitive work through multiple strategies. Agency intake includes questions about interest in employment. Agency displays written postings (e.g., brochures, bulletin boards, posters) about employment and supported employment services. The focus should be with the agency programs that provide services to adults with severe mental illness. Agency supports ways for clients to share work stories with other clients and staff. Agency measures rate of competitive employment and shares this information with agency leadership and staff.

DOC, INT,
OBS

- 1= One or none is present.
- 2= Two are present.
- 3= Three are present.
- 4= Four are present.
- 5= Five are present.

Agency promotes competitive work through multiple strategies:

- Agency intake includes questions about interest in employment.
- Agency includes questions about interest in employment on all annual (or semi-annual) assessment or treatment plan reviews.

- Agency displays written postings (e.g., brochures, bulletin boards, posters) about working and supported employment services, in lobby and other waiting areas.
- Agency supports ways for clients to share work stories with other clients and staff (e.g., agency-wide employment recognition events, in-service training, peer support groups, agency newsletter articles, invited speakers at client treatment groups, etc.) at least twice a year.
- Agency measures rate of competitive employment on at least a quarterly basis and shares outcomes with agency leadership and staff.

8. Executive team support for SE: Agency executive team members (e.g., CEO/Executive Director, Chief Operating Officer, QA Director, Chief Financial Officer, Clinical Director, Medical Director, Human Resource Director) assist with supported employment implementation and sustainability. All five key components of executive team support are present. DOC, INT, OBS

1= One is present.

2= Two are present.

3= Three are present.

4= Four are present.

5= Five are present.

- Executive Director and Clinical Director demonstrate knowledge regarding the principles of evidence-based supported employment.
- Agency QA process includes an explicit review of the SE program, or components of the program, at least every 6 months through the use of the Supported Employment Fidelity Scale or until achieving high fidelity, and at least yearly thereafter. Agency QA process uses the results of the fidelity assessment to improve SE implementation and sustainability.
- At least one member of the executive team actively participates at SE leadership team meetings (steering committee meetings) that occur at least every six months for high fidelity programs and at least quarterly for programs that have not yet achieved high fidelity. Steering committee is defined as a diverse group of stakeholders charged with reviewing fidelity, program implementation, and the service delivery system. Committee develops written action plans aimed at developing or sustaining high fidelity services.

- The agency CEO/Executive Director communicates how SE services support the mission of the agency and articulates clear and specific goals for SE and/or competitive employment to all agency staff during the first six months and at least annually (i.e., SE kickoff, all-agency meetings, agency newsletters, etc.). This item is not delegated to another administrator.
- SE program leader shares information about EBP barriers and facilitators with the executive team (including the CEO) at least twice each year. The executive team helps the program leader identify and implement solutions to barriers.

SERVICES

1. Work incentives planning: All clients are offered assistance DOC, INT in obtaining comprehensive, individualized work OBS, ISP incentives planning before starting a new job and assistance accessing work incentives planning thereafter when making decisions about changes in work hours and pay. Work incentives planning includes SSA benefits, medical benefits, medication subsidies, housing subsidies, food stamps, spouse and dependent children benefits, past job retirement benefits and any other source of income. Clients are provided information and assistance about reporting earnings to SSA, housing programs, VA programs, etc., depending on the person's benefits.

- 1= Work incentives planning is not readily available or easily accessible to most clients served by the agency.
- 2= Employment specialist gives client contact information about where to access information about work incentives planning.
- 3= Employment specialist discusses with each client changes in benefits based on work status.
- 4= Employment specialist or other MH practitioner offer clients assistance in obtaining comprehensive, individualized work incentives planning by a person trained in work incentives planning prior to client starting a job.
- 5= Employment specialist or other MH practitioner offer clients assistance in obtaining comprehensive, individualized work incentives planning by a specially trained work incentives planner prior to starting a job. They also facilitate access to work incentives planning when clients need to make decisions about changes in work hours and pay. Clients are provided information and assistance about reporting earnings to SSA, housing programs, etc., depending on the person's benefits.

2. Disclosure: Employment specialists provide clients with accurate information and assist with evaluating their choices to make an informed decision regarding what is revealed to the employer about having a disability.

DOC, INT
OBS

1= None is present.

2= One is present.

3= Two are present.

4= Three are present.

5= Four are present.

- Employment specialists do not require all clients to disclose their psychiatric disability at the work site in order to receive services.
- Employment specialists offer to discuss with clients the possible costs and benefits (pros and cons) of disclosure at the work site in advance of clients disclosing at the work site. Employment specialists describe how disclosure relates to requesting accommodations and the employment specialist's role communicating with the employer.
- Employment specialists discuss specific information to be disclosed (e.g., disclose receiving mental health treatment, or presence of a psychiatric disability, or difficulty with anxiety, or unemployed for a period of time, etc.) and offers examples of what could be said to employers.
- Employment specialists discuss disclosure on more than one occasion (e.g., if clients have not found employment after two months or if clients report difficulties on the job.)

3. Ongoing, work-based vocational assessment: Initial vocational assessment occurs over 2-3 sessions and is updated with information from work experiences in competitive jobs. A vocational profile form that includes information about preferences, experiences, skills, current adjustment, strengths, personal contacts, etc, is updated with each new job experience. Aims at problem solving using environmental assessments and consideration of reasonable accommodations. Sources of information include the client, treatment team, clinical records, and with

DOC, INT,
OBS, ISP

1= Vocational evaluation is conducted prior to job placement with emphasis on office-based assessments, standardized tests, intelligence tests, work samples.

2= Vocational assessment may occur through a stepwise approach that includes: prevocational work experiences (e.g., work units in a day program), volunteer jobs, or set aside jobs (e.g., NISH jobs agency-run businesses, sheltered workshop jobs, affirmative businesses, enclaves).

3= Employment specialists assist clients in finding competitive jobs directly without systematically reviewing interests, experiences, strengths,

the client's permission, from family members and previous employers.

etc. and do not routinely analyze job loss (or job problems) for lessons learned.

- 4= Initial vocational assessment occurs over 2-3 sessions in which interests and strengths are explored. Employment specialists help clients learn from each job experience and also work with the treatment team to analyze job loss, job problems and job successes. They do not document these lessons learned in the vocational profile, OR The vocational profile is not updated on a regular basis.
- 5= Initial vocational assessment occurs over 2-3 sessions and information is documented on a vocational profile form that includes preferences, experiences, skills, current adjustment, strengths, personal contacts, etc. The vocational profile form is used to identify job types and work environments. It is updated with each new job experience. Aims at problem solving using environmental assessments and consideration of reasonable accommodations. Sources of information include the client, treatment team, clinical records, and with the client's permission, from family members and previous employers. Employment specialists help clients learn from each job experience and also work with the treatment team to analyze job loss, job problems and job successes.

4. Rapid job search for competitive job: Initial employment assessment and first face-to-face employer contact by the client or the employment specialist about a competitive job occurs within 30 days (one month) after program entry.

DOC, INT,
OBS, ISP

- 1= First face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average 271 days or more (> 9 mos.) after program entry.
- 2= First face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average between 151 and 270 days (5-9 mos.) after program entry.
- 3= First face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average between 61 and 150 days (2-5 mos.) after program entry.
- 4= First face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average between 31 and 60 days (1-2 mos.) after program entry.
- 5= The program tracks employer contacts and the first face-to-face contact with an employer by the client or the employment specialist about a competitive job is on average within 30 days (one month) after program entry.

*Formerly called IPS Model Fidelity Scale
**See end of document for key

5. Individualized job search: Employment specialists make employer contacts aimed at making a good job match based on clients' preferences (relating to what each person enjoys and their personal goals) and needs (including experience, ability, symptomatology, health, etc.) rather than the job market (i.e., those jobs that are readily available). An individualized job search plan is developed and updated with information from the vocational assessment/profile form and new job/educational experiences.

DOC, INT
OBS, ISP

- 1= Less than 25% of employer contacts by the employment specialist are based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, etc. rather than the job market.
- 2= 25-49% of employer contacts by the employment specialist are based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, etc., rather than the job market.
- 3= 50-74% of employer contacts by the employment specialist are based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, etc., rather than the job market.
- 4= 75-89% of employer contacts by the employment specialist are based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, etc., rather than the job market and are consistent with the current employment plan.
- 5= Employment specialist makes employer contacts based on job choices which reflect client's preferences, strengths, symptoms, lessons learned from previous jobs etc., 90-100% of the time rather than the job market and are consistent with the current employment/job search plan. When clients have limited work experience, employment specialists provide information about a range of job options in the community.

6. Job development - Frequent employer contact: Each employment specialist makes at least 6 face to-face employer contacts per week on behalf of clients looking for work. (Rate for each then calculate average and use the closest scale point.) An employer contact is counted even when an employment specialist meets the same employer more than one time in a week, and when the client is present or not present. Client-specific and generic contacts are included. Employment specialists use a weekly tracking form to document employer contacts.

DOC, INT

- 1= Employment specialist makes less than 2 face-to-face employer contacts that are client-specific per week.
- 2= Employment specialist makes 2 face-to-face employer contacts per week that are client-specific, OR Does not have a process for tracking.
- 3= Employment specialist makes 4 face-to-face employer contacts per week that are client-specific, and uses a tracking form that is reviewed by the SE supervisor on a monthly basis.
- 4= Employment specialist makes 5 face-to-face employer contacts per week that are client-specific, and uses a tracking form that is reviewed by the SE supervisor on a weekly basis.

5= Employment specialist makes 6 or more face-to-face employer contacts per week that are client specific, or 2 employer contacts times the number of people looking for work when there are less than 3 people looking for work on their caseload (e.g., new program). In addition, employment specialist uses a tracking form that is reviewed by the SE supervisor on a weekly basis.

7. Job development - Quality of employer contact:
Employment specialists build relationships with employers through multiple visits in person that are planned to learn the needs of the employer, convey what the SE program offers to the employer, describe client strengths that are a good match for the employer. (Rate for each employment specialist, then calculate average and use the closest scale point.)

DOC, INT,
OBS

- 1= Employment specialist meets employer when helping client to turn in job applications, OR Employment specialist rarely makes employer contacts.
- 2= Employment specialist contacts employers to ask about job openings and then shares these “leads” with clients.
- 3= Employment specialist follows up on advertised job openings by introducing self, describing program, and asking employer to interview client.
- 4= Employment specialist meets with employers in person whether or not there is a job opening, advocates for clients by describing strengths and asks employers to interview clients.
- 5= Employment specialist builds relationships with employers through multiple visits in person that are planned to learn the needs of the employer, convey what the SE program offers to the employer, describe client strengths that are a good match for the employer.

8. Diversity of job types: Employment specialists assist clients in obtaining different types of jobs.

DOC, INT,
OBS, ISP

- 1= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs less than 50% of the time.
- 2= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs 50-59% of the time.
- 3= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs 60-69% of the time.
- 4= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs 70-84% of the time.

9. Diversity of employers: Employment specialists assist clients in obtaining jobs with different employers.

DOC, INT,
OBS, ISP

5= Employment specialists assist clients obtain different types of jobs 85-100% of the time.

1= Employment specialists assist clients obtain jobs with the different employers less than 50% of the time.

2= Employment specialists assist clients obtain jobs with the same employers 50-59% of the time.

3= Employment specialists assist clients obtain jobs with different employers 60-69% of the time.

4= Employment specialists assist clients obtain jobs with different employers 70-84% of the time.

5= Employment specialists assist clients obtain jobs with different employers 85-100% of the time.

10. Competitive jobs: Employment specialists provide competitive job options that have permanent status rather than temporary or time-limited status, e.g., TE (transitional employment positions). Competitive jobs pay at least minimum wage, are jobs that anyone can apply for and are not set aside for people with disabilities. (Seasonal jobs and jobs from temporary agencies that other community members use are counted as competitive jobs.)

DOC, INT,
OBS, ISP

1= Employment specialists provide options for permanent, competitive jobs less than 64% of the time, OR There are fewer than 10 current jobs.

2= Employment specialists provide options for permanent, competitive jobs about 65- 74% of the time.

3= Employment specialists provide options for permanent competitive jobs about 75-84%% of the time.

4= Employment specialists provide options for permanent competitive jobs about 85-94% of the time.

5= 95% or more competitive jobs held by clients are permanent.

11. Individualized follow-along supports:

Clients receive different types of support for working a job that are based on the job, client preferences, work history, needs, etc. Supports are provided by a variety of people, including treatment team members (e.g., medication changes, social skills training, encouragement), family, friends, co-workers (i.e., natural supports), and employment specialist. Employment specialist also provides employer support (e.g., educational information, job accommodations) at client's request. Employment specialist offers help with career development, i.e., assistance with education, a more desirable job, or more preferred job duties.

DOC, INT,
OBS, ISP

- 1= Most clients do not receive supports after starting a job.
- 2= About half of the working clients receive a narrow range of supports provided primarily by the employment specialist.
- 3= Most working clients receive a narrow range of supports that are provided primarily by the employment specialist.
- 4= Clients receive different types of support for working a job that are based on the job, client preferences, work history, needs, etc. Employment specialists provide employer supports at the client's request.
- 5= Clients receive different types of support for working a job that are based on the job, client preferences, work history, needs, etc. Employment specialist also provides employer support (e.g., educational information, job accommodations) at client's request. The employment specialist helps people move onto more preferable jobs and also helps people with school or certified training programs. The site provides examples of different types of support including enhanced supports by treatment team members.

12. Time-unlimited follow-along supports:

Employment specialists have face-to-face contact within 1 week before starting a job, within 3 days after starting a job, weekly for the first month, and at least monthly for a year or more, on average, after working steadily, and desired by clients. Clients are transitioned to step down job supports from a mental health worker following steady employment. Employment specialists contact clients within 3 days of learning about the job loss.

DOC, INT,
OBS, ISP

- 1= Employment specialist does not meet face-to-face with the client after the first month of starting a job.
- 2= Employment specialist has face-to-face contact with less than half of the working clients for at least 4 months after starting a job.
- 3= Employment specialist has face-to-face contact with at least half of the working clients for at least 4 months after starting a job.
- 4= Employment specialist has face-to-face contact with working clients weekly for the first month after starting a job, and at least monthly for a year or more, on average, after working steadily, and desired by clients.
- 5= Employment specialist has face-to-face contact within 1 week before starting a job, within 3 days after starting a job, weekly for the first month, and at least monthly for a year or more, on average, after working steadily and desired by clients. Clients are transitioned to step down job supports, from a mental health worker following steady employment clients. Clients are transitioned to step down job supports from a mental health worker following steady employment.

Employment specialist contacts clients within 3 days of hearing about the job loss.

13. Community-based services: Employment services such as engagement, job finding and follow-along supports are provided in natural community settings by all employment specialists. (Rate each employment specialist based upon their total weekly scheduled work hours, then calculate the average and use the closest scale point.)

DOC, INT
OBS

- 1= Employment specialist spends 30% time or less in the scheduled work hours in the community.
- 2= Employment specialist spends 30 - 39% time of total scheduled work hours in the community.
- 3= Employment specialist spends 40 -49% of total scheduled work hours in the then community.
- 4= Employment specialist spends 50 - 64% of total scheduled work hours in the community.
- 5= Employment specialist spends 65% or more of total scheduled work hours in the community.

14. Assertive engagement and outreach by integrated treatment team: Service termination is not based on missed appointments or fixed time limits. Systematic documentation of outreach attempts. Engagement and outreach attempts made by integrated team members. Multiple home/community visits. Coordinated visits by employment specialist with integrated team member. Connect with family, when applicable. Once it is clear that the client no longer wants to work or continue SE services, the team stops outreach.

MIS, DOC,
INT, OBS

- 1= Evidence that 2 or less strategies for engagement and outreach are used.
- 2= Evidence that 3 strategies for engagement and outreach are used.
- 3= Evidence that 4 strategies for engagement and outreach are used.
- 4= Evidence that 5 strategies for engagement and outreach are used.
- 5= Evidence that all 6 strategies for engagement and outreach are used: i) Service termination is not based on missed appointments or fixed time limits. ii) Systematic documentation of outreach attempts. iii) Engagement and outreach attempts made by integrated team members. iv) Multiple home/community visits. v) Coordinated visits by employment specialist with integrated team member. vi) Connect with family, when applicable.

*Data sources:

- MIS Management Information System
- DOC Document review: clinical records, agency policy and procedures
- INT Interviews with clients, employment specialists, mental health staff,
VR counselors, families, employers
- OBS Observation (e.g., team meeting, shadowing employment specialists)
- ISP Individualized Service Plan

2/14/96
6/20/01, Updated
1/7/08, Revised

Supported Employment Fidelity Scale Score Sheet

Staffing		
1.	Caseload size	Score:
2.	Employment services staff	Score:
3.	Vocational generalists	Score:
Organization		
1.	Integration of rehabilitation with mental health thru team assignment	Score:
2.	Integration of rehabilitation with mental health thru frequent team member contact	Score:
3.	Collaboration between employment specialists and Vocational Rehabilitation counselors	Score:
4.	Vocational unit	Score:
5.	Role of employment supervisor	Score:
6.	Zero exclusion criteria	Score:
7.	Agency focus on competitive employment	Score:
8.	Executive team support for SE	Score:
Services		
1.	Work incentives planning	Score:
2.	Disclosure	Score:
3.	Ongoing, work-based vocational assessment	Score:
4.	Rapid search for competitive job	Score:
5.	Individualized job search	Score:
6.	Job development—Frequent employer contact	Score:
7.	Job development—Quality of employer contact	Score:
8.	Diversity of job types	Score:
9.	Diversity of employers	Score:
10.	Competitive jobs	Score:
11.	Individualized follow-along supports	Score:
12.	Time-unlimited follow-along supports	Score:
13.	Community-based services	Score:
14.	Assertive engagement and outreach by integrated treatment team	Score:
	Total:	

115 – 125	= Exemplary Fidelity
100 - 114	= Good Fidelity
74 – 99	= Fair Fidelity
73 and below	= Not Supported Employment