

# VVI-project GGZ

*De psychiatrische patiënt en tewerkstelling:  
moeilijk aan het werk te krijgen*

Een zoektocht naar  
inactiviteitsvallen ...

Caritas  
Verbond der  
Verzorgingsinstellingen vzw

**DE PSYCHIATRISCHE PATIËNT EN TEWERKSTELLING:  
MOEILIJK AAN HET WERK TE KRIJGEN**

**EEN ZOEKTOCHT NAAR  
INACTIVITEITSVALLEN...**



## VOORWOORD

Gezondheid is voor elk van ons een belangrijk maar ook een kwetsbaar goed. Ditzelfde geldt zowel voor onze lichamelijke als geestelijke gezondheid. In het behoud of herstel van deze geestelijke gezondheid speelt het vervullen van betekenisvolle sociale rollen een belangrijke rol. Deelnemen aan de arbeidsmarkt is het middel bij uitstek om een betekenisvolle rol op te nemen in de samenleving. Deze deelname kan in vele uitingsvormen, gaande van vrijwilligerswerk tot betaald werk. Voor (ex-)psychiatrische patiënten is de weg naar het vinden van een geschikt werk al geen evidentie. Bovendien wordt deze weg nog bijkomend bezaaid met inactiviteitsvallen.

Over deze inactiviteitsvallen gaat deze publicatie. De totstandkoming van deze publicatie kadert in een bredere VVI-studie naar knelpunten in de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)<sup>1</sup>. Bij het inventariseren van de knelpunten bleek hoe deze inactiviteitsvallen een grote bijkomende hypotheek vormen voor GGZ-cliënten in het opnieuw verwerven van een volwaardig inkomen uit arbeidsmatige activiteiten.

Een tweede directe aanleiding tot het opstarten van deze studie moet worden gezocht in de opstart van een aantal zorgvernieuwingsprojecten met betrekking tot activering. In ruil voor een projectfinanciering voor de jaren 2001-2003, werd aan initiatiefnemers gevraagd ervaring op te doen met specifieke methodieken van arbeidstrajectbegeleiding, aangepast aan GGZ-cliënten. In de uitvoering van deze projecten werd men op het terrein al vlug geconfronteerd met allerlei problemen die, in hun kern, konden worden gereduceerd tot problemen met het statuut dat de cliënt werd aangemeten en dit ten aanzien van vele instanties, zowel inzake zorg als tewerkstelling.

Binnen het VVI werd dan ook beslist om experts uit de bestaande VVI-werkgroepen “betaalbaarheid” en “activering” in een specifieke ad hoc werkgroep samen te brengen.

Deze ad hoc werkgroep kreeg als opdracht mee om voor (ex-)GGZ-cliënten de hinderpalen te inventariseren op weg naar tewerkstelling en hiervoor de nodige oplossingen te suggereren. Gelet op de omvang van de problematiek van inactiviteitsvallen, werd de opdracht van de werkgroep beperkt tot die hinderpalen die bijkomend gelden voor GGZ-cliënten, bovenop de hinderpalen die gelden voor elke Belgische burger. De werkgroep inventariseerde zowel de structurele hinderpalen als de feitelijke hinderpalen.

De neerslag van deze inventarisatie en van de voorstellen tot oplossing, vindt men in deze publicatie.

Met deze publicatie wil het VVI haar bijdrage leveren tot het stofferen en ondersteunen van het overleg, dat op diverse niveaus zal moeten plaatsvinden om GGZ-cliënten een volwaardige kans te geven om zoveel als mogelijk een actieve en betekenisvolle rol op te nemen in de brede samenleving.

J. VAN HOLSBEKE  
Sectorcoördinator Geestelijke Gezondheidszorg

C. BOONEN  
Algemeen directeur

---

<sup>1</sup> Over dit bredere thema heeft het VVI eveneens een rapport gepubliceerd in 2004 onder de titel: “Geestelijke gezondheidszorg: toegankelijkheid en betaalbaarheid: knelpuntennota”.

*Zoals reeds in het voorwoord gesteld werd de tijdelijke ad hoc werkgroep samengesteld uit experts van de bestaande werkgroepen betaalbaarheid enerzijds en activering anderzijds.*

*Concreet is deze tekst het werk van:*

- *Gerda Billiet, werkzaam als trajectbegeleider in Compagnie de Sporen te Gent, centrum voor arbeidszorg, trajectbegeleiding en loopbaanbegeleiding;*
- *Marianne De Boodt, werkzaam als jurist bij de familievereniging Similes Vlaanderen;*
- *Marjolein Deceulaer, werkzaam als arbeidstrajectbegeleider voor Echo Sint-Niklaas: werkvoorbereiding en werkbegeleiding in de GGZ;*
- *Lode Gelade, werkzaam als maatschappelijk werker en hoofd van de sociale dienst van het psychiatrisch centrum Ziekeren te Sint-Truiden;*
- *Dirk Goeminne, werkzaam als maatschappelijk werker en hoofd van de sociale dienst van het psychiatrisch centrum Sint-Amadeus te Mortsel;*
- *Veerle Herst, werkzaam als coördinator van Compagnie De Sporen te Gent, centrum voor arbeidszorg, trajectbegeleiding en loopbaanbegeleiding;*
- *Marcel Plessers, werkzaam als directeur van het initiatief beschut wonen Bewust van Sint-Truiden;*
- *Lode Tarras, werkzaam als maatschappelijk werker binnen het initiatief beschut wonen Eigen Woonst te Menen;*
- *Jef Van Holsbeke, werkzaam als sectorcoördinator Geestelijke gezondheidszorg binnen het Verbond der Verzorgingsinstellingen;*
- *Alda Verbeek, werkzaam als ergotherapeut en hoofd van het arbeidszorgcentrum De Witte Hoeve te Sint-Niklaas;*
- *Yves Wuyts, werkzaam als stafmedewerker Geestelijke gezondheidszorg binnen het Verbond der Verzorgingsinstellingen.*

## INHOUDSTAFEL

<b>1. INLEIDING</b> .....	<b>7</b>
1.1. Het belang van arbeidsmatige activiteiten voor de geestelijke gezondheid.....	7
1.2. Inactiviteitsvallen .....	<b>8</b>
<b>2. ALGEMENE INACTIVITEITSVALLEN</b> .....	<b>9</b>
2.1. Het duale statuut: arbeidsgeschiktheid versus arbeidsongeschiktheid.....	<b>9</b>
2.1.1. Probleemschets.....	9
2.1.2. Mogelijke oplossing .....	10
2.2. Arbeid in combinatie met arbeidsongeschiktheid .....	<b>10</b>
2.2.1. Het systeem van de progressieve tewerkstelling.....	10
2.2.1.1. Probleemstelling.....	11
2.2.1.2. Mogelijke oplossing .....	12
2.2.2. Cumulatieregeling .....	12
2.2.2.1. Probleemstelling.....	13
2.2.2.2. Mogelijke oplossingen .....	13
2.2.3. Verlies van verhoogde tegemoetkoming.....	14
2.2.4. Vakantiegeld.....	16
2.3. Arbeid in combinatie met tegemoetkomingen aan personen met een handicap .....	<b>17</b>
2.3.1. Beperkte stimulans tot werken .....	18
2.3.2. Administratieve bepalingen.....	18
2.4. Herscholing .....	<b>19</b>
2.4.1. Probleemstellingen .....	19
2.4.1.1. Algemene inactiviteitsvallen bij herscholing .....	19
2.4.1.2. Bijkomende inactiviteitsvallen bij herscholing via het Vlaams Fonds .....	21
2.4.2. Mogelijke oplossingen .....	22
2.5. Arbeidstrajectbegeleiding.....	<b>22</b>
2.5.1. Toegang tot arbeidstrajectbegeleiding .....	22
2.5.2. Gericht naar betaald werk op relatief korte termijn .....	23
2.5.3. Beperkingen in het behoud van het statuut arbeidsongeschiktheid.....	23
2.5.4. Geen trajectbegeleiding op de werkvloer.....	24
2.5.5. Het gebruik van stages .....	24
2.6. Gebrekkige toegang tot arbeid via het Vlaams Fonds.....	<b>25</b>
2.6.1. Probleemstelling.....	25
2.6.2. Mogelijke oplossing .....	26
2.7. Bijkomende onkosten om te gaan werken.....	<b>26</b>
2.7.1. Probleemschets.....	26
2.7.2. Mogelijke oplossingen .....	26

<b>3. INACTIVITEITSVALLEN IN SPECIFIEKE SITUATIES</b> .....	<b>27</b>
3.1. Vrijwilligerswerk .....	<b>27</b>
3.1.1. Toegang tot vrijwilligerswerk .....	27
3.1.2. Statuut.....	27
3.1.3. Interactie met andere uitkeringen .....	28
3.2. Activiteitencentra in de GGZ .....	<b>28</b>
“Arbeidsmatige activiteiten in het kader van de zorgfunctie activering” .....	<b>28</b>
3.2.1. Toegang tot de activiteiten .....	29
3.2.2. Statuut.....	30
3.2.3. Interactie met andere uitkeringen .....	30
3.3. Arbeidszorg in erkende sociale werkplaatsen .....	<b>30</b>
3.3.1. Toegang tot de arbeidszorg .....	30
3.3.2. Statuut.....	31
3.3.3. Interactie met andere uitkeringen .....	31
3.4. Beschutte werkplaatsen .....	<b>31</b>
3.4.1. Toegang tot de beschutte werkplaatsen.....	31
3.4.2. Statuut.....	32
3.4.3. Interactie met andere uitkeringen .....	32
3.5. Sociale werkplaatsen .....	<b>33</b>
3.5.1. Toegang tot de sociale werkplaats .....	33
3.5.2. Ook deeltijds werk is nodig.....	34
3.6. Normaal economisch circuit.....	<b>34</b>
3.6.1. Tewerkstellingsbevorderende maatregelen .....	34
3.6.2. Verminderd rendement.....	35
<b>4. (GEEN) RECHT OP UITKERINGEN WEGENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID</b> .....	<b>37</b>
4.1 Probleemstelling.....	<b>37</b>
4.2. Mogelijke oplossing .....	<b>37</b>
BIJLAGE 1: SITUERING VAN DE UITKERINGEN .....	39
A. Uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid .....	39
B. Tegemoetkomingen aan personen met een handicap .....	40
B.1. De inkomensvervangende tegemoetkoming .....	41
B.2. De integratietegemoetkoming.....	41
BIJLAGE 2: KNELPUNTEN BIJ DE INSCHATTING .....	43
VAN HET ZELFZORGVERMOGEN IN HET KADER VAN DE INTEGRATIETEGEMOETKOMING .....	43
<b>LITERATUUROVERZICHT</b> .....	<b>45</b>

## **1. INLEIDING**

### **1.1. Het belang van arbeidsmatige activiteiten voor de geestelijke gezondheid**

Het kunnen verrichten van arbeidsmatige activiteiten draagt in een niet onbelangrijke mate bij tot het opnemen van een aantal sociale rollen, tot het aanhouden van een dagstructuur en in het algemeen, tot een beter zelfbeeld van een individu. De gevolgen van het niet kunnen verrichten van arbeidsmatige activiteiten worden onder meer zichtbaar bij langdurig werkloze personen.

Dit belang van arbeidsmatige activiteiten speelt in het bijzonder ook voor personen met een psychiatrische problematiek. Uit onderzoek<sup>2</sup> is gebleken dat werk en dagstructurering in het herstelproces van GGZ-cliënten een belangrijke rol spelen naast een adequate psychiatrische behandeling, psycho-educatie en een begeleiding van de familie (Shepherd e.a., 1994). Onderzoeken naar de arbeidsbehoeften van mensen met psychiatrische problematiek tonen onveranderlijk aan dat een ruime meerderheid (opnieuw) aan het werk wil (Swildens, 1995; Van Weeghel, 1995, Van Weeghel en Zeelen, 1990, Schneider, 1998). Arbeid is dan ook één van de belangrijkste pijlers in de rehabilitatie en integratie van personen met een psychiatrische problematiek (Van Audenhove e.a., 2000).

In de praktijk verloopt de (her-) inschakeling op het vlak van werk van een (ex-)GGZ-cliënt na een ziekteperiode vaak zeer moeilijk. Deze wederinschakeling is zeker niet evident wanneer men betaalde arbeid als het te bereiken doel vooropstelt. De bovenvermelde onderzoeken wijzen uit dat slechts een beperkt aantal (ex-)GGZ-cliënten er in slaagt om zonder begeleiding werk te vinden en/of te behouden.

De redenen hiervoor zijn divers. Ten gevolge van de psychiatrische problematiek kunnen de GGZ-cliënten nog problemen ervaren op cognitief (concentratie, geheugen) en communicatief (contacten leggen) gebied. Er dient ook rekening te worden gehouden met de mogelijke impact van psychofarmaca en de grotere stress-kwetsbaarheid van deze doelgroep. Mensen die een psychiatrische opname achter de rug hebben, zijn vaak ook onzeker over eigen capaciteiten en leiden aan faalangst. Deze doelgroep moet afrekenen met een stigma dat nog heerst over psychiatrie, wat de kansen op aanwerving vermindert. De vaak lange periode van arbeidsongeschiktheid schept ook bijkomende problemen. Een groot deel van de doelgroep heeft weinig recente werkervaring, wat leidt tot een gebrek aan arbeidsvaardigheden en tot een zwakke kennis van de arbeidsmarkt.

Aldus kampen de GGZ-cliënten met zeer specifieke moeilijkheden die vragen naar een juiste professionele ondersteuning in hun traject naar tewerkstelling.

De GGZ-sector is dan ook vragende partij voor een betere toegankelijkheid en opvolging van (ex-)GGZ-cliënten in de bestaande initiatieven op het vlak van vorming en tewerkstelling. Deze opvolging en begeleiding in bestaande, niet-categoriale initiatieven is niet altijd vanzelfsprekend. Vaak vindt uitsluiting plaats omwille van stigmatisering en onbegrip, omdat de begeleiders, maar ook de collega-cliënten in deze initiatieven, over te weinig specifieke kennis en kunde beschikken, in verband met GGZ-problematieken. Voor de groep van cliënten, die in de reeds bestaande niet-categoriale voorzieningen niet terecht kunnen, moet de GGZ-sector een eigen aanbod op vlak van arbeidsrehabilitatie kunnen uitbouwen. Dit categoriale aanbod wordt vaak arbeidsrehabilitatie genoemd. Vanuit het gezichtspunt van de

---

<sup>2</sup> vb Hoof, F.v., Ketelaars & Weeghel, J. (2000)

cliënt gaat het bij arbeidsrehabilitatie om ondersteuning en begeleiding bij het kiezen, verkrijgen en behouden van een geschikte arbeidsplaats ( Anthony e.a., 1990). Vanuit professioneel gezichtspunt is arbeidsrehabilitatie het proces waarmee herstel, behoud en uitbreiding van iemands arbeidsmogelijkheden wordt beoogd. In dat proces worden op het individu gerichte methodes, zoals arbeidstrajectbegeleiding, gecombineerd met op de omgeving gerichte methoden en strategieën, zoals het organiseren van aangepaste arbeid in de vorm van arbeidszorg, vrijwilligerswerk,... Dit totale aanbod van arbeidsrehabilitatie binnen de GGZ dient te worden opgenomen binnen de lokale netwerken op het vlak van (alternatieve) tewerkstelling.

Terecht wijst de overheid er op dat het aanbod, dat de GGZ zelf organiseert op het vlak van arbeid, aanvullend dient te zijn op het aanbod dat in de brede samenleving reeds bestaat.

## **1.2. Inactiviteitsvallen**

Zelfs al worden GGZ-cliënten voldoende ondersteund met professionele arbeidstrajectbegeleiding en wordt er voor GGZ-cliënten een arbeidsaanbod op maat gecreëerd, dan nog is dit geen zekerheid dat deze groep effectief zijn weg vindt naar arbeidsmatige activiteiten. In de zoektocht naar arbeid botst men meer dan eens op “**inactiviteitsvallen**”, die er voor zorgen dat personen worden weerhouden in hun zoektocht naar werk.

Met **inactiviteitsvallen** bedoelen we:

Allerlei, vaak niet-bedoelde, maatregelen of systemen die er voor zorgen dat een persoon wordt afgeremd in zijn zoektocht naar werk. Dit kan betekenen dat bepaalde diensten of voorzieningen niet toegankelijk zijn, dat bepaalde tewerkstellingsvormen leiden tot financiële risico's of onmiddellijk financieel verlies betekenen voor de GGZ-cliënt.

Deze inactiviteitsvallen kunnen zich situeren op niveau van de betrokken persoon zelf, op niveau van het statuut dat met de arbeidsmatige activiteit gepaard gaat of op niveau van interacties met andere tegemoetkomingen.

Een aantal van deze inactiviteitsvallen worden veroorzaakt door een te grote interactie met andere tegemoetkomingen. In een aantal andere gevallen, worden inactiviteitsvallen veroorzaakt door een tekort aan interactie met andere tegemoetkomingen. Deze interacties hebben betrekking op:

- a) **uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid** in het geval dat een persoon als arbeidsongeschikt wordt aanzien door ziekte of invaliditeit;
- b) **uitkeringen aan personen met een handicap** die worden ingedeeld in:
  - 1) een **inkomensvervangende tegemoetkoming** die wordt toegekend aan een gehandicapte van wie het vermogen tot verdienen door een lichamelijke of psychische aandoening is verminderd tot een derde van wat een valide persoon door één of ander beroep op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen;
  - 2) een **integratietegemoetkoming** die wordt toegekend aan een gehandicapte die te maken heeft met een aanmerkelijke vermindering van de zelfredzaamheid.

Voor alle duidelijkheid wordt ten bate van de minder vertrouwde lezer in bijlage 1 een korte schets gegeven van de uitkeringen die GGZ-cliënten krijgen.

## **2. ALGEMENE INACTIVITEITSVALLEN**

### **2.1. Het duale statuut: arbeidsgeschiktheid versus arbeidsongeschiktheid**

#### **2.1.1. Probleemschets**

Een aantal GGZ-cliënten die op zoek waren naar werk, werden ziek en kregen hierdoor het statuut van “primaire arbeidsongeschiktheid”. Indien deze ziekte toestand meer dan 1 jaar duurt, krijgen zij aansluitend het statuut van invalide.

Het statuut van arbeidsongeschiktheid is moeilijk verenigbaar met de zoektocht naar werk. Om toegang te krijgen tot arbeid, arbeidsvervangende of –stimulerende initiatieven, wordt vaak een inschrijving als werkzoekende bij de VDAB<sup>3</sup> vereist. Deze inschrijving als werkzoekende botst echter met het statuut van arbeidsongeschiktheid. Van een werkzoekende wordt immers verwacht dat hij arbeidsgeschikt is.

Een GGZ-cliënt in het statuut van arbeidsongeschiktheid kan zich, wegens deze arbeidsongeschiktheid, enkel inschrijven als vrijwillig werkzoekende. Deze inschrijving als (vrijwillig) werkzoekende kan een aantal poorten inzake tewerkstelling openen zoals: begeleiding door ATB – VDAB, het participeren aan bepaalde opleidingen, ... Maar er resten nog heel wat problemen.

Deze inschrijving, als vrijwillig werkzoekende met behoud van het statuut van arbeidsongeschiktheid, vereist sinds kort een voorafgaandelijke toestemming van de adviserend geneesheer. In de praktijk interpreteren de adviserend geneesheren deze toestemming blijkbaar op een verschillende wijze: sommige adviserende geneesheren verlenen deze toestemming, andere adviserende geneesheren interpreteren de vraag tot toelating voor inschrijving als vrijwillig werkzoekende als bewijs van de arbeidsgeschiktheid van de GGZ-cliënt, zelfs al dient de GGZ-cliënt een aanvraag in teneinde een toelating te krijgen voor niet-betaald werk of voor vorming. Het gevolg van deze aanvraag voor de GGZ-cliënt kan dan zijn dat hij zijn statuut van arbeidsongeschiktheid verliest.

Als men zich als GGZ-cliënt niet bij de VDAB inschrijft, blijven een aantal toegangspoorten tot arbeid gesloten waardoor de GGZ-cliënt een aantal kansen op tewerkstelling mist. Bijgevolg staat de GGZ-cliënt voor een dilemma:

- of hij kan de deur naar een aantal interessante mogelijkheden op het vlak van integratie en arbeid openen maar tegelijk zijn recht op de arbeidsongeschiktheidsuitkering verliezen;
- of hij houdt de deur van tewerkstellingskansen gesloten maar behoudt zijn recht op de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid.

In beide gevallen is de GGZ-cliënt een verliezende partij.

De kern van deze probleemstelling situeert zich in het duale statuut van de arbeidsongeschiktheid: arbeidsgeschikt versus arbeidsongeschikt. Een tussenliggend statuut bestaat niet. Als onderscheidend criterium wordt de grens van 50% arbeidsgeschiktheid gehanteerd. Meer dan 50% arbeidsgeschikt betekent dat de persoon het predikaat “arbeidsgeschikt” krijgt. Minder dan 50% arbeidsgeschikt, betekent dat de persoon het statuut “arbeidsongeschikt” krijgt.

Deze zwart-witopdeling komt geenszins overeen met de arbeidsmogelijkheden van een individu.

---

<sup>3</sup> VDAB voor Vlaanderen, FOREM in Wallonië en BGAB voor Brussel.

Opmerking: Blijkbaar wordt niet in elke lokale werkwinkel de voorafgaandelijke toestemming van de adviserend geneesheer gevraagd bij de inschrijving van een arbeidsongeschikte GGZ-cliënt als vrijwillig werkzoekende.

### **2.1.2. Mogelijke oplossing**

De oplossing voor de versperring van de toegang tot arbeidsbevorderende maatregelen en vorming, is de loskoppeling tussen het statuut van arbeids(on)geschiktheid en de inschrijving als vrijwillig werkzoekende. Deze loskoppeling zou toelaten dat GGZ-cliënten zich invoegen in de initiatieven op zoek naar werk, zonder dat zij hierbij het risico lopen dat hun statuut van arbeidsongeschiktheid (primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit) hierbij in het gedrang komt.

Gelet op het dichotome karakter van het statuut van arbeidsongeschiktheid en de nog resterende mogelijkheden van vele GGZ-cliënten, zou er in de Ziekte- en invaliditeitsverzekerings reglementering (Z.I.V.) een tussenliggende vorm moeten worden gecreëerd die een gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid mogelijk maakt.

Verder is het van groot belang, dat adviserende geneesheren grondig ingelicht worden over de mogelijke doelen van een inschrijving als werkzoekende, zodat interpretatieproblemen op dit terrein kunnen worden vermeden. Een omzendbrief vanwege het RIZIV naar alle adviserende geneesheren, waarin wordt gesteld dat een inschrijving bij de VDAB het statuut van de arbeidsongeschiktheid niet in vraag stelt, is hiertoe een mogelijkheid.

## **2.2. Arbeid in combinatie met arbeidsongeschiktheid**

Om de overstap tussen het statuut van arbeidsongeschiktheid en arbeidsgeschiktheid wat geleidelijker te laten verlopen werd binnen de Z.I.V.-reglementering een systeem uitgewerkt waarbij aan arbeidsongeschikte personen de mogelijkheid werd geboden om deeltijds het werk te hervatten. Dit stelsel noemt men de progressieve tewerkstelling en kan toegepast worden bij de werkgever waar de persoon werkte voor zijn arbeidsongeschiktheid, maar ook bij een nieuwe werkgever.

### **2.2.1. Het systeem van de progressieve tewerkstelling**

- Gedeeltelijke werkhervatting bij dezelfde werkgever

Voor een contractueel personeelslid dat arbeidsongeschikt is maar zich in staat voelt om terug aan de slag te gaan, bestaat de mogelijkheid om het werk gedeeltelijk te hervatten. Immers, het betrokken personeelslid kan op eigen initiatief de toestemming vragen aan de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds. In deze toestemming om een ziek (=arbeidsongeschikt) contractueel personeelslid het werk gedeeltelijk te laten hernemen, bepaalt de adviserend geneesheer van het ziekenfonds zowel de aard en het volume van de activiteit die mogen worden hernomen als de voorwaarden waartegen de gedeeltelijke werkhervatting plaats mag vinden.

Op voorwaarde dat het betrokken contractuele personeelslid door deze adviserend geneesheer nog voor minstens 50 % arbeidsongeschikt wordt bevonden, blijft deze gedurende de periode van gedeeltelijke werkhervatting verder als arbeidsongeschikt erkend.

Hij ontvangt dan boven op de bezoldiging die hij voor zijn prestaties geniet, nog een uitkering vanwege de ziekteverzekering.

Bij gedeeltelijke werkhervatting met toestemming van de adviserend geneesheer, blijft het contractueel overeengekomen arbeidsregime ongewijzigd. De uren waarop niet wordt gepresteerd tijdens de periode van gedeeltelijke werkhervatting, worden immers aanzien als uren waarop de uitvoering van de arbeidsovereenkomst is geschorst. Het gaat in dit geval dus niet om de herleiding van de contractueel voorziene prestaties. Een addendum aan de arbeidsovereenkomst moet dan ook niet worden opgesteld.

- Gedeeltelijke werkhervatting bij een nieuwe werkgever

Hier kunnen dezelfde regelingen getroffen worden als bij de oorspronkelijke werkgever. Er zijn echter ook verschillen onder andere als de werknemer na een tewerkstelling van drie maanden hervalt in ziekte, dan ontstaat er bij de nieuwe werkgever ook recht op gewaarborgd inkomen.

Reglementair werd geen maximum gesteld aan de duur waarvoor een niet volledig arbeidsgeschikt contractueel personeelslid de toestemming kan verkrijgen om het werk gedeeltelijk te hernemen. Wel moet de adviserend geneesheer van het ziekenfonds de graad van arbeidsongeschiktheid van het betrokken personeelslid ten minste om de zes maanden controleren, door middel van een geneeskundig onderzoek. Verder mag het maar gaan om gedeeltelijke tewerkstelling in functie van de gezondheidstoestand, vaak een halftijdse tewerkstelling behalve in de beschermde werkplaats waar men voltijds mag werken in het stelsel van de progressieve tewerkstelling.

#### 2.2.1.1. Probleemstelling

Een GGZ-cliënt kan als arbeidsongeschikte persoon ook toelating tot gedeeltelijke arbeidsmatige activiteiten krijgen van zijn adviserend geneesheer via het stelsel van de “progressieve werkhervatting”. De adviserend geneesheer geeft hierbij een toelating om in het vooruitzicht van een volledige hertewerkstelling, deeltijds te werken. Indien iemand herstellend is na een somatisch probleem, dan gaat de arbeidsongeschiktheid vaak over een tijdelijke toestand van verminderd functioneren die geleidelijk aan verbetert en dan is de “progressieve werkhervatting” zeker van toepassing tijdens het genezingsproces.

Bij een aantal GGZ-cliënten is er echter geen sprake van een genezingsproces. In deze gevallen kan men van een groot succes spreken indien de GGZ-cliënt een sterk verminderde tewerkstelling via het stelsel van de progressieve tewerkstelling gedurende lange tijd kan volhouden. Dikwijls is deze gedeeltelijke tewerkstelling het hoogst haalbare en wordt het deeltijds werk bovendien vaak nog onderbroken door herval. Voor deze groep van GGZ-cliënten is er weinig hoop op het hernemen van een volledige tewerkstelling.

Indien men een GGZ-cliënt arbeidsmogelijkheden aanbiedt via het stelsel van de progressieve tewerkstelling, wordt het risico groot dat de GGZ-cliënt na een zekere periode arbeidsgeschikt wordt bevonden, ook al is hij er psychisch niet aan toe om een werk volledig te hervatten. Men veronderstelt immers dat het stelsel van een progressieve tewerkstelling wordt gevolgd door een volledige werkhervatting.

Voor GGZ-cliënten die vallen onder de Z.I.V.-regeling van zelfstandigen zijn er nog meer beperkingen: een zelfstandige mag in totaal slechts 18 maanden werken onder dit stelsel en

dat enkel in zijn eigen activiteit en met de bedoeling die activiteit volledig te hervatten. Een andere activiteit mag slechts gebeuren voor een periode van maximum 6 maanden.

### 2.2.1.2. Mogelijke oplossing

- Het zou aangewezen kunnen zijn om in het kader van de progressieve tewerkstelling, een onderscheid te maken tussen de personen die werkelijk progressief van een halftijdse naar een voltijdse tewerkstelling kunnen groeien en personen die niet in de mogelijkheid zijn om door te groeien naar een voltijdse tewerkstelling en met andere woorden definitief maximaal halftijds zullen kunnen werken. Wanneer men zou kunnen spreken over (definitieve) gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid (zie ook 2.1.2), is het ook voor de hand liggend dat de mogelijkheid om halftijds te werken niet zal leiden tot een voltijdse tewerkstelling. In plaats van hier dan te spreken over een progressieve tewerkstelling, zou men vb. kunnen spreken over een toelating “lichte bezigheden”. Het systeem blijft hetzelfde maar de doelstelling is verschillend.

- Bij de lichte bezigheden kan men dan een toelating geven van langere of onbepaalde duur, in plaats van telkens toelatingen van 3 maand, waarbij men telkens op controle moet gaan bij de adviserend geneesheer om een verlenging te bekomen.

- Net als voor de algemene regeling van werknemers wordt gesuggereerd om zelfstandigen, die niet meer in staat zijn hun oorspronkelijke activiteit te hervatten, de kans te geven om langdurig zinvolle “lichte bezigheden” uit te oefenen.

Samenvattend: Een toestemming in het systeem van progressieve tewerkstelling zou in de vorm van “lichte bezigheden” voor langere of in bepaalde gevallen voor onbepaalde duur moeten kunnen gelden. Deze regeling zou zeker ook toegankelijk moeten zijn voor (ex-)zelfstandigen.

### **2.2.2. Cumulatieregeling**

Indien een arbeidsongeschikte persoon, met toelating van zijn adviserend geneesheer gedeeltelijk arbeidsmatige activiteiten hervat in het systeem van progressieve tewerkstelling, beschikt hij over een inkomen dat enerzijds voorspruit uit de (deeltijdse) tewerkstelling en anderzijds voorspruit uit de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. Hierdoor bestaat het totale inkomen voor de persoon uit zowel het loon, het vakantiegeld, de eventuele eindejaarspremie als uit de ziekteuitkeringen.

Echter, voor de berekening van de hoogte van het bedrag van de ziekteuitkering wordt telkens rekening gehouden met het inkomen (loon, premies..) van de voorbije maand. Hierbij gelden specifieke cumulatieregels.

Sinds 01/04/2002 is de cumulregeling voor de gedeeltelijke werkhervatting grondig gewijzigd:

- er wordt alleen maar rekening gehouden met het bruto belastbaar loon;
- de nieuwe regel wordt voor iedereen gelijk toegepast: het bedrag dat men kan cumuleren is hetzelfde voor iedereen, ongeacht de gezinssituatie en het vroegere verdiende loon;
- de nieuwe regeling werkt met een evenredige verlaging van de uitkering via de toepassing van verschillende inkomensschijven (zelfs van de hoogste inkomensschijf wordt maximaal 75 % ingehouden);
- het nieuwe systeem wordt nog geëvalueerd.

### 2.2.2.1. Probleemstelling

Vanuit het standpunt van GGZ-cliënten kan men zeggen dat het nieuwe systeem voor arbeiders en bedienden een duidelijke verbetering heeft opgeleverd voor heel wat GGZ-cliënten. Degene met een lage ziekte-uitkering kan nu een groter bedrag bijverdienen dan voorheen.

Het systeem lijkt zelfs zo gunstig dat men de foute indruk krijgt meer te verdienen. Momenteel wordt er bijna nooit bedrijfsvoorheffing ingehouden, noch op de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid, noch op het loon omdat het bedrag waarop voorheffing dient geheven, niet wordt bereikt. Deze voorheffing wordt dus ook niet ingehouden wanneer de persoon een heel jaar deeltijds werkt. Indien men echter het loon, het vakantiegeld, de eventuele premies en de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid zou optellen, dan is er wel bedrijfsvoorheffing verschuldigd.

Het gevolg is dan ook dat de persoon meer dan een jaar later wordt geconfronteerd met een hoge afrekening via de belastingsaanslag.

Voor de personen die vallen onder de Z.I.V.-regeling van **zelfstandigen** is er een aparte en erg nadelige regeling: de eerste zes maanden mag een zelfstandige volledig cumuleren maar vanaf de zevende maand wordt zijn (lage) uitkering verminderd met 75 % van het loon. Dit is wellicht een gunstige regeling om de persoon te activeren in het kader van de progressieve werkhervatting (in de eigen zelfstandige activiteit) maar deze regeling is helemaal niet gunstig voor een zelfstandige die genoodzaakt is tot een langdurige inschakeling in een nieuwe werkomgeving of er niet toe komt om zijn vroegere zelfstandige activiteiten volledig te hervatten.

Een ander probleem inzake cumulatie stelt zich wanneer de progressieve tewerkstelling gepaard gaat met een economische of technische werkloosheid, bijvoorbeeld wanneer de GGZ-cliënt in het kader van een progressieve tewerkstelling is tewerkgesteld in een beschutte werkplaats waar men geconfronteerd wordt met economische werkloosheid. De arbeidsongeschikte invalide werknemer krijgt de nodige documenten om werkloosheidsuitkeringen aan te vragen hoewel hij er dikwijls geen recht op heeft. Bovendien moet hij een uitkeringsdossier in orde brengen via de vakbond of via de hulpkas. De opmaak van dit dossier kan geruime tijd duren – hierdoor kan het ziekenfonds, dat alle inkomsten moet kennen, de cumul niet berekenen en moet men geruime tijd wachten op de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dit levert uiteraard de nodige ergernis op.

De progressieve tewerkstelling leidt soms tot het verlies van het recht op verhoogde kinderbijslag, waardoor deze cliënten amper financieel voordeel hebben door te gaan werken.

### 2.2.2.2. Mogelijke oplossingen

- Om te vermijden dat deze mensen meer dan een jaar na hun inkomsten voor onaangename verrassingen (hoge aanslag bij de afrekening) komen te staan, zou aan het ziekenfonds de verplichting moeten worden opgelegd om de bedrijfsvoorheffing te berekenen op het totale inkomen en onmiddellijk aan de bron af te houden. De ziekenfondsen zijn hiertoe perfect in staat aangezien de hoogte van de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid wordt berekend in functie van de andere, door hun gekende inkomsten. Op deze manier zou de inhouding voor de bedrijfsvoorheffing steeds correct gebeuren. Via deze werkwijze zou de bedrijfsvoorheffing automatisch ook correct worden aangepast wanneer de tewerkstelling (tijdelijk) werd onderbroken.

- Ook het recht op vakantiegeld zou men maandelijks en direct moeten verrekenen in de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. In het geval van een voltijdse tewerkstelling zou men de twee dagen vakantie die men per maand verwerft, onmiddellijk moeten afhouden van het bedrag van de ziekteuitkering. Voor de deeltijds werkenden geldt hetzelfde pro rata.
- Voor de zelfstandige GGZ-cliënt die door zijn ziekte niet in staat is om zijn oorspronkelijke zelfstandige activiteit te hernemen dient de mogelijkheid te worden gecreëerd om over te schakelen naar een aan zijn ziekte-toestand aangepaste arbeidsmatige activiteit (vb. beschutte werkplaats) en dat voor langere of onbepaalde tijd.
- De bestaande regelingen dienen te worden aangepast opdat de dagen van technische of economische werkloosheid voor mensen die cumuleren met ziekte-uitkeringen zouden kunnen bestempeld worden als gewone afwezigheidsdagen. Dit heeft als effect voor de GGZ-cliënt dat tijdens deze dagen van werkloosheid zijn ziekte-uitkering blijft doorlopen. Deze aanpassing kan mogelijk worden geoperationaliseerd via het hanteren van een verklaring van de werknemer, waarin hij stelt dat hij vrijwillig afziet van een werkloosheidsvergoeding waardoor hij onmiddellijk zijn ziekte-uitkering kan ontvangen.

Bovenstaande voorstellen leveren voor iedereen voordeel op:

- de GGZ-cliënt ontvangt een realistisch loon dat hij nadien niet moet terugbetalen (via belastingen, vakantiegeld...);
- de GGZ-cliënt is meer geneigd om zich, indien mogelijk, voltijds in te schakelen in het gewone arbeidsmilieu want hij ontvangt dan een hoger loon, in tegenstelling met de foutieve indruk dat hij meer zou verdienen door te werken via een progressieve tewerkstelling;
- de overheid kan bovendien sneller beschikken over de verschuldigde bedrijfsvoorheffing.

### **2.2.3. Verlies van verhoogde tegemoetkoming**

De GGZ-cliënt die, via een deeltijdse tewerkstelling in het stelsel progressieve tewerkstelling, zijn uitkering wegens arbeidsongeschiktheid cumuleert met een loon heeft uiteraard een hoger inkomen. Hierdoor loopt hij het risico dat hij zijn recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT)<sup>4</sup> kwijtspeelt, omdat zijn gestegen inkomsten hoger zijn dan het grensbedrag, dat werd vastgesteld, om van het recht op de verhoogde tegemoetkoming te kunnen genieten.

Voor vele cliënten levert het verlies van de verhoogde tegemoetkoming geen grote problemen op: de medicatie wordt wat duurder, de medische consultaties ook...Doch voor andere GGZ-cliënten geeft het verlies van de verhoogde tegemoetkoming wel aanleiding tot probleemsituaties.

---

<sup>4</sup> . Met verhoogde tegemoetkoming bedoelen we de toepassing van het WIGW-tarief voor wat betreft het persoonlijk aandeel in gezondheidszorgen

*Probleemstelling 1: hoge persoonlijke aandelen bij combinatie van progressieve tewerkstelling en een ziekenhuisopname*

Er rijzen wel ernstige problemen voor GGZ-cliënten die zijn opgenomen in een psychiatrische ziekenhuisdienst (PZ of PAAZ) en die via een toestemming tot progressieve tewerkstelling van hun adviserend geneesheer de mogelijkheid verkregen om tijdens hun hospitalisatie (gedeeltelijk) te gaan werken. Wanneer deze groep van GGZ-cliënten hun recht op verhoogde tegemoetkoming verliezen door hun gestegen inkomen, stijgt hun persoonlijk aandeel in de hospitalisatiekosten met ongeveer 250 euro per maand. Bovendien wordt de GGZ-cliënt, in functie van de sociale politiek van het psychiatrisch ziekenhuis, vaak geconfronteerd met extra onkosten voor zijn middagmaal aangezien de nachthospitalisatie niet de leefkosten overdag dekt. Deze extra kosten voor de GGZ-cliënt worden geschat op 80 tot 100 euro per maand.

Besluit: Deze GGZ-cliënt lijdt verlies door verder te werken: het gestegen persoonlijk aandeel in de hospitalisatiekosten, versterkt met bijkomende kosten, is hoger dan hetgeen de GGZ-cliënt via de cumulregeling van inkomsten uit de progressieve tewerkstelling kan bijverdienen. Dit is uiteraard niet motiverend om de tewerkstelling vol te houden.

Voor een aantal GGZ-cliënten kan bovenstaande problematiek worden ingeperkt door de cliënt tijdens de eerste maanden van zijn tewerkstelling te begeleiden naar ontslag uit het ziekenhuis. Voor een aantal andere GGZ-cliënten zijn de ontslagmogelijkheden echter beperkt, bijvoorbeeld door het bestaan van wachtlijsten in voorzieningen die de begeleiding van de cliënt buiten het ziekenhuis zouden kunnen overnemen zoals Beschut Wonen of Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Voor deze subgroep van cliënten weegt de inactiviteitsval van het verlies van het recht op verhoogde tegemoetkoming het zwaarste door.

*Mogelijke oplossing:*

- Rechthebbenden zouden minstens gedurende een **ononderbroken periode van zes maanden tewerkstelling**, het recht op een verhoogde tegemoetkoming moeten kunnen behouden.
- Gelet op de minimale marginale meerkost zouden de voedingskosten voor de middagmaaltijd door de psychiatrische ziekenhuizen kunnen worden gedragen, wanneer een GGZ-cliënt progressief uit werken gaat tijdens zijn periode van nachthospitalisatie.

*Probleemstelling 2: opvolging van het (verlies van) recht op verhoogde tegemoetkoming*

- In principe moet elk lid met recht op een verhoogde tegemoetkoming het ziekenfonds onmiddellijk inlichten over elke wijziging in zijn situatie. Als een rechthebbende bij zijn ziekenfonds zelf aangifte doet van de verhoging van zijn inkomen ten gevolge van zijn gedeeltelijke werkhervatting (o.a. via progressieve tewerkstelling), verliest hij niet onmiddellijk het recht op de verhoogde tegemoetkoming, zelfs al overschrijdt hij de vastgestelde referentiebedragen. In de regelgeving werd immers een “uitlooprecht” ingeschreven waardoor het recht op verhoogde tegemoetkoming blijft gelden tot het einde van het kwartaal na de melding van de overschrijding van de referentiebedragen.

Indien de rechthebbende echter vergeet om de stijging van zijn inkomen spontaan te melden bij zijn ziekenfonds, kan het R.I.Z.I.V. bij een controle, het recht op de verhoogde tegemoetkoming met terugwerkende kracht intrekken waardoor de persoon zijn inkomen drastisch ziet dalen.

- Wanneer de extra-inkomsten ten gevolge van de progressieve tewerkstelling wegvallen door het beëindigen van de tewerkstelling, is in de regelgeving voorzien dat een rechthebbende zijn verloren recht op verhoogde tegemoetkoming op korte termijn kan herwinnen op voorwaarde dat de rechthebbende een verklaring op eer indient waarin hij zijn inkomensdaling bevestigt. Indien de GGZ-cliënt dit echter vergeet, blijft hij het normale tarief betalen, zelfs al zou hij recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Door de psychische toestand van de GGZ-cliënt of door onwetendheid komt het meer dan eens voor dat hij er niet toe komt deze verklaring bij zijn ziekenfonds in te dienen.

Bovendien kent de tewerkstelling van de GGZ-cliënt vaak een grillig verloop (werkhervatting, herval, werkhervatting...) Voor een maatschappelijk werker die de betrokkene begeleidt is het al erg moeilijk om dit op te volgen. Voor de GGZ-cliënt zelf wordt het een onontwarbaar kluwen.

#### *Mogelijke oplossing*

- De diensten invaliditeit van de ziekenfondsen beschikken elke maand over de gegevens inzake het volledige inkomen van deze GGZ-cliënt. Er wordt gesuggereerd om de ziekenfondsen te verplichten ambtshalve een onderzoek te doen naar het (al dan niet) behoud van het recht op de verhoogde tegemoetkoming, op basis van de door hen gekende inkomsten bij die mensen die starten met een progressieve werkhervatting.

- Bovendien zou het ziekenfonds dit onderzoek jaarlijks moeten herhalen zolang de toelating progressieve werkhervatting loopt.

- Daarnaast zou het ziekenfonds bij stopzetting van het werk, het recht op verhoogde tegemoetkoming ook opnieuw ambtshalve kunnen toekennen of tenminste daartoe het initiatief nemen ten aanzien van het lid.

### **2.2.4. Vakantiegeld**

#### *Probleemstelling*

- Mensen die werken verwerven recht op vakantiedagen en op vakantiegeld. Dat is logisch maar voor degenen die ziek worden, leidt dit soms tot onaangename gevolgen.

Men ontvangt in de loop van de maand mei het vakantiegeld op basis van het aantal arbeidsdagen tijdens het voorbije jaar. Uiterlijk in de loop van de maand december vraagt het ziekenfonds of men zijn vakantiedagen al dan niet heeft opgenomen. Hiertoe dient de GGZ-cliënt zijn vakantiedagen te bewijzen, ongeacht of hij er recht op had of niet en of ze al dan niet zijn opgenomen. Indien hij zijn dagen niet heeft opgenomen of indien hij het bewijs niet kan leveren wordt de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid voor de maand december volledig ingehouden omdat het ziekenfonds ervan uitgaat dat de GGZ-cliënt zijn resterende vakantiedagen alsnog tijdens de maand december zal opnemen.

GGZ-cliënten verwachten zich echter niet aan deze inhouding van hun ziekteuitkering. Dit komt dan wel als een onaangename verrassing aan, zeker in de eindejaarsperiode.

- Voor GGZ-cliënten die werken in een deeltijds arbeidsregime duikt in sommige, bijzondere gevallen nog een bijkomend probleem op.

Het blijkt dat iemand die één jaar lang alle dagen 4 uur werkt (20 u per week), recht heeft op volledig verlof (24 dagen). Indien zijn arbeidsregime verandert naar 20 u per week gepresteerd op 3 dagen/week, dan kan de werknemer in het kader van het collectief verlof slechts 16 dagen vakantie opnemen. Het ziekenfonds gaat echter uit van de 24 verworven dagen. Het ziekenfonds rekent bijgevolg onterecht dat deze persoon in de loop van de maand december nog 8 dagen van zijn vakantie moet opnemen en houdt deze dagen af van de ziekte-

uitkering. Dit lijkt toch erg onlogisch. Er schort duidelijk iets aan de manier waarop het recht op vakantie wordt berekend.

#### *Mogelijke oplossingen*

- Een oplossing zou er kunnen in bestaan om een multifunctionele aangifte in te voeren: de rijksdienst voor jaarlijks verlof meldt het recht op verlofdagen aan de ziekenfondsen in de maand juni. Dit geldt alleen voor arbeiders. Het onderzoek bij de betrokken persoon met de vraag waar hij/zij de verlofdagen wenst op te nemen kan dan vroeger gebeuren.
- Het recht op vakantiedagen dient in verhouding te staan tot het effectief aantal arbeidsuren.

### **2.3. Arbeid in combinatie met tegemoetkomingen aan personen met een handicap**

De tegemoetkomingen aan personen met een handicap streven naar de vervanging of de aanvulling van het inkomen van de persoon met een handicap die niet in staat is, wegens zijn of haar handicap, een voldoende inkomen te verwerven, of die bijkomende lasten te dragen heeft. Er bestaan 2 soorten tegemoetkomingen:

- a) de inkomensvervangende tegemoetkoming, die wordt toegekend aan de persoon die, wegens zijn handicap, niet in staat is meer dan een derde te verdienen van wat een gezond persoon door uitoefening van een beroep op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen
- b) de integratietegemoetkoming, die wordt toegekend aan de persoon met een handicap bij wie een gebrek aan of een vermindering van zelfredzaamheid werd vastgesteld en die daardoor bijkomende kosten heeft om zich in het maatschappelijk leven in te passen. Voor meer uitleg verwijzen we de lezer naar 1.2.2.

Voorheen kon men de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid gedurende 6 maanden onbeperkt cumuleren met inkomsten uit een tewerkstelling. Na zes maanden ging men het gestegen inkomen echter verrekenen. Door de stijging van het totale inkomen, bereikt de gehandicapte vaak het referentiebedrag voor de inkomensvervangende tegemoetkoming (I.V.T.) aan gehandicapten en bijgevolg valt deze tegemoetkoming meestal volledig weg. De regelgeving voorziet dat een gehandicapte blijvend wel vrij hoog mag cumuleren met de integratietegemoetkoming, de zogenaamde “Prijs van de arbeid”. Deze maatregel is op maat geschreven van fysiek gehandicapte personen. De GGZ-cliënt die erin slaagt om te gaan werken heeft echter meestal geen of nauwelijks recht op integratietegemoetkoming. Zie bijlage 2. De GGZ-cliënt die bijvoorbeeld categorie III scoort in de integratietegemoetkoming functioneert globaal zo zwak, dat hij niet in staat is om te gaan werken, zelfs niet in de beschutte werkplaats. Hierdoor kan een GGZ-cliënt slechts beperkt of niet genieten van “Prijs van de arbeid”.

Door de nieuwe regeling, die inging op 1 juli 2003, wordt de periode van 6 maanden cumulatie afgeschaft en wordt bij de berekening van de inkomensvervangende tegemoetkomingen rekening gehouden met een onmiddellijke maar blijvende vrijstelling van 10 procent van het inkomen uit arbeid.

### 2.3.1. Beperkte stimulans tot werken

#### *Probleemstelling*

De 10 procent vrijstelling van het arbeidsinkomen in de berekening van de inkomensvervangende tegemoetkoming wordt als te laag ingeschat, zeker voor deeltijdwerkers.

In principe slaat dit op een grote groep van GGZ-cliënten, omdat het in regel om kwetsbare mensen gaat waarvoor tewerkstelling geen evidentie is. Voor velen zal een halftijdse tewerkstelling het maximum haalbare zijn. Wanneer iemand halftijds gaat werken, zal hij in regel zijn inkomensvervangende tegemoetkoming verliezen; het inkomen uit een halftijdse tewerkstelling is vaak vergelijkbaar met het bedrag van de inkomensvervangende tegemoetkoming.

Gevolg: de persoon heeft geen financieel voordeel door halftijds te gaan werken.

#### *Mogelijke oplossingen*

- Er wordt voor gepleit om in de berekening van de inkomensvervangende tegemoetkoming de vrijstelling van het inkomen uit arbeid op te trekken tot 50% (van de I.V.T.) teneinde de inkomensvervangende tegemoetkoming te activeren.

- Bovendien zou men de gebruiker een keuze moeten aanbieden: of hij cumuleert zijn inkomen uit arbeid met een inkomensvervangende tegemoetkoming met een vrijstelling van 50% , of hij cumuleert met de integratietegemoetkoming, waarbij de bestaande hoge grenzen van vrijstelling worden behouden. Het achterliggende principe is dat de gehandicapte slechts eenmaal kan cumuleren, hetzij met de ene tegemoetkoming, hetzij met de andere.

- Het systeem zou verder bijzondere aandacht moeten hebben voor de mensen die enkel deeltijds kunnen werken en zou met name moeten zorgen voor een (financiële) stimulans om deeltijds te werken.

### 2.3.2. Administratieve bepalingen

#### *Probleemstelling*

- Als we met de zwakkere GGZ- cliënt pogingen naar tewerkstelling willen ondernemen, dan is het belangrijk dat er een eenvoudige en soepele regeling mogelijk is, die rekening houdt met onderbrekingen in de tewerkstelling, zonder dat dit financiële nadelen oplevert. Indien een GGZ-gehandicapte na een aantal maanden tewerkstelling (min. na zes maanden) hervalt in arbeidsongeschiktheid, stijgt zijn inkomensvervangende tegemoetkoming niet terug automatisch en niet onmiddellijk. Indien hij nog recht heeft op de inkomensvervangende tegemoetkoming zal hij deze pas terug ontvangen na een behoorlijke wachttijd (de tijd die de administratie nodig heeft om een nieuwe beslissing te maken en uit te voeren). Intussen heeft de persoon geen inkomsten en zal moeten zoeken naar alternatieven om te overleven (vb. leefloon).

- Een vereenvoudiging van het systeem is alleszins nodig: nu moet zelfs de sociale dienst advies vragen aan specialisten terzake om de gevolgen van een deeltijdse tewerkstelling op de tegemoetkoming in te schatten. En zelfs dan blijft het erg ingewikkeld met de referentieperiodes die men hanteert... Hoe moet de GGZ-cliënt op een verantwoorde manier keuzes maken en met zijn inkomen omgaan in een situatie met zoveel onduidelijkheid?

### *Mogelijke oplossing*

Principieel pleiten we ervoor dat een cumulregeling zou toegepast worden zoals bij de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid. Dan zou men elke maand direct de cumul tussen de inkomensvervangende tegemoetkoming en eventuele inkomsten uit arbeid kunnen berekenen en toepassen.

Dit betekent uiteraard dat men de huidige omslachtige manier van werken moet verlaten. Nu gaat men bij iedere wijziging van (arbeids)situatie telkens een volledig nieuwe beslissing nemen.

## **2.4. Herscholing**

De **klassieke opleidingsinitiatieven** richten zich naar werkenden of werkzoekenden. Bijgevolg zijn deze vormingsinitiatieven amper toegankelijk voor arbeidsongeschikte GGZ-cliënten.

Een ander kanaal naar opleiding is de **herscholing**. Dit kanaal geeft personen de gelegenheid om via een gesubsidieerde herscholing (met toestemming van het R.I.Z.I.V.) over te schakelen naar een andere activiteit dan het vroeger uitgeoefende beroep. Hierbij wordt geacht dat de nieuw aan te leren arbeidsmatige activiteit haalbaar is in combinatie met de verworven handicap of ziekte. Om in aanmerking te komen voor een dergelijke herscholing dient de GGZ-cliënt een aanvraag te richten aan de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds. Een college van geneesheren-directeurs op het niveau van het R.I.Z.I.V. beslist vervolgens of de GGZ-cliënt in aanmerking komt voor een specifiek herscholingsprogramma dat al dan niet ten laste wordt genomen door de ziekteverzekering.

In functie van de beslissing van het R.I.Z.I.V. kunnen zich twee situaties voordoen, met elk hun specifieke inactiviteitsvallen: ofwel neemt het R.I.Z.I.V. de herscholing ten laste ofwel doet ze dit niet.

Indien het R.I.Z.I.V. de herscholing ten laste neemt, behoudt de GGZ-cliënt tijdens de duur van de herscholing zijn uitkering wegens arbeidsongeschiktheid.

Indien het R.I.Z.I.V. de herscholing niet ten laste neemt, kan de herscholing ten laste worden genomen door het Vlaams Fonds en/of van Europees Sociaal Fonds (E.S.F.). Het Vlaams Fonds komt enkel tussen voor personen met een erkenning vanuit Vlaams Fonds voor initiatieven naar tewerkstelling. Voor E.S.F. is het moeilijker te verantwoorden waarom een persoon met een R.I.Z.I.V.-uitkering een gesubsidieerde opleiding zou volgen.

Voor personen die een uitkeringen aan personen met een handicap genieten (zowel inkomensvervangende tegemoetkoming als de integratietegemoetkoming) geldt er een meldingsplicht bij herscholing.

### **2.4.1. Probleemstellingen**

#### **2.4.1.1. Algemene inactiviteitsvallen bij herscholing**

- De zeer lange aanvraagprocedure tot subsidiëring van de opleiding bij het R.I.Z.I.V..

Het doorlopen van de aanvraagprocedure neemt op heden een periode van minimum 3 à 4 maanden in beslag. Deze lange periode houdt geen rekening met de dynamiek van de opleidingen en de cursisten, bijvoorbeeld startdata die niet lang op voorhand vaststaan en/of de wispelturige motivatie van sommige GGZ-cliënten. Hierdoor wordt het voor GGZ-cliënten moeilijk om zich in te schrijven voor een passende herscholing in de eigen buurt.

- Weinig openheid voor GGZ-cliënten

Bij aanvraag tot herscholing wordt vaak een onderscheid gemaakt op grond van de aard van de vastgestelde beperking. Zo maken cliënten met een psychische aandoening, met een chronische ziekte, met een hogere leeftijd of met een hoger opleidingsniveau minder kans op een toelating tot financiering. In sommige gevallen is een dergelijke geringere toegankelijkheid ingegeven vanuit de ervaringen van de adviserend geneesheren die oordelen dat de herscholing bij bepaalde groepen zoals GGZ-cliënten, toch niet zal lukken. Soms is de geringere openheid ingegeven vanuit de bezorgdheid dat de GGZ-cliënten hun uitkering wegens arbeidsongeschiktheid zouden kunnen verliezen omdat ze na de herscholing niet of slechts gedeeltelijk in staat zullen zijn om een nieuwe functie op te nemen in het werksmilieu (zie verder).

- Weinig eenduidige criteria

In de praktijk wordt vastgesteld dat er weinig duidelijke, algemeen geldende criteria zijn waarop de adviserend geneesheren zich baseren om te beslissen of een GGZ-cliënt al dan niet in aanmerking komt voor een herscholing.

Niet alle adviserend geneesheren hanteren dezelfde visie, zelfs niet binnen eenzelfde ziekenfonds. De verschillen uiten zich onder meer in een verschil in flexibiliteit die de adviserend geneesheren toestaan bij de zoektocht naar werk van een cliënt. Sommige geneesheren vinden het vanzelfsprekend dat een rechtlijnig traject naar betaald werk eerder uitzonderlijk is voor GGZ-cliënten en tolereren een herziening en/of een terugval in een traject. Andere geneesheren willen wel toelating geven om iets uit te proberen maar benadrukken de noodzaak tot resultaat.

- Risico op verlies van de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid

Wanneer de opleiding met vrucht wordt beëindigd, is er een groot risico op volledige of gedeeltelijke schorsing van het statuut van arbeidsongeschiktheid en bijgevolg ook van de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. Immers, de herscholing gaat uit van het principe dat de herscholing moet toelaten om een andere arbeidsactiviteit uit te voeren die combineerbaar is met de bestaande beperkingen. Deze redenering gaat echter niet op voor GGZ-cliënten. De beperkingen ten gevolge van de GGZ-problematiek zijn in de praktijk niet gebonden aan een activiteitenssoort, wat bij fysieke beperkingen wel het geval is.

Een bijkomend gevolg van het hierboven beschreven verlies van de statuut van arbeidsongeschiktheid is het verliezen van de mogelijkheid tot progressieve tewerkstelling (onder meer gedeeltelijke tewerkstelling met behoud van arbeidsongeschiktheid) aangezien het systeem van progressieve tewerkstelling het statuut van arbeidsongeschiktheid veronderstelt.

- Het ontbreken van deeltijdse opleidingen

Een aantal GGZ-cliënten kunnen een voltijdse tewerkstelling niet (meer) aan. Hetzelfde geldt echter ook voor een voltijdse opleiding/herscholing. In de praktijk wordt vastgesteld dat de meeste herscholingsopleidingen enkel in een voltijds stramien worden aangeboden. Deze organisatievorm impliceert dat de toegang tot herscholing voor een aantal GGZ-cliënten is beperkt.

Het geheel van bovenstaande problemen impliceert dat:

- a) zorgverstrekkers herscholing niet durven voor te stellen aan een GGZ-cliënt, waarvan men geen garantie heeft dat het individu het werk kan hervatten na de herscholing;

- b) de GGZ-cliënt wordt soms aangeraden de herscholing af te breken net voor het beëindigen van de herscholingsperiode om het verlies van het statuut arbeidsongeschiktheid te voorkomen.

- Ontoegankelijkheid VDAB-opleiding voor de meeste GGZ-cliënten

Cliënten met een RIZIV-uitkering kunnen niet deelnemen aan een VDAB-opleiding indien het RIZIV de opleiding niet wil financieren (bijvoorbeeld omdat de adviserend geneesheer wil vermijden dat de cliënt zijn uitkering verliest na voltooiing van de opleiding. Cliënten die een inkomensvervangende uitkering ontvangen kunnen hoe dan ook geen opleiding volgen bij de VDAB vermits het Ministerie van Sociale Zaken deze opleidingen nooit ten laste neemt.

2.4.1.2. Bijkomende inactiviteitsvallen bij herscholing via het Vlaams Fonds

- Het residuair karakter van de ten laste neming door het Vlaams Fonds

Het Vlaams Fonds neemt enkel een herscholing ten laste wanneer de andere subsidiëeringskanalen zijn uitgeput. Dit residuair karakter van de tenlasteneming impliceert dat een GGZ-cliënt eerst de R.I.Z.I.V.-piste zal moeten bewandelen en daar een negatief antwoord moet hebben gekregen vooraleer het Vlaams Fonds kan overwegen de herscholing ten laste te nemen. Inmiddels gaan nutteloze maanden van inactiviteit voorbij.

- Alle aanvragen tot vormingsinitiatieven inzake arbeid dienen te geschieden via de dienst ArbeidsTrajectBegeleiding (A.T.B.).

Dit leidt tot wachtlijsten op het niveau van A.T.B.. Aangezien A.T.B. dient te bemiddelen in het geval van herscholing voor gehandicapten en andere risicowerkzoekenden, worden de GGZ-cliënten ook geconfronteerd met de bestaande wachtlijsten. Deze wachtlijsten zijn voor sommige GGZ-cliënten een obstakel op zich omdat hun motivatie om aan een herscholing te participeren daalt of zelfs volledig verdwijnt in afwachting van de feitelijke start van de herscholing.

- De eis tot erkenning van de GGZ-cliënt door het Vlaams Fonds

Een bijkomende voorwaarde tot ten lasteneming van de herscholing door het Vlaams Fonds is de eis dat de GGZ-cliënt bij het Vlaams Fonds ingeschreven en erkend is als gehandicapte. Dit is voor GGZ-cliënten niet evident. Zie hieronder 2.6.

Een erkenning als gehandicapte bij het Vlaams Fonds opent ook het kanaal van herscholing via de VDAB. Indien een GGZ-cliënt niet als gehandicapte wordt erkend, wordt tevens het herscholingskanaal via de VDAB gesloten. De enige mogelijkheid die de arbeidsongeschikte GGZ-cliënt dan nog rest, is behoudens afzien van herscholing, het statuut van arbeidsongeschikte opgeven om als werkzoekende een beroep te kunnen doen op de herscholingsmogelijkheden van de VDAB, met alle gevolgen van dien zowel financieel als qua statuut.

- Herscholing door een Centrum voor BeroepsOpleiding (C.B.O.)

Eén van de mogelijkheden tot herscholing met een financiering via het Vlaams Fonds wordt gerealiseerd door de Centra voor beroepsopleiding.

Een eerste knelpunt inzake herscholingsprogramma's via de centra voor beroepsopleiding is de beperkte toegankelijkheid tot deze centra. Deze beperkte toegankelijkheid wordt veroorzaakt door de beperkte geografische spreiding van deze centra waardoor ze niet binnen ieders vervoersmogelijkheden liggen.

Een andere belemmering inzake de toegankelijkheid van de centra voor beroepsopleiding voor GGZ-cliënten is het feit dat de C.B.O.'s in het kader van de financiering van hun werking worden gebonden door een resultaatsverbintenis die wordt afgemeten aan de tewerkstellingspercentages van de cursisten. Aangezien het traject van een GGZ-cliënt meer dan eens grillig verloopt en bijgevolg een grotere kans op mislukken inhoudt, zijn de centra voor beroepsopleiding niet geneigd om GGZ-cliënten als hun voornaamste doelpubliek te beschouwen.

### **2.4.2. Mogelijke oplossingen**

- Personen die zich willen herscholen zouden, ongeacht hun sociaal statuut, toegang moeten krijgen tot de opleiding, die het best bij hen past. Dat niet alle doelgroepen gebruik kunnen maken van de algemene voorzieningen (hier opleidingen) in de maatschappij, is een duidelijke vorm van discriminatie. De toegankelijkheid van opleidingen moet dus dringend worden verbeterd.
- Verder zou het participeren aan initiatieven tot herscholing door mensen die een vervangingsinkomen genieten (zoals arbeidsongeschiktheid of inkomensvervangende tegemoetkoming aan personen met een handicap) moeten worden gestimuleerd en niet worden bestraft met schorsing van de uitkering. Een herscholing zal voor deze doelgroep vaak noodzakelijk zijn teneinde nog enige kans te maken op de arbeidsmarkt.
- Teneinde de inschrijvingsperiode tot de herscholing via het Vlaams Fonds in te korten, zou een inschrijving bij het R.I.Z.I.V. tegelijk de start van de procedure Vlaams Fonds moeten kunnen impliceren.
- De toegang tot de centra voor beroepsopleiding dient laagdrempelig te zijn, ook voor GGZ-cliënten. De vereiste tewerkstellingsresultaten, die aan deze centra worden opgelegd, dienen wat de GGZ-cliënten betreft drastisch te worden verlaagd. Bovendien dient een arbeidsmatige activiteit in een activiteitencentrum of in een beschutte of sociale werkplaats eveneens als een geslaagde tewerkstelling na herscholing te worden meegerekend in de beoordeling van het C.B.O..
- Er dient bijzondere aandacht te gaan naar de mensen die op termijn slechts deeltijds kunnen werken: ook zij moeten recht krijgen op herscholing en tegelijk kunnen blijven genieten van hun (evt. gedeeltelijke) uitkering wegens arbeidsongeschiktheid.

## **2.5. Arbeidstrajectbegeleiding**

### **2.5.1. Toegang tot arbeidstrajectbegeleiding**

Arbeidstrajectbegeleiding werd ingepast in de tewerkstellingsbevorderende initiatieven. De arbeidstrajectbegeleiding wordt in Vlaanderen dan ook georganiseerd door de VDAB en de diensten voor A.T.B. (met zijn partners) en deze zijn ingepast in de lokale werkwinkels.

#### *Probleemstelling*

Indien een GGZ-cliënt wil starten met trajectbegeleiding, moet een arbeidsongeschikte persoon een voorafgaandelijke toestemming van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds vragen. Immers, vooraleer A.T.B. of ook VDAB een actie kan ondernemen, wordt gesteld dat de GGZ-cliënt zich voorafgaandelijk bij de VDAB laat inschrijven als (vrijwillig) werkzoekende is. Dit is niet steeds evident voor arbeidsongeschikte GGZ-cliënten. Dit knelpunt werd reeds uitgediept in 2.1.1.

*Mogelijke oplossing*

Het is van groot belang dat adviserende geneesheren grondig ingelicht worden over de mogelijke doelen van een inschrijving als werkzoekende, zodat interpretatieproblemen op dit terrein kunnen worden vermeden. Een omzendbrief vanwege het R.I.Z.I.V. naar alle adviserende geneesheren waarin wordt gesteld dat een inschrijving bij de VDAB en annex ook bij A.T.B. het statuut van de arbeidsongeschiktheid niet in vraag stelt, is hiertoe een mogelijkheid.

**2.5.2. Gericht naar betaald werk op relatief korte termijn***Probleemstelling*

Aangezien A.T.B. onder de bevoegdheid van tewerkstelling valt, bestaat haar opdracht er in cliënten op een relatief korte termijn toe te leiden naar een betaalde job. A.T.B. richt zich naar alle risico-werklozen en focust niet op de specifieke noden van GGZ-cliënten. Heel wat GGZ-cliënten met ernstige en langdurige psychiatrische problemen hebben nood aan een specifieke aanpak die niet enkel focust op betaalde tewerkstelling en langdurige ondersteuning biedt. GGZ-cliënten passen dus niet altijd in het doelpubliek van A.T.B.

*Mogelijke oplossing*

- Sommige personen hebben nood aan een voorafgaandelijk traject voor zij eventueel in aanmerking komen voor A.T.B.. Deze (voor)trajecten kunnen worden waargemaakt binnen de Geestelijke Gezondheidszorg voor zover de GGZ-sector hiervoor de nodige middelen ontvangt van de minister bevoegd voor (Volks)Gezondheid. Deze trajectbegeleiding kan dan inspelen op de specifieke noden van de GGZ-doelgroep (moeilijkheden op cognitief, communicatief vlak, beperkte stress-kwetsbaarheid, nood aan heroriëntering op arbeidsmarkt, ...). Deze trajecten geschieden optimaal onder de regie van A.T.B..
- Er is nood aan alternatieve vormen van arbeidstrajectbegeleiding. Hierbij wordt concreet gedacht aan arbeidstrajectbegeleiding binnen arbeidszorg (in de GGZ). Zie verder in 3.2.
- Belangrijk is het verder uitbouwen van specifieke diensten arbeidstrajectbegeleiding. Omwille van de specificiteit van de doelgroep GGZ, komen deze cliënten er vaak niet toe om aan te kloppen van de reeds bestaande diensten. Door het onderhouden van nauwe contacten met de klassieke diensten en door aan te tonen dat je aanvullend en niet overlappend werkt, kan er een vlotte samenwerking ontstaan, waardoor deze diensten maar al te graag GGZ-cliënten doorverwijzen voor gespecialiseerde begeleiding.

**2.5.3. Beperkingen in het behoud van het statuut arbeidsongeschiktheid***Probleemstelling*

In het kader van arbeidstrajectbegeleiding zou men met de GGZ-cliënt een aantal zaken op het vlak van werk moeten kunnen uitproberen. Uitzendarbeid zou daarin ook een rol kunnen spelen. Nu stelt zich een probleem m.b.t. het statuut van de GGZ-cliënt wanneer de uitzendarbeid wordt beëindigd: terugkeren naar arbeidsongeschiktheid of overgaan naar het statuut van werkloosheid?

Dit probleem stelt zich nog scherper als de uitzendarbeid gebeurt vanuit de situatie van opname in het psychiatrisch ziekenhuis. In principe kan men na elke korte periode van tewerkstelling terugkeren naar arbeidsongeschiktheid, maar dit brengt een behoorlijke administratieve rompslomp met zich mee.

*Mogelijke oplossing*

In het kader van arbeidstrajectbegeleiding zou de overheid een aantal zaken moeten faciliteren opdat cliënten stappen kunnen zetten in de richting van het normaal economisch circuit.

Zo zou men de mogelijkheid kunnen bieden om kortdurende uitzendarbeid, ook op voltijdse basis, bijvoorbeeld gedurende een periode van zes maanden, eveneens als progressieve tewerkstelling wordt aanzien. Deze richtlijn zou door het R.I.Z.I.V. aan alle adviserend geneesheren kunnen worden kenbaar gemaakt via een omzendbrief.

**2.5.4. Geen trajectbegeleiding op de werkvloer***Probleemstelling*

Arbeidstrajectbegeleiding stopt momenteel aan de voordeur van het reguliere arbeidscircuit: wanneer een individu instapt in een reguliere baan, stopt de arbeidstrajectbegeleiding in regel snel. Heel wat (ex)-GGZ-clieënten hebben echter behoefte aan begeleiding tijdens hun nieuwe job teneinde de job te behouden (choose-get-keep) of zich binnen de onderneming verder te ontwikkelen.

*Mogelijke oplossing*

Begeleiding tijdens de tewerkstelling zou als vorm van nazorg kunnen worden verstrekt door de GGZ-voorziening onder de regie van bijvoorbeeld A.T.B.. Dit veronderstelt echter dat deze vorm van begeleiding ook wordt meegenomen in de financiering van de voorziening die de trajectbegeleiding realiseert.

Verder kan jobcoaching op de werkvloer ook aangewezen zijn. Deze methodiek ‘supported employment’ wordt idealiter opgenomen in het verlengde van de trajectbegeleiding samen met een ‘peter’ in het bedrijf.

**2.5.5. Het gebruik van stages**

Een andere voorzichtige, mogelijke toeleiding naar het normaal economisch circuit zijn stages die kaderen in arbeidstrajectbegeleiding op maat van de GGZ-clieënt. Deze begeleiding zal voor een groot stuk gefocust zijn op oriëntatie op het vlak van hertewerkstelling, met name nagaan over welke mogelijkheden en beperkingen de kandidaat op het vlak van tewerkstelling op heden beschikt om op die manier te komen tot een realistisch jobdoel.

Korte oriënterende werkervaringsstages in bedrijven of organisaties zijn een belangrijk instrument om uit te testen of het jobdoel inderdaad passend is.

*Probleemstelling*

- Cliënten moeten voor het lopen van dergelijke stage, de toelating vragen aan de adviserend geneesheer van hun ziekenfonds. Omdat er geen duidelijke regelgeving bestaat rond dit soort initiatieven is het voor adviserend geneesheren moeilijk een dergelijke aanvraag te beoordelen. Bijgevolg is het onvoorspelbaar of een cliënt voor de stage een toelating zal krijgen. Sommige adviserend geneesheren vrezen vb. dat het organiseren van onbezoldigde stages in een privé-onderneming niet conform is met de arbeidswetgeving (verhoging rendement van bedrijf zonder onkosten voor bedrijf,.. ).

- Verder stelt zich de vraag wat de houding van de arbeidsinspectie is t.o.v. dergelijke stages. Het risico bestaat dat men de stages interpreteert als een vorm van zwartwerk.

### *Mogelijke oplossingen*

Teneinde de stages een duidelijk karakter te geven van vorming en/of het uitproberen van de eigen mogelijkheden en interpretatiefouten te vermijden kan men:

- a) de duur van de stages in de tijd beperken, bijvoorbeeld maximaal zes maand;
- b) geen inkomen voorzien. Maar naar analogie van de langdurig werkzoekenden die in het kader van een erkende VDAB-opleiding stage lopen, eveneens € 1 per uur en verplaatsingskosten te voorzien;
- c) een expliciet contract te voorzien waarin de activiteiten en de leerdoelen van de stagiair worden beschreven evenals activiteiten die kaderen in een oriënterende stage, welke geen aanleiding geven tot rendementsverhoging, evenals de begeleiding die door de werkgever(peterschap) en de jobcoach wordt voorzien;
- d) te bepalen dat de doelstelling van de stage het uitproberen van de aard van het werk is en de mogelijkheden om te voldoen aan vereiste arbeidsattitudes.

## **2.6. Gebrekkige toegang tot arbeid via het Vlaams Fonds**

Het Vlaams Fonds heeft een aantal mogelijkheden om personen met een handicap bij te staan in hun zoektocht naar aangepast werk. Ook de tewerkstelling in de beschermde werkplaats wordt door het Fonds gesubsidieerd. Daar de GGZ-cliënt dikwijls geen toegang heeft via de reguliere tewerkstellingskanalen is extra ondersteuning door het Vlaams Fonds vaak noodzakelijk.

### **2.6.1. Probleemstelling**

We stellen vast dat de Provinciale Evaluatie Commissies van het Vlaams Fonds de GGZ-cliënt niet altijd toelaten. Men oordeelt dan dat er onvoldoende “handicap” aanwezig is om een tussenkomst van het Vlaams Fonds te verantwoorden. Mensen krijgen dan een negatieve beslissing voor een gedeelte of het geheel van ondersteuningsmogelijkheden door het Vlaams Fonds. De indruk leeft dat het voornamelijk GGZ-cliënten met een verslavingsprobleem zijn die worden geconfronteerd met negatieve beslissingen of GGZ-cliënten met meervoudige psychiatrische problemen. Het is correct dat niet elk verslavingsprobleem leidt tot een langdurige en blijvende beperking van de kansen tot sociale integratie maar het omgekeerde geldt eveneens. In de praktijk merken we echter steeds meer GGZ-cliënten waarbij meervoudige problemen worden gediagnosticeerd. Ook jongeren met als hoofddiagnose “schizofrenie” in combinatie met druggebruik geven meer dan eens aanleiding tot een negatieve beslissing tot ondersteuning door het Vlaams Fonds. Nochtans kan men stellen dat schizofrenie op zich toch voldoende “handicap” oplevert om in aanmerking te komen voor ondersteuning door het Vlaams Fonds. Toegegeven de beoordeling van het algemeen functioneren van een GGZ-cliënt is niet steeds gemakkelijk objectiveerbaar te meten. Nochtans zijn de beperkingen meestal ernstig en ook langdurig van aard.

Bovendien dient de toekomstgerichte vraag te worden gesteld hoe het de GGZ-cliënten zal vergaan inzake de toegankelijkheid tot ondersteuning inzake arbeid indien de bevoegdheid hiervoor op Vlaams niveau zoals gepland zal worden overgeheveld van de minister van Gezondheid en welzijn naar de minister van tewerkstelling en arbeid.

### **2.6.2. Mogelijke oplossing**

In tegenstelling tot de huidige “alles-of-niets” benadering is één mogelijkheid meer nuancering te bieden in de erkenning door het Vlaams Fonds in de ondersteuning. Zo kan het toekennen van een tijdelijke inschrijving door het Vlaams Fonds in geval van twijfel een oplossing bieden. Deze tijdelijke inschrijving kan bijvoorbeeld gelden voor een periode van twee jaar. Deze tijdelijke inschrijving zou dan moeten leiden tot een tijdelijke toelating tot ondersteuning op het vlak van tewerkstelling.

## **2.7. Bijkomende onkosten om te gaan werken**

### **2.7.1. Probleemschets**

Het zich inschakelen in een tewerkstellingssituatie brengt in de meeste gevallen extra onkosten met zich mee. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan verplaatsingskosten, maaltijden buiten huis, kledij, ... Deze extra onkosten duiken ook op wanneer een GGZ-cliënt zich inschakelt in vormen van niet betaald werk. Het gevolg is dat het aan de GGZ-cliënt vaak meer kost om zich in te schakelen in een tewerkstelling dan om het niet te doen.

### **2.7.2. Mogelijke oplossingen**

Teneinde de GGZ-cliënten maximaal te stimuleren om zich in te schakelen in een werksmilieu, moet er naar worden gestreefd om voor elke vorm van arbeidsmatige activiteiten een vergoeding te voorzien. In situaties waar dit niet kan, moet er ten minste een minimale onkostenvergoeding worden voorzien.

Als minimale beloning die aan de deelnemers kan worden toegekend wordt gepleit voor een vergoeding van 1 euro per uur naast de vergoeding voor verplaatsingskosten, met behoud van het vervangingsinkomen dat de persoon eventueel geniet. Dit kan sociaal rechtelijk worden aanvaard als een forfaitaire onkostenvergoeding. In dat geval is er geen impact op de integratietegemoetkoming aan personen met een handicap, noch op de hoogte van de uitkering van personen die beroep doen op het leefloon, noch op de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid.

### **3. INACTIVITEITSVALLEN IN SPECIFIEKE SITUATIES**

Doelstelling van dit hoofdstuk is een grondige inventaris op te maken van de inactiviteitsvallen die gepaard gaan met een specifieke arbeidsmatige context. Het gaat hier over volgende topics: vrijwilligerswerk, niet erkende arbeidszorg binnen de GGZ, arbeidszorg binnen een sociale werkplaats, beschutte werkplaats, sociale werkplaats en het normaal economisch circuit. In de opmaak van deze inventaris worden enkel “arbeidsplaatsen” beschreven waar arbeid het hoofdbestanddeel van de activiteit uitmaakt. Dit houdt in dat arbeidsmatige activiteiten in het kader van een psychiatrische behandeling of revalidatie in dit hoofdstuk niet worden beschreven. Immers, de nadruk in deze settings ligt op therapie. Er zal ook niet worden stilgestaan bij de activiteiten waar het hoofddaccent ligt op ontmoeting, ook al vinden er sporadisch arbeidsmatige activiteiten plaats, bijvoorbeeld een praatcafé of een hobbyclub.

Van de weerhouden arbeidsplaatsen zal worden nagegaan welke knelpunten er zich voordoen inzake de toegankelijkheid, inzake het sociaalrechtelijk statuut en inzake de interactie met andere voordelen of uitkeringen.

#### **3.1. Vrijwilligerswerk**

##### **3.1.1. Toegang tot vrijwilligerswerk**

De meeste personen kunnen vrijwilligerswerk verrichten. Nochtans dient vrijwilligerswerk voor een aantal personen te worden aangevraagd:

- bij de adviserend geneesheer in het geval de GGZ-cliënt arbeidsongeschikt is;
- bij het O.C.M.W. voor een GGZ-cliënt met leefloon;
- bij de R.V.A. indien de GGZ-cliënt werkloos is<sup>5</sup>.

##### *Probleemstelling*

In de praktijk blijken er grote verschillen te bestaan met betrekking tot het verlenen van een toelating voor vrijwilligerswerk door de adviserende geneesheren: sommige adviserende geneesheren blijken vlot een toelating te geven, anderen doen dit zeer moeizaam of weigeren tout court.

##### *Mogelijke oplossing*

Duidelijke richtlijnen en criteria voor adviserende geneesheren lijken meer dan aangewezen. Verder kan men zich de vraag stellen of het uitoefenen van vrijwilligerswerk geen recht dient te worden dat bovendien onbeperkt in duur kan gelden. Aangezien er voor vrijwilligers geen sprake is van inkomsten, zijn de maandelijkse inkomstenverklaringen overbodig. De mogelijkheid tot betaling van een onkostenvergoeding dient evenwel behouden te blijven.

##### **3.1.2. Statuut**

GGZ-cliënten die vrijwilligerswerk doen, vallen onder de algemene reglementering inzake vrijwilligerswerk. Een aantal categorieën van vrijwilligers worden expliciet benoemd in de regelgeving. Voor deze categorieën is het statuut goed uitgewerkt, bijvoorbeeld voor

---

<sup>5</sup> Volledigheidshalve melden we dat er geen toestemming dient te worden gevraagd bij de betrokken instanties indien de GGZ-cliënt gehandicapt en een inkomensvervangende of van een integratietegemoetkoming geniet.

vrijwilligers bij de brandweer. Voor de niet-benoemde categorieën is het statuut vager. Hieronder vallen de meeste GGZ-cliënten.

In sommige gevallen is er sprake van een grijze zone tussen vrijwilligerswerk en reguliere arbeid, zeker wanneer de vrijwillige arbeid leidt tot inkomsten voor de organisatie of tot onkostenvergoedingen voor de vrijwilliger of wanneer er sprake is van enige regelmaat in de vrijwillige prestaties, aldus de sociale inspectie.

#### *Probleemstelling*

De grijze zone tussen vrijwilligerswerk en zwartwerk leidt tot een onzeker sociaal statuut, zowel voor de vrijwilliger als voor de organisatie waaraan de vrijwilliger zijn diensten aanbiedt.

#### *Mogelijke oplossing*

Verdere juridische invulling van het statuut van de vrijwilliger.

Minimaal zou een verzekering burgerlijke aansprakelijkheid voor elke vrijwilliger moeten worden voorzien. In het kader van vrijwilligerswerk waarbij een arbeidsmatige activiteit wordt uitgeoefend, is tevens een arbeidsongevallenverzekering noodzakelijk.

### **3.1.3. Interactie met andere uitkeringen**

Voor zover een persoon niet boven de vastgestelde vergoeding van € 26,31 per dag en € 1052,25 per jaar (index 1/1/2003) uitstijgt zijn er noch financiële gevolgen, noch fiscale gevolgen.

## **3.2. Activiteitencentra in de GGZ**

### **“Arbeidsmatige activiteiten in het kader van de zorgfunctie activering”**

Primaire doelstelling van de activiteitencentra is het bevorderen van het sociaal functioneren van GGZ-cliënten door het bieden van ondersteuning onder de vorm van werk, dagstructurende activiteiten, vorming en ontspanning.

In die zin kan men het aanbod van deze activiteitencentra binnen de GGZ ook beschouwen als een specifieke vorm van niet erkende arbeidszorg.

Voor de omschrijving van arbeidszorg kan men zich baseren op de omschrijving zoals neergeschreven in de consensustekst van de Ronde Tafel arbeidszorg:

*“onder arbeidszorg verstaan we een continuüm aan ondersteunende maatregelen die middels het aanbieden van arbeidsmatige activiteiten binnen een productieve en/of dienstverlenende setting, aan die personen die, omwille van persoons- en/of maatschappijgebonden redenen niet (meer) kunnen werken onder een arbeidscontract in het reguliere of het beschermende tewerkstellingscircuit, het gewaarborgde recht op arbeid aanbieden. Door participatie aan deze arbeidsmatige activiteiten wordt de maatschappelijke (re)integratie en participatie bevorderd en worden latente functies van arbeid bereikbaar. Arbeidszorg draagt bij tot het algemeen welzijn van de deelnemers en beoogt een minimum levensvatbaar inkomen te verschaffen”.*

Bovenstaande omschrijving impliceert onbezoldigde activiteiten. Deze toestemming zou moeten worden voorbehouden voor personen die minstens 66% arbeidsongeschikt worden geacht.

Dit basaal werkaanbod is bedoeld voor GGZ-cliënten die de stress en de verwachtingen van andere werkomgevingen niet aankunnen. Deze ‘zorg voor arbeid’ verwijst naar het begeleiden van personen die zeer kansarm zijn op de arbeidsmarkt bij het op vrijwillige basis verrichten van niet-betaald werk in een aangepaste werkomgeving. Dit werk kan plaatsvinden in activiteitencentra die door de voorzieningen in verschillende sectoren zelf werden opgericht, bijvoorbeeld in dagactiviteitencentra binnen de werking van een initiatief beschut wonen. Soms gaat het ook over een tijdelijke situatie, een vorm van arbeidstraining om GGZ-cliënten opnieuw te laten wennen aan of kennismaken met een normale dagstructurering en arbeidsritme. Voor een andere groep van GGZ-cliënten heeft dit werkaanbod hoofdzakelijk een preventieve functie: het voorkomen van psychiatrische opnames. Typisch is dat binnen deze vorm van arbeidszorg het ‘zorgaspect van arbeid’ wordt opgenomen door gespecialiseerd personeel met kennis van psychiatrische problematiek.

Dat deze vorm van zorg voor arbeid niet onnodig is bewijst het onderzoek van M. Frans (2000). Uit dit onderzoek bleek dat de helft van de 1908 geregistreerde doelgroepmedewerkers deelnam aan arbeidszorgactiviteiten georganiseerd in een arbeidszorgcentrum dat wordt georganiseerd vanuit de GGZ.

### **3.2.1. Toegang tot de activiteiten**

#### *Probleemstelling*

De huidige praktijk leert dat momenteel de toelating tot arbeidsmatige activiteiten in het kader van arbeidszorg in de GGZ voor GGZ-cliënten die arbeidsongeschikt zijn, onder verscheidene systemen worden toegekend door de adviserende geneesheren:

- hetzij als vrijwilligerswerk (waarbij de GGZ-cliënt valt onder de bestaande regelingen van vrijwilligers);
- hetzij als progressieve tewerkstelling (vereist maandelijks inkomensbewijzen);
- hetzij als arbeidszorg (geen bestaand statuut in de Z.I.V.).

De praktijk leert verder dat, wanneer de adviserend geneesheer het arbeidszorgcentrum kent, in bepaalde regio's de toelating tot vrijwilligerswerk automatisch wordt verleend door de adviserende geneesheren of men stelt eenvoudig dat er geen toelating moet gevraagd worden. Deze verscheidenheid aan systemen schept geen juridische zekerheid.

#### *Mogelijke oplossing*

- Het wordt wenselijk geacht om aan adviserende geneesheren de mogelijkheid te bieden om een toelating tot “de zorgfunctie arbeidszorg GGZ” te kunnen verlenen (ofwel kan men stellen dat hiervoor totaal geen toestemming nodig is). De toestemming zou ook moeten kunnen worden toegekend aan zelfstandigen en ambtenaren op indisponibiliteit en zou voor iedereen voor onbepaalde tijd moeten gelden.
- Bovendien zou de toestemming moeten worden gegeven zonder dat men een verklaring vraagt van inkomsten. De (eventuele) beperkte vergoeding (max 1 € / uur) dient te worden, beschouwd als een onkostenvergoeding. Zie verder 3.2.3.
- Het is wenselijk om aan de deelnemers aan arbeidszorg binnen de GGZ een officieel ticket te geven wat hun toegang geeft tot arbeidsmatige activiteiten zonder dat daarbij hun vervangingsinkomen in het gedrang komt. GGZ-cliënten dienen vlot toegang te krijgen tot het specifiek aanbod (activering). Een GGZ-cliënt moet zich bijgevolg rechtstreeks kunnen wenden tot een activiteitencentrum arbeidszorg en niet noodzakelijk via de tussenstap van A.T.B. of van de lokale werkwinkel. Een toegang via de werkwinkel kan het gevaar opleveren dat de indruk ontstaat dat de “arbeidsongeschiktheid” in vraag wordt gesteld (zie 2.1.).

### **3.2.2. Statuut**

#### *Probleemstelling*

Zolang de organiserende instantie van de niet-erkende arbeidszorg geen officiële, juridisch tegenstelbare erkenning kan voorleggen, blijft het statuut van de GGZ-cliënt onzeker. Immers, de sociale inspectie kan de arbeidsmatige activiteiten beschouwen als zwartwerk met alle gevolgen van dien zowel voor de organiserende instantie als voor de GGZ-cliënt.

#### *Mogelijke oplossing*

Op lange termijn moet worden gestreefd naar een veel ruimere erkenning van arbeidszorgcentra, dan de huidige vallend onder de regeling van de sociale werkplaatsen. Dit veronderstelt enerzijds een afzonderlijke juridische entiteit van de voorziening die arbeidszorg organiseert. Het is in ieder geval aangewezen dat de instantie die de criteria van “erkenning” vastlegt, niet dezelfde instantie kan zijn die de erkenning controleert.

Het blijft echter noodzakelijk dat men vanuit de GGZ eigen activiteiten kan organiseren en dat voor GGZ-cliënten een vlotte toegang wordt behouden tot deze specifieke activiteitencentra.

### **3.2.3. Interactie met andere uitkeringen**

#### *Probleemstelling*

In de praktijk worden verschillende systemen inzake het financieel stimuleren van de GGZ-cliënten gehanteerd: een vergoeding van 1 euro per uur, terugbetaling van verplaatsingskosten, een gratis warm middagmaal of combinaties van deze stimuli.

Indien enkel een vergoeding van maximum 1 euro per uur wordt uitbetaald aangevuld met verplaatsingskosten, neemt men aan dat deze vergoeding een forfaitaire onkostenvergoeding is en bijgevolg geen inkomen. Dit uitgangspunt is echter niet in regelgeving vastgelegd, wat rechtsonzekerheid creëert.

#### *Mogelijke oplossing*

Een vergoeding van 1 euro per uur aangevuld met verplaatsingskosten naast het vervangingsinkomen dat men geniet, zou een minimale beloning moeten zijn die aan een GGZ-cliënt kan worden toegekend. Dit kan sociaal rechtelijk worden aanvaard als een forfaitaire onkostenvergoeding. In dat geval is er geen impact op de integratietegemoetkoming aan personen met een handicap, noch op de hoogte van de uitkering van personen die beroep doen op het leefloon, noch op de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid.

Daarnaast is het essentieel dat de GGZ-cliënten volwaardig worden verzekerd voor hun deelname aan de activiteiten.

## **3.3. Arbeidszorg in erkende sociale werkplaatsen**

### **3.3.1. Toegang tot de arbeidszorg**

#### *Probleemstelling*

De GGZ-cliënten ervaren momenteel een gebrekkige toegankelijkheid tot de plaatsen arbeidszorg binnen de sociale werkplaatsen. Dit is te wijten aan:

- het beperkt aantal beschikbare plaatsen, over alle doelgroepen heen;

- de beperkte doorstroming van doelgroepmedewerkers die wel terecht konden, waardoor de beschikbare plaatsen ingevuld blijven met dezelfde personen;
- de subsidiëring van de begeleidingsuren die gekoppeld is aan quota van begeleidingsuren. Een begeleiding telt slechts mee wanneer een doelgroepmedewerker gedurende 30 uur per week werd begeleid. Door het relatieve instabiele verloop van een psychiatrische ziekte, komt een GGZ-cliënt niet altijd aan dit minimum, waardoor het voor een sociale werkplaats niet aantrekkelijk is om GGZ-cliënten aan te trekken als doelgroepmedewerkers.
- de niet volledige financiering van de personeelskost van de begeleiders, waardoor de ontwikkelde activiteiten in het kader van arbeidszorg een zeker rendement dienen te behalen. Opnieuw, wegens het weinig stabiele verloop van de psychiatrische ziekte, is het rendement van een GGZ-cliënt niet zo betrouwbaar. Bijgevolg is de GGZ-cliënt geen betrouwbare partner voor een arbeidszorgproject binnen de sociale werkplaats.

#### *Mogelijke oplossingen*

- Voor de financiering van plaatsen arbeidszorg binnen sociale werkplaatsen dient een stelsel te worden uitgewerkt, waardoor een sociale werkplaats geen nadelige invloed ondervindt wanneer een GGZ-cliënt niet komt opdagen of “onvoldoende” uren presteert..
- De sociale werkplaatsen dienen over voldoende financiële middelen te beschikken zodat hiermee de volledige personeelskost wordt gedekt, alsmede de vergoeding van € 1 per uur voor de doelgroepmedewerkers en de eventuele onkostenvergoedingen voor de doelgroepmedewerkers. Hierdoor worden de prikkels weggenomen die de sociale werkplaatsen mogelijk aanzetten tot het niet selecteren van GGZ-cliënten als doelgroepmedewerker.

### **3.3.2. Statuut**

Geen knelpunten

### **3.3.3. Interactie met andere uitkeringen**

Aangezien er geen inkomen wordt gegenereerd is er ook geen interactie met andere uitkeringen.

## **3.4. Beschutte werkplaatsen**

### **3.4.1. Toegang tot de beschutte werkplaatsen**

Een beschutte werkplaats beschikt over twee formules van tewerkstelling:

- voltijdse tewerkstelling zonder cumul met een vervangingsinkomen;
- voltijdse of deeltijdse tewerkstelling in combinatie met een vervangingsinkomen: ziekte-uitkering of uitkering aan personen met een handicap.

#### *Probleemstelling*

- Heel wat beschutte werkplaatsen kampen met wachtlijsten, waardoor een tewerkstelling in een beschutte werkplaats niet evident is.
- De huidige beschutte werkplaatsen zijn vaak georganiseerd als grootschalige ondernemingen. GGZ-cliënten passen omwille van hun problematiek niet steeds in een dergelijke organisatiestructuur. Indien men kleinschalige werkplaatsen organiseert dicht bij de GGZ-cliënt, waarbij men rekening kan houden met de specifieke problemen van de GGZ-

cliënt, dan wordt de drempel verlaagd en blijkt het dat de slaagkansen sterk toenemen. In dit opzicht zouden de GGZ-cliënten ook goed passen in het enclavemodel van een beschutte werkplaats. Hier wordt op een externe locatie, bijvoorbeeld in de schoot van een bedrijf of een VZW, de werking van een beschutte werkplaats georganiseerd onder leiding en onder begeleiding van personeel van de beschutte werkplaats met een beperkt aantal medewerkers. Dit model stimuleert ook de integrerende doelstellingen van de hulpverlening en werkt stigmaverlagend. Het nadeel is echter dat de meeste beschutte werkplaatsen niet zijn geïnteresseerd in een dergelijk kleinschalig organisatiemodel, ondanks het feit dat zij reglementair de mogelijkheid hebben om dit organisatiemodel te hanteren.

- Een ander knelpunt is het beperkt aanbod van deeltijds werk binnen beschutte werkplaatsen. Beschutte werkplaatsen dienen werk aan te bieden op maat van mensen met een handicap. Mensen met een psychische handicap zijn een segment van deze doelgroep; een zeer groot deel van deze doelgroep zal omwille van de handicap slechts deeltijds kunnen werken. Het spreekt voor zich dat voor velen een beschutte tewerkstelling het maximum haalbare is. Indien deze personen geen mogelijkheden krijgen in de beschutte werkplaatsen, bestaan er voor deze personen geen alternatieven voor een integratie op de arbeidsmarkt.

- Ook het werkaanbod binnen de beschermde werkplaats is soms beperkt: vaak repetitief, licht industrieel werk. Er is slechts een zeer beperkt aanbod op het vlak van administratief werk of werk voor hoger geschoolden.

#### *Mogelijke oplossing*

- Er zouden initiatieven moeten worden genomen om het enclavemodel meer te ontwikkelen en financieel te stimuleren.
- Ook de organisatie van kleinschalige werkplaatsen dichtbij en op maat van de GGZ-cliënten dient te worden gestimuleerd.
- Deeltijds werk zou in elke beschutte werkplaats (zeker voor een minimum % van de groep werknemers) mogelijk moeten zijn.
- Het werkaanbod trachten uit te breiden en te diversifiëren opdat bijvoorbeeld hoger geschoolde GGZ-cliënten de kans krijgen om bijvoorbeeld administratief werk te doen.

### **3.4.2. Statuut**

Geen knelpunten

### **3.4.3. Interactie met andere uitkeringen**

Degene die alleen maar voltijds in de beschutte werkplaats werkt, beschikt slechts over één inkomen (wettelijk minimumloon) en voor hem is er uiteraard geen interactie met andere uitkeringen.

Een grote groep werknemers werkt in de beschutte werkplaats via het systeem van de progressieve werkhervatting. Voor deze groep stelt zich toch een specifieke probleem.

#### *Probleemstelling: gewaarborgd loon*

Het gaat hier meestal over mensen waarvoor de beschutte werkplaats een “nieuwe” werkgever is. De beschutte werkplaats is in dat geval als werkgever verplicht om tijdens een ziekteperiode van de GGZ-cliënt het gewaarborgd loon uit te betalen op basis van de bestaande wetgeving terzake.

De meeste afwezigheden zijn echter een gevolg van herval ten gevolge van de psychische toestand waarvoor men reeds een invaliditeitsuitkering geniet. Dit kan voor een aantal GGZ-

cliënten tot een dubbelgebruik leiden. Bijvoorbeeld een persoon die invaliditeit geniet ten gevolge van een afhankelijkheidsprobleem is gedurende een week hervallen in alcoholmisbruik. Hij dient hiervoor een ziekte-attest in waardoor hij gewaarborgd loon zou ontvangen boven op het bedrag van invaliditeit, dat hij reeds geniet. Bovendien is dit voor de werkgever een extra kost waardoor hij eerder geneigd is om deze toch al moeilijke groep van “onregelmatige” werknemers door te sturen. Daar is uiteindelijk niemand mee gebaat.

#### *Mogelijke oplossing gewaarborgd loon*

We pleiten ervoor om alleszins bij hervall in de oorspronkelijke ziekte, geen gewaarborgd loon te moeten betalen. Men ontvangt dan immers twee keer een vergoeding voor dezelfde ziekteperiode. Het uitbetalen van het gewaarborgd loon valt wel te verantwoorden bij een nieuwe ziekte. De werknemer zou bij ziekte via het medisch attest moeten aantonen dat het gaat over een nieuwe ziekte.

### **3.5. Sociale werkplaatsen**

#### **3.5.1. Toegang tot de sociale werkplaats**

Een GGZ-cliënt kan via twee toegangswegen als werknemer terecht in een sociale werkplaats. Of hij kan een bewijs van de R.V.A. voorleggen waaruit blijkt dat hij gedurende de laatste 5 jaar onafgebroken uitkeringsgerechtigd werkloos was. Deze toegangspoort kan zelden door GGZ-cliënten worden gebruikt aangezien een periode van ziekte niet wordt beschouwd als een periode van werkloosheid.

Of de GGZ-cliënt kan een attest van de belastingen voorleggen waaruit blijkt dat hij 5 jaar inactief was. Via deze toegangspoort kunnen (ex-) GGZ-cliënten wel terecht in een sociale werkplaats.

#### *Probleemstelling*

Een beperking in de toegang tot de sociale werkplaatsen is de gestelde eis inzake het maximale opleidingsniveau van hoger secundair (beroeps-)onderwijs.

Een aantal GGZ-cliënten functioneerde voor hun ziekte op een normaal niveau en konden bijvoorbeeld een hoger diploma behalen. Door de ziekte daalt bij velen het functioneringsniveau: met andere woorden zij kunnen niet meer functioneren op het niveau van hun diploma. Toch kunnen zij juist omwille van hun te hoog opleidingsniveau niet terecht in een sociale werkplaats. Het onderliggende knelpunt is dat men een horizontaal verlopend functioneringsniveau over lange termijn veronderstelt als criterium in de beoordeling van de toegang tot sociale werkplaatsen.

#### *Mogelijke oplossing*

Bij de vereiste criteria voor toegang tot een sociale werkplaats zou men de opleidingseis moeten laten vallen. Mensen die vijf jaar inactief zijn, hebben sowieso nog marginale kansen op de reguliere arbeidsmarkt en functioneren nog zelden op het niveau van hun opleiding. De opgedane ervaring is intussen na 5 jaar inactiviteit vrijwel waardeloos op de arbeidsmarkt.

### **3.5.2. Ook deeltijds werk is nodig**

#### *Probleemstelling*

Een groot aantal sociale werkplaatsen aanvaarden vandaag enkel voltijdse medewerkers, hoewel dit juridisch niet is vereist. Hierdoor komen heel wat (ex-)GGZ-cliënten niet in aanmerking voor tewerkstelling in een sociale werkplaats.

#### *Mogelijke oplossing*

Een sociale werkplaats heeft de taak arbeidsplaatsen te bieden aan die werkzoekenden die door “een cumulatie van persoons- en omgevingsgebonden factoren geen arbeidsplaats in het reguliere arbeidscircuit kunnen verwerven of behouden” (uit doelgroepbepaling sociale werkplaatsen). Mensen met een psychische problematiek die maximaal halftijds kunnen werken en niet terechtkunnen in het reguliere circuit behoren ook tot deze doelgroep.

Sociale werkplaatsen zouden daarom (zeker voor een percentage van hun werknemers) verplicht moeten worden om ook deeltijdse arbeid aan te bieden.

## **3.6. Normaal economisch circuit**

### **3.6.1. Tewerkstellingsbevorderende maatregelen**

#### *Probleemstelling*

De bestaande tewerkstellingsbevorderende maatregelen hebben als doel om via financiële incentives aan de werkgevers de indienstname van werklozen te bevorderen. Hierbij denken we concreet aan WEP+, Activa, eerstewerkervaringscontracten, P.W.A.,.... Deze tewerkstellingsprojecten kunnen een ideale opstap naar vast werk betekenen voor langdurig werklozen. Zo ook voor “arbeidsongeschikte” werkzoekenden.

De voorwaarde van vele tewerkstellingsbevorderende maatregelen is dat een werkgever in ruil voor een lastenverlaging een (uitkeringsgerechtigde) werkloze aanwerft. Maar aangezien veel GGZ-cliënten het statuut van arbeidsongeschiktheid hebben of van gehandicapte kunnen ze zich enkel inschrijven als vrijwillig werkzoekende en wordt de toegang tot deze tewerkstellingsbevorderende maatregelen afgesloten.

Wanneer we rekening houden met het feit dat mensen met een psychiatrische problematiek het al zeer moeilijk hebben om een reguliere job te vinden (langdurige inactiviteit, verlaagd functioneren, stigma) is het zeer spijtig dat zij niet kunnen genieten van deze tewerkstellingsbevorderende maatregelen en tewerkstellingsprogramma's. Het in aanmerking komen voor deze maatregelen zou hun kansen op aanwerving kunnen verhogen. Bovendien wordt rekening gehouden met de langdurige inactiviteit, wat de drempel naar een tewerkstelling verlaagt.

#### *Mogelijke oplossing*

In het kader van de maatregelen die passen in het idee van de actieve welvaartstaat, zouden de tewerkstellingsbevorderende maatregelen moeten openstaan voor zowel werkloze personen als voor andere werkzoekenden, zoals arbeidsongeschikte personen of voor personen met een uitkeringen aan personen met een handicap. Zo zouden personen met recht op ziekte-uitkeringen R.I.Z.I.V. of op een uitkering aan personen met een handicap in aanmerking moeten komen voor een beperkte tewerkstelling in het kader van P.W.A., maar ook kan tewerkstelling via Activa, Wep+,...

Indien dergelijke programma's de definitie van risico-werklozen verruimen en toegankelijk maken voor deze doelgroep zullen de tewerkstellingskansen van ex- GGZ-cliënten gestaag stijgen.

Hierbij botst men opnieuw op het probleem van het duale statuut van de arbeidsongeschiktheid. Zie 2.1.

### **3.6.2. Verminderd rendement**

#### *Probleemstelling*

De verwachting van de maatschappij is dat zoveel mogelijk mensen worden gebracht tot een volwaardige functie in het normaal economisch circuit. Gelet op het veelal minder stabiele karakter van de tewerkstelling van een GGZ-cliënt haalt een werkgever vaak een relatief lager rendement uit deze werknemer, terwijl hij zich toch dient te houden aan een hele reeks verplichtingen: opzegtermijnen en –vergoedingen, outplacement, 45+maatregelen, gewaarborgd loon, ...

Al deze verplichtingen maken dat een werkgever niet spontaan zal geneigd zijn een (ex-) GGZ-cliënt volwaardig te engageren.

#### *Mogelijke oplossing*

Teneinde een maximale integratie van een GGZ-cliënt in een bedrijf te realiseren kan jobcoaching de kans op rendementsverlies beperken en aldus bijdragen tot een blijvende tewerkstelling. Deze jobcoaching kan ook van buiten het bedrijf komen, zie 2.5.5..



## **4. (GEEN) RECHT OP UITKERINGEN WEGENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID**

### **4.1 Probleemstelling**

Om het recht op een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid te openen moet er o.a. voldaan worden aan de volgende drie voorwaarden.

1. Men moet alle werkzaamheden stopzetten
2. De stopzetting moet een rechtstreeks gevolg zijn van het intreden van (“nieuwe”) letsels of een duidelijke verslechtering van “bestaande” letsels<sup>6</sup>
3. Door de ziekte moet het “verdienvermogen” verminderd zijn tot één derde of minder (+ 66 % ongeschikt zijn).

De tweede voorwaarde levert voor de GGZ-cliënt geregeld problemen op. Het gebeurt nogal eens dat de ziekte wordt erkend door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. Het gebeurt geregeld dat GGZ-cliënten hun uitkering nadien kwijt spelen. Als men na één jaar arbeidsongeschiktheid invalide wordt, gaat het R.I.Z.I.V. het dossier op dat moment grondig onderzoeken. Het R.I.Z.I.V. is immers erg streng wat betreft deze tweede voorwaarde. Dit is logisch als het gaat over misbruik maken van het systeem

Voor de GGZ-cliënt geeft dit problemen in de volgende situaties:

- De mentaal gehandicapte die erin slaagt om een lange periode te werken in de beschutte werkplaats maar die op een bepaald ogenblik decompenseert, kan tegen een weigering oplopen alhoewel hij voldoet aan de basisvoorwaarden.
- De jongere die een schizofrene stoornis ontwikkelt, slaagt er vaak nog in om zijn studies te voltooien. Via deze studies en mits het volbrengen van zijn wachttijd krijgt hij recht op werkloosheidsuitkeringen. Als zich nadien een eerste psychose voordoet, dan kan de vraag worden gesteld in welke mate er sprake was van een voorafbestaande stoornis was. Nochtans heeft zo iemand via het voltooien van zijn studies en het volbrengen van de wachttijd zijn rechten op uitkeringen verdiend.

### **4.2. Mogelijke oplossing**

Mensen die voldoen aan de basisvoorwaarden voor het recht op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid moeten deze rechten ook kunnen uitputten. Degene die na een volledige studieloopbaan gerechtigd is op werkloosheidsuitkeringen, moet aanspraak kunnen maken op ziekteuitkeringen.

Degene die voldoende tijd heeft gewerkt in de beschermde werkplaats om rechten op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid te verwerven, moet deze rechten kunnen uitputten indien hij op een bepaald ogenblik de stress van dit werk niet meer aankan. Bovendien verwerven deze mensen slechts de rechten van onregelmatig werknemer hetgeen hun slechts het bedrag van leefloon oplevert. Het betreft echter “rechten” waarop zij aanspraak moeten kunnen maken. De “voorafbestaande ziekte” zou hierin geen hinderpaal mogen zijn.

---

<sup>6</sup> Vooral het 2° punt is belangrijk: beperkingen ten gevolge van een aangeboren afwijking, of ten gevolge van vroegere ongevallletsels of ziektes, die – hoe ernstig ook – niet duidelijk verslechterd zijn, geven dus niet automatisch recht op erkenning van de arbeidsongeschiktheid.



## **BIJLAGE 1: SITUERING VAN DE UITKERINGEN**

### **A. Uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid<sup>7</sup>**

Als arbeidsongeschikt wordt erkend de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen, waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben wegens zijn beroepsopleiding.

Deze uitkering past in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en wordt uitbetaald via de ziekenfondsen.

Gedurende de eerste dertig dagen van de primaire ongeschiktheid, ontvangt de werknemer een gewaarborgd loon, ten laste van de werkgever. Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen de regeling voor arbeiders en de regeling voor bedienden.

Een gerechtigde werknemer die arbeidsongeschikt is, ontvangt voor elke werkdag van het eenjarig tijdvak dat ingaat op de aanvangsdag van zijn arbeidsongeschiktheid ofwel voor elke dag van hetzelfde tijdvak die wordt gelijkgesteld met een werkdag, een uitkering "primaire ongeschiktheidsuitkering" genoemd. Deze wordt berekend op basis van een dagloon dat begrensd wordt tot 99,2293 EUR en mag niet lager zijn dan 55% van het gederfde loon, berekend over een refertetijdvak.

Sinds 1 januari 2003 krijgt men vanaf de zesde maand arbeidsongeschiktheid dezelfde minimumuitkeringen als degene die gelden voor de invaliden.

Duurt de arbeidsongeschiktheid voort na het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, dan wordt voor elke werkdag van de arbeidsongeschiktheid, of voor elke daarmee gelijkgestelde dag, een zogenaamde "invaliditeitsuitkering" betaald.

Het bedrag van de toegekende invaliditeitsuitkering is voor de gerechtigde met personen ten laste vastgesteld op 65% van het gederfde loon, dat tot hetzelfde bedrag begrensd is als voor de berekening van de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering.

---

<sup>7</sup> Bron: beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België, editie 2003 (bijgewerkt tot 1/1/2003), zie <http://socialsecurity.fgov.be/overzicht/2003/index.htm> dd. 10/7/2003

Deze arbeidsongeschiktheidsvergoedingen bedragen op 1/06/2003

A. Uitkering voor primaire arbeidsongeschiktheid: Maximumdaguitkering 60 % 55 %	60,73 EUR 55,67 EUR
B. Maximumdaguitkering vanaf het tweede jaar arbeidsongeschiktheid: 1. arbeidsongeschiktheid aanvangend vóór 1/10/1974: – met gezinslast – zonder gezinslast 2. arbeidsongeschiktheid aanvangend vanaf 1/10/1974: – met gezinslast – zonder gezinslast	41,55 EUR 27,81 EUR 60,73 EUR 40,48 EUR
C. Minimumbedrag van de invaliditeitsuitkeringen voor regelmatige werknemers: Bedrag vanaf de 1 <sup>o</sup> dag van de 7 <sup>o</sup> maand ziekte! 1. met gezinslast 2. zonder gezinslast: a) alleenstaanden b) samenwonenden	37,97 EUR 30,62 EUR 27,18 EUR
D. Minimum dagbedrag van de invaliditeitsuitkeringen voor gerechtigden die niet de hoedanigheid van regelmatig werknemers hebben: 1. met gezinslast 2. zonder gezinslast	30,74 EUR 23,05 EUR
E. Uitkering voor begrafeniskosten	148,74 EUR

Voor een gedetailleerd overzicht van de regelgeving inzake arbeidsongeschiktheid wordt verwezen naar het beknopt overzicht van de sociale zekerheid in België.

## B. Tegemoetkomingen aan personen met een handicap<sup>8</sup>

Deze tegemoetkomingen streven naar de vervanging of de aanvulling van het inkomen van de persoon met een handicap die niet in staat is, wegens zijn of haar handicap, een voldoende inkomen te verwerven, of die bijkomende lasten te dragen heeft. Er bestaan 2 soorten tegemoetkomingen:

### 1. de inkomensvervangende tegemoetkoming

Deze tegemoetkoming wordt toegekend aan de persoon die, wegens zijn handicap, niet in staat is meer dan een derde te verdienen van wat een gezond persoon door uitoefening van een beroep op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen.

### 2. de integratietegemoetkoming

Deze tegemoetkoming wordt toegekend aan de persoon met een handicap bij wie een gebrek aan of een vermindering van zelfredzaamheid werd vastgesteld en die daardoor bijkomende kosten heeft om zich in het maatschappelijk leven in te passen.

Deze twee soorten tegemoetkomingen kunnen gelijktijdig of afzonderlijk worden toegekend. Het kan inderdaad gebeuren dat iemand wiens vermogen om inkomen te verwerven weinig of niet is aangetast toch grote problemen heeft inzake zelfredzaamheid of omgekeerd.

<sup>8</sup> Bron: Handigids 2003 zie [http://socialesecurity.fgov.be/handicap\\_2003/index\\_nl.htm](http://socialesecurity.fgov.be/handicap_2003/index_nl.htm)

De inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming kunnen slechts toegekend worden als het bedrag van de inkomsten bepaalde grensbedragen niet overschrijdt. Het gedeelte van de inkomsten dat deze grensbedragen overschrijdt wordt afgetrokken van de basisbedragen van de tegemoetkomingen.

### B.1. De inkomensvervangende tegemoetkoming

Voor de berekening van de **inkomensvervangende tegemoetkoming** wordt geen rekening gehouden met:

- 2.382,48 EUR van inkomen van de personen met wie de persoon met een handicap een huishouden;
- 10 percent van het beroepsinkomen van de persoon met een handicap;
- 541,20 EUR van de andere inkomsten. Dit bedrag is gekoppeld aan het indexcijfer der consumptieprijzen.

Het basisbedrag van de inkomensvervangende tegemoetkoming is gelijk aan 4.764,96 EUR per jaar (bedragen geldig op 01.07.2003). Dit basisbedrag wordt toegekend aan de personen die behoren tot categorie A. Dit bedrag wordt verhoogd met 50 percent voor de personen die behoren tot categorie B (7.147,44 EUR) en met 100 percent voor de personen die behoren tot categorie C (9.529,93 EUR). De definiëring van de gezinscategorieën gebeurt aan de hand van het begrip “economisch huishouden”.

### B.2. De integratietegemoetkoming

Voor de berekening van de graad van zelfredzaamheid wordt rekening gehouden met de volgende factoren:

- de mogelijkheid om zich te verplaatsen;
- de mogelijkheid om zijn voeding te nuttigen of te bereiden;
- de mogelijkheid om voor zijn persoonlijke hygiëne in te staan en zich te kleden;
- de mogelijkheid om de woning te onderhouden en huishoudelijk werk te verrichten;
- de mogelijkheid om te leven zonder toezicht, bewust te zijn van gevaar en het gevaar te kunnen vermijden;
- de mogelijkheid tot communicatie en sociaal contact.

Voor het doelpubliek van GGZ-cliënten zijn er echter heel wat opmerkingen te formuleren bij de inschatting van het zelfzorgvermogen. Zie bijlage 2.

Het bedrag van de integratietegemoetkoming varieert volgens de graad van zelfredzaamheid en volgens de categorie waartoe de persoon met een handicap behoort.

	per jaar (EUR)	per maand (EUR)
categorie 1	942,34	78,53
categorie 2	3.211,12	267,59
categorie 3	5.130,98	427,58
categorie 4	7.475,18	622,93
categorie 5	8.480,13	706,68

Voor de berekening van de **integratietegemoetkoming** worden onder bepaalde voorwaarden bepaalde gedeelten van het inkomen vrijgesteld.

1° Van het inkomen van de leden van het huishouden van de persoon met een handicap wordt vrijgesteld:

- indien de persoon behoort tot de categorie 1 of 2: 1.623,60 EUR;
- indien de persoon met een handicap behoort tot de categorie 3, 4 of 5: 17.701,71 EUR.  
Meer nog, slechts de helft van het gedeelte dat meer bedraagt dan deze grens wordt afgetrokken van de integratietegemoetkoming.

2° 17.701,71 EUR van het arbeidsinkomen wordt vrijgesteld. Meer nog, slechts de helft van het gedeelte dat meer bedraagt dan deze grens wordt afgetrokken van de integratietegemoetkoming.

3° De vrijstelling toegepast op het vervangingsinkomen (bijvoorbeeld een werkloosheids- of ziekteuitkering) van de persoon met een handicap varieert in functie van het bedrag van zijn arbeidsinkomen:

- indien zijn arbeidsinkomen lager dan of gelijk is aan 15.171,08 EUR: er wordt geen rekening gehouden met de eerste 2.500,00 EUR.
- indien zijn arbeidsinkomen meer bedraagt dan 17.701,71 EUR wordt geen enkele vrijstelling toegepast.
- indien zijn arbeidsinkomen zich situeert tussen 15.171,08 EUR en 17.701,71 EUR wordt een vrijstelling toegepast gelijk aan 17.701,71 EUR minus het bedrag van het arbeidsinkomen

4° Van het andere inkomen van de persoon met een handicap (vb. onderhoudsgeld), met inbegrip van het niet vrijgestelde gedeelte van het arbeidsinkomen of van het vervangingsinkomen wordt vrijgesteld: een maximumvrijstelling die overeen komt met het bedrag van de inkomensvervangende tegemoetkoming waarop de persoon recht zou hebben. De genoten vrijstelling op het arbeidsinkomen en de genoten vrijstelling op het vervangingsinkomen worden afgetrokken van dit bedrag. Het gaat dus om een maximumvrijstelling van:

- 4.764,96 EUR voor de categorie A;
- 7.147,44 EUR voor de categorie B;
- 9.529,93 EUR voor de categorie C.

De bedragen vermeld in de puntjes 1°, 2°, 3° en 4° zijn gekoppeld aan het indexcijfer der consumptieprijzen.

De persoon met een handicap opgenomen in een instelling geheel of gedeeltelijk ten laste van de overheid, of van de sociale zekerheid, ontvangt een integratietegemoetkoming die met een derde verminderd is.

Voor meer gedetailleerde informatie, wordt verwezen naar  
Handigids 2003 zie [http://socialsecurity.fgov.be/handicap\\_2003/index\\_nl.htm](http://socialsecurity.fgov.be/handicap_2003/index_nl.htm)

## **BIJLAGE 2: KNELPUNTEN BIJ DE INSCHATTING VAN HET ZELFZORGVERMOGEN IN HET KADER VAN DE INTEGRATIETEGEMOETKOMING**

Het fundamenteel probleem bij de uitkeringen aan personen met een handicap is dat we hier spreken over een minimumvoorziening: het basisinkomen is het leefloon. Het is voor iedereen moeilijk om met dit inkomen een menswaardig leven te leiden. Daarnaast hebben de psychisch zieken specifieke problemen rond integratie. Het is dan ook maar logisch dat de psychisch zieke dit leefloon tracht te verhogen via een integratietegemoetkoming, waardoor zijn kansen op integratie een beetje toenemen. Probleem is dat psychisch ziek zijn, dementie, mentale handicap... moeilijker objectief te vertalen is in een vermindering van zelfredzaamheid.

- GGZ-cliënten hebben vaak problemen om een behoorlijke integratietegemoetkoming te bekomen aangezien de beoordelingscriteria sterk zijn afgestemd op fysieke handicaps. De beoordeling van het psychosociaal functioneren gebeurt bovendien uitsluitend door een arts en niet door een team zoals ooit werd vooropgesteld.

In feite zou er bij GGZ-cliënten een psychosociale evaluatie moeten gebeuren door een multidisciplinair team. Bij het invullen van de formulieren in het psychiatrisch ziekenhuis gebeurt dit door de geneesheer, op basis van een interdisciplinaire bespreking in het team. We verwijzen hier naar dezelfde methode bij de dossiers die gemaakt worden voor het Vlaams Fonds voor personen met een handicap: een multidisciplinair verslag dat wordt opgesteld door een erkend team en nadien wordt beoordeeld door een Commissie.

- Een belangrijk probleem is dat er bij de GGZ-cliënt een groot verschil kan zijn tussen de vaardigheden waarover de cliënt nog beschikt enerzijds en de dagelijkse praktijk anderzijds. Door de negatieve symptomen ten gevolge van de ziekte (bijvoorbeeld schizofrenie) komt de cliënt niet tot uitvoering...Het gaat hier over het verschil tussen het kunnen en het doen...

- Daarnaast stelt zich ook de vraag in welke situatie moet je de “vaardigheden” van de gehandicapte beoordelen? Er is in zijn functioneren een groot verschil tussen hoe de gehandicapte zou functioneren als hij terug alleen zou wonen met beperkt toezicht en het functioneren in een behandelingsafdeling met heel wat structuur en begeleiding. Hier zit bij de huidige criteria een probleem: indien men voor iemand in opname de hoogste score zou geven op “toezicht, bewust zijn van gevaar...”, dan loop je het risico dat deze hoge score doorweegt op de andere items: met voldoende toezicht kan men zich kleden, eten, zich verplaatsen... waardoor daar de score minimaal zou worden.

Een voorstel is om dit toezicht in elk onderdeel te laten doorwegen, omdat het vaak over meer gaat dan toezicht. Bij het item toezicht, gevaar... is het beter om vooral het gevaarscriterium te beoordelen. Daarbij zou ook een vaste richtlijn kunnen gelden: indien iemand in opname hetzij een afdeling met een gesloten deur nodig heeft, hetzij in statuut van gedwongen opname wordt behandeld: dan zou men telkens 3 punten moeten scoren.

- Hierboven worden over de bestaande beoordelingsschaal inhoudelijke opmerkingen gemaakt, terwijl er fundamenteel nood is aan aangepaste en specifieke schalen voor psychisch zieken.

In de huidige schalen worden ook heel wat elementen niet in rekening gebracht: de angsten, het lijden, de nevenwerkingen van de medicatie... Nochtans zijn dat elementen die vaak ernstige beperkingen betekenen voor de GGZ-cliënt.

- Bovendien geeft een GGZ-cliënt vaak “vertekende informatie”. Heel wat GGZ-cliënten hebben slechts een beperkt of geen inzicht in hun beperkingen/ reële mogelijkheden. Tijdens een medisch onderzoek vertellen zij over hun plannen: tewerkstelling, ontslag...terwijl ze in feite zelfs in de therapie niet functioneren. Het is dan ook essentieel dat bij het medisch onderzoek de cliënt steeds kan worden bijgestaan door een vertrouwenspersoon, familielid, begeleider, personeel... Wij menen dat het noodzakelijk is dat de geneesheer verplicht wordt om iemand uit de omgeving van de cliënt te horen bij het onderzoek als de cliënt hierom verzoekt. Deze bijstand door een nauwe verwant of een begeleider komt trouwens alleen maar de objectiviteit ten goede. We verwijzen hiervoor trouwens naar de “rechten van de patiënt” waarin de bijstand door een vertrouwenspersoon als fundamenteel recht is opgenomen.

- Blijkbaar is er bij sommige geneesheren een vorm van wantrouwen ten aanzien van begeleiding: er zijn geneesheren die in voorzieningen hun bezoek niet op voorhand aankondigen, zodat het onderzoek ook niet kan voorbereid worden.... Waarom gebeurt dit? Het lijkt ons juist zinvol dat de begeleiding op het ogenblik van het onderzoek nog een evaluatie kan maken van het functioneren en zelfs een functioneringsverslag kan meebrengen naar het onderzoek.

Om tot een goede beoordeling te kunnen komen is het essentieel dat de geneesheer hetzij begeleiders, hetzij familieleden zou bevragen over het functioneren.

- Een ander probleem is: welke toestand moet er geëvalueerd worden? In principe moet de gemiddelde toestand geëvalueerd worden... de crisistoestand van voor de opname zou erg zwaar scoren maar indien men na de behandeling met de nodige ondersteuning terug buiten woont dan is de toestand uiteraard verbeterd.

Globaal hebben we de indruk dat de inspanningen tot reïntegratie worden bestraft. We kennen enkele voorbeelden van mensen die in het psychiatrisch ziekenhuis categorie 2 van de integratietegemoetkoming krijgen. Bij een evaluatie nadien in beschut wonen blijkt dat men de integratietegemoetkoming vermindert naar categorie 1. Hier worden de therapeutische inspanningen bestraft. Bovendien worden de integratiekansen beperkt, gelet op de financiële gevolgen voor de GGZ-cliënt. Ook in beschut wonen dient er gedifferentieerd: er zijn bewoners met minder of juist veel meer begeleiding.

De laatste tijd merken we in het algemeen een strengere beoordeling. De bij de aanvraag voorgestelde quotering wordt steeds vaker verminderd. De ambtshalve medische herevaluatie gebeurt in sommige gevallen soms verrassend vlug. Is dit een bewuste politiek en wat is daarvan de bedoeling?

Deze gang van zaken kan leiden tot een toenemend aantal betwistingen voor de arbeidsrechtbank.

### **Voorstel:**

- Multidisciplinaire beoordeling van het functioneren zowel naar het invullen van de aanvraag als naar de beoordeling + verbeteren van de gebruiksvriendelijkheid: elektronisch formulier.
- Beoordelingsschalen die aangepast zijn aan GGZ-cliënten
- Het recht voor de GGZ-cliënt zieke om zich bij het onderzoek te laten bijstaan.
- Geen bestraffing van de inspanningen tot reïntegratie.
- Globale verbetering van het scoren van de zelfredzaamheidsproblematiek: zowel in het kader van de uitkeringen aan personen met een handicap, invaliditeit, pensioenen...en aangepast aan GGZ-cliënten.

## LITERATUUROVERZICHT

Anthony, W.A., Cohen, M. & Farkas, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston University, Sargent College.

Anthony, W.A., Cohen, M. & Farkas, M., Gagne, C., (2002). *Psychiatric Rehabilitation, second edition* Boston University, Sargent College.

Schneider, J., (1998) *Work interventions in mental health care: some arguments and recent evidence* Journal of Mental Health, 7, 81-94

Shepherd, G., Murray, A., Muijen, M., (1994) *Relative values: the differing views of users, family carers and professionals on services for people with schizophrenia in the community* London, Sainsbury Centre for Mental Health

Swildens, W. (1995). *Zorg voor werk en dagbesteding. Een onderzoek naar een regionale aanpak voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Groningen : Wolters-Noordhoff.

Van Audenhove, C., Van Rompaey, I., De Coster, I., Lissens, G., (2000) *Op weg naar werk. Werkvoorbereiding en werkbegeleiding in de geestelijke gezondheidszorg* Bohn, Stafleu Van Loghum

Van Hoof, F.C.M., Ketelaars, T., Van Weeghel, J., (2000) *DAC in, DAC uit. Een longitudinaal onderzoek bij bezoekers van dagactiviteitencentra in de GGZ*, Trimbos-instituut, Utrecht

Van Weeghel, J., en Van Zeelen, J., (1990) *Arbeidsrehabilitatie in een vernieuwde geestelijke gezondheidszorg* Utrecht, Lemma

Van Weeghel, J., (1995) *Herstelwerkzaamheden. Arbeidsrehabilitatie van psychiatrische patiënten* Utrecht, SWP



Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen vzw

Guimardstraat 1 • 1040 Brussel

Tel. 02/511.80.08 • Fax. 02/513.52.69

<http://www.vvi.be> • e-mail: [post@vvi.be](mailto:post@vvi.be)

v.u. Carine Boonen • Algemeen Directeur VVI

ISBN nr. 90-6858-342-5