



IN KAART GEBRACHT:

Profiel van de doelgroep arbeidszorg in Limburg

Meting 2004 - 2005

Filip De Meyst

Wetenschappelijk Medewerker
Provinciaal Steunpunt Arbeidszorg vzw

MEI 2006



Inhoudstafel

Tabellenlijst	6
I Onderzoeksopzet	9
1 Arbeidszorg in Limburg en Vlaanderen: een korte geschiedenis	9
2 Algemene situering van het Pilotoproject arbeidszorg in Limburg.....	11
2.1 Algemene situering van het onderzoeksproject.....	11
2.2 Probleemstelling, doelstelling en algemene onderzoeksvraag.	12
3 Operationalisering van de onderzoeksvraag.....	14
3.1 Uitwerking van de algemene onderzoeksvraag	14
3.1.1 Onderzoeksliteratuur i.v.m. arbeidszorg.....	14
3.1.2 Items die voortkomen uit eerste contacten met arbeidszorginitiatieven en opmerkingen in de stuurgroep van het onderzoek.....	17
4 Methodologie: kwantitatieve bevraging	18
4.1 Onderzoeksmethoden in de sociale wetenschappen.....	18
4.2 Keuze voor een kwantitatieve onderzoeksmethodologie	20
5 Dataverzameling.....	21
5.1 Dataverwerking	21
5.2 Analyse	21
II Uitstroom uit arbeidszorg 2004 – 2005	22
1 Uitstroom in 4 sectoren	22
2 Socio - demografisch profiel van de uitstroom 2004 – 2005	24
2.1 Leeftijd	24
2.2 Geslacht	26
2.3 Opleidingsniveau	26
3 Initiatief tot stopzetting.....	27
4 Overleg bij de stopzetting.....	28
4.1 Algemeen.....	28
4.2 De externe partners in het overleg bij stopzetting	29
5 Reden van uitstap uit het arbeidszorginitiatief	29
6 Doorstroming.....	32
7 Opvolging.....	34
8 Conclusie uitstroom.....	35
III De Instroom 2004 - 2005.....	37
1 Algemene instroom en sectorale instroom	37
2 Socio-demografisch profiel van de instroom.....	39
2.1 Leeftijd	39
2.2 Geslacht	41
2.3 Opleidingsniveau	42
2.4 Belangrijkste bron van inkomsten	42

2.5	Burgerlijke staat.....	45
2.6	Gezinssituatie	45
2.7	Woonsituatie.....	47
3	Externe zorgbegeleiding.....	48
4	Toeleiding.....	49
5	Persoonlijke problematiek	50
6	Besluit instroom.....	51
IV	De Limburgse arbeidszorgpopulatie in 2005.....	54
1	arbeidszorg in vier sectoren.....	54
2	Socio-demografisch profiel	57
2.1	Leeftijd	57
2.2	Nationaliteit	59
2.3	Geslacht	60
2.4	Opleidingsniveau	61
2.5	Bron van inkomsten.....	62
2.5.1	Belangrijkste bron van inkomsten	62
2.5.2	Meerdere bronnen van inkomsten	63
2.5.3	Belangrijkste bron van inkomsten per sector	64
2.6	Burgerlijke staat.....	65
2.7	Gezinssituatie	67
2.8	Woonvorm.....	67
2.9	Besluit socio-demografisch profiel.....	70
3	Arbeidsverleden van de arbeidszorgmedewerker.....	72
3.1	Periode van inactiviteit	72
3.2	Werkervaring.....	72
3.3	Soort werkervaringen	74
3.4	Besluit arbeidsverleden.....	74
4	Zorg voor arbeidszorgmedewerkers	76
4.1	Aantal zorgdiensten waarop de arbeidszorgmedewerker beroep doet	76
4.2	Aantal zorgdiensten per sector	77
4.3	Type zorgdiensten per sector.....	77
4.4	Zelfredzaamheid	78
4.5	Persoonlijke problematiek van de arbeidszorgmedewerkers.....	81
4.5.1	Persoonlijke problematiek	82
4.5.2	Hoofdproblematiek per sector	83
4.5.3	Gecombineerde problematieken.....	84
4.6	Besluit zorg.....	86
5	Toeleiding arbeidszorgmedewerkers.....	87
5.1	Voornaamste toeleidende instanties	87
5.2	Toeleders per sector.....	89
5.3	Besluit toeleiding naar arbeidszorg	91
6	Arbeidsmatige activiteiten.....	92
6.1	Soort arbeidsmatige activiteiten	92
6.2	Arbeidsmatige activiteiten per sector	94
6.3	Uren arbeidsmatige activiteiten per week	95

6.4	Vergoeding voor de gepresteerde uren.....	96
6.5	Soort vergoeding	97
6.6	Besluit arbeidsmatige activiteiten.....	98
7	arbeidszorgmedewerkers met een erkenning arbeidszorg.....	100
V	Algemeen Besluit	103
VI	Bibliografie.....	110
	Bijlagen.....	111
	Bijlage I: inkomsten per sector.....	112
	Bijlage II: woonvorm per sector.....	115
	Bijlage III: zorgdiensten per sector	118
	Bijlage IV: hoofdproblematiek per sector	122
	Bijlage V: toeleiders per sector	125
	Bijlage VI: voornaamste arbeidsmatige activiteiten per sector	129
	Bijlage VII Opleidingsniveau per sector	133
	Bijlage VIII: initiatief tot stopzetting per sector.....	134
	Bijlage IX: Reden van stopzetting per sector.....	135
	Bijlage X: verklarende woordenlijst.....	137

Tabellenlijst

Tabel 1: Uitstroom uit arbeidszorg 2004 - 2005.....	23
Tabel 2: Uitstroom van arbeidszorgmedewerkers per sector	23
Tabel 3: Opdeling in leeftijdscategoriën van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers	25
Tabel 4: Geslacht van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers.....	26
Tabel 5: Opleidingsniveau van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers	26
Tabel 6: Initiatief tot stopzetting	27
Tabel 7: Overleg bij stopzetting	28
Tabel 8: Externe partners in het overleg.....	29
Tabel 9: Reden van uitstap uit arbeidszorg	30
Tabel 10: Doorstroming in functie van de oorspronkelijke populatie in 2004.....	32
Tabel 11: detailtabel: initiatief tot stopzetting.....	33
Tabel 12: detailtabel uitstroom: reden van uitstap.....	33
Tabel 13: Opvolging na stopzetting	34
Tabel 14: Instanties die de arbeidszorgmedewerkers opvolgen na het verlaten van het arbeidszorginitiatief.....	35
Tabel 15: De instroom van arbeidszorgmedewerkers algemeen en per sector.....	38
Tabel 16: Gemiddelde leeftijd van de arbeidszorgmedewerkers voor de instroom en voor de blijvers	39
Tabel 17: Instroom en blijvers per leeftijdscategorie in absolute cijfers en in procenten	40
Tabel 18: Opleidingsniveau voor de instroom en voor de blijvers	42
Tabel 19: Belangrijkste verschillen in de bron van inkomsten voor de instroom en voor de blijvers	44
Tabel 20: Burgerlijke staat van de instroom en van de blijvers	45
Tabel 21:Gezinssituatie van de instroom en van de blijvers	46
Tabel 22: Voornaamste verschillen in woonsituatie tussen de instroom en de blijvers	47
Tabel 23: Vergelijking instroom en blijvers wat betreft het aantal zorgdiensten waarop beroep gedaan wordt door de arbeidszorgmedewerkers	48
Tabel 24: Toeleiders: belangrijkste verschillen tussen instroom en blijvers.....	50
Tabel 25: Hoofdproblematiek van de arbeidszorgmedewerkers: vergelijking tussen instroom en blijvers	51
Tabel 26: Aantal arbeidszorgmedewerkers en arbeidszorginitiatieven per sector	55
Tabel 27: Minimum, maximum en gemiddelde leeftijd van de arbeidszorgmedewerkers per sector	57
Tabel 28: Aantal arbeidszorgmedewerkers per leeftijdscategorie vergeleken met de cijfers van het NIS voor het Vlaams Gewest in 2003	59
Tabel 29: Nationaliteit van de arbeidszorgmedewerkers	60
Tabel 30: Man-vrouw verhouding van de arbeidszorgmedewerkers per sector.....	60
Tabel 31: Opleidingsniveau van de arbeidszorgmedewerkers, opgedeeld in categorieën en vergeleken met de cijfers van het Nis voor het Vlaams Gewest in 2003	61
Tabel 32: Belangrijkste bron van inkomsten van de Limbursge arbeidszorgmedewerkers	63
Tabel 33: Tweede bron van inkomsten voor de arbeidszorgmedewerkers	64

Tabel 34: De drie Belangrijkste bronnen van inkomsten per sector.....	65
Tabel 35: Burgerlijke staat van de arbeidszorgmedewerkers in de verschillende sectoren.	66
Tabel 36: Gezinssituatie van de arbeidszorgmedewerkers.....	67
Tabel 37: Woonvorm van de arbeidszorgmedewerkers	68
Tabel 38 De drie belangrijkste woonvormen per sector.....	69
Tabel 39: Inactiviteitsperiode van de arbeidszorgmedewerkers per sector	72
Tabel 40: Arbeidsverleden van de arbeidszorgmedewerkers per sector	73
Tabel 41: Duur van de werkervaringen van de arbeidszorgmedewerkers.....	74
Tabel 42: Aantal zorgdiensten waarop de arbeidszorgmedewerkers op het moment van de bevraging een beroep deden.	76
Tabel 43: Gemiddeld aantal zorgdiensten waarop de arbeidszorgmedewerkers beroep doen per sector.....	77
Tabel 44: Top 3 van de meest gebruikte zorgdiensten per sector	78
Tabel 45: Aantal zorggebieden waarbij de arbeidszorgmedewerkers hulp nodig hebben	79
Tabel 46: Overzicht van de verschillende zorggebieden.....	80
Tabel 47: Gemiddeld aantal zorgtaken dat de arbeidszorgmedewerkers zelfstandig kunnen uitvoeren per sector	81
Tabel 48: Hoofdproblematiek van de arbeidszorgmedewerkers	82
Tabel 49: Top 3 van de hoofdproblematieken van de arbeidszorgmedewerkers per sector.....	83
Tabel 50: De 6 belangrijkste hoofdproblematieken en hun voornaamste gecombineerde problematieken	85
Tabel 51: Voornaamste toeleiders van de arbeidszorgmedewerkers.....	88
Tabel 52: Top 3 van de belangrijkste toeleiders van de arbeidszorgmedewerkers per sector....	90
Tabel 53: Belangrijkste arbeidsmatige activiteiten van de arbeidszorgmedewerkers.....	93
Tabel 54: Top 3 van de hoofdactiviteiten van de arbeidszorgmedewerkers per sector.....	95
Tabel 55: Uren arbeidsmatige activiteiten per week per sector.....	95
Tabel 56: Aantal VTE per sector vergeleken met het aandeel van die sector in het totaal aantal arbeidszorgmedewerkers	96
Tabel 57: Overzicht per sector van het aantal arbeidszorgmedewerkers dat een compensatie krijgt voor de gepresteerde uren.....	97
Tabel 58: Soort vergoeding dat de arbeidszorgmedewerkers ontvangen	98
Tabel 59: Erkenning en financiering van de arbeidszorgmedewerkers.....	101
Tabel 60: Toename van het aantal arbeidszorgmedewerkers 2004 – 2005 per sector	104
Tabel 61: Blijvers, instroom, uitstroom en groei in absolute cijfers	105
Tabel 62: Voornaamste bron van inkomsten in de Geestelijke gezondheidszorg.....	112
Tabel 63: Voornaamste bron van inkomsten in de Gehandicaptensector	113
Tabel 64: Voornaamste bron van inkomsten in de Sociale Tewerkstelling	113
Tabel 65: Voornaamste bron van inkomsten in het Algemeen Welzijnswerk	114
Tabel 66: Belangrijkste woonvorm in de Geestelijke Gezondheidszorg	115
Tabel 67: Belangrijkste woonvorm in de Gehandicaptensector.....	115
Tabel 68: Belangrijkste woonvorm in de Sociale Tewerkstelling.....	116
Tabel 69: Belangrijkste woonvorm in het Algemeen Welzijnswerk.....	117
Tabel 70: Voornaamste zorgdiensten waar de arbeidszorgmedewerkers gebruik van maken in de Geestelijke Gezondheidszorg	118
Tabel 71: Zorgdiensten waarvan de arbeidszorgmedewerkers gebruik maken in de gehandicaptensector.....	119

Tabel 72: Zorgdiensten waarvan de arbeidszorgmedewerkers gebruik maken in de sector van de Sociale Tewerkstelling	120
Tabel 73: Zorgdiensten waarvan de arbeidszorgmedewerkers gebruik maken in de sector van het Algemeen Welzijnswerk.....	121
Tabel 74: Hoofdproblematiek in de Geestelijke Gezondheidszorg.....	122
Tabel 75: Hoofdproblematiek in de Gehandicaptensector	122
Tabel 76: Hoofdproblematiek in de Sociale Tewerkstelling.....	123
Tabel 77: Hoofdproblematiek in het Algemeen Welzijnswerk	124
Tabel 78: Voornaamste toeleiders in de Geestelijke Gezondheidszorg	125
Tabel 79: Voornaamste toeleiders in de Gehandicaptensector.....	126
Tabel 80: Voornaamste toeleiders in de Sociale Tewerkstelling	127
Tabel 81: Voornaamste toeleiders in het Algemeen Welzijnswerk	128
Tabel 82: Voornaamste arbeidsmatige activiteiten in de Geestelijke Gezondheidszorg.....	129
Tabel 83: Voornaamste arbeidsmatige activiteiten in de Gehandicaptensector	130
Tabel 84: Voornaamste arbeidsmatige activiteiten in de Sociale Tewerkstelling.....	131
Tabel 85: Voornaamste arbeidsmatige activiteiten in het Algemeen Welzijnswerk.....	132
Tabel 86: opleidingsniveau in de geestelijke gezondheidszorg.....	133
Tabel 87: opleidingsniveau in de Gehandicaptensector	133
Tabel 88: opleidingsniveau in het algemeen welzijnswerk	133
Tabel 89: opleidingsniveau in de sociale tewerkstelling.....	133
Tabel 90: Initiatief tot stopzetting Geestelijke Gezondheidszorg	134
Tabel 91: Initiatief tot stopzetting gehandicaptensector.....	134
Tabel 92: Initiatief tot stopzetting Sociale Tewerkstelling.....	134
Tabel 93: Initiatief tot stopzetting Algemeen Welzijnswerk.....	134
Tabel 94: Reden van stopzetting Geestelijke Gezondheidszorg	135
Tabel 95: Reden van stopzetting Gehandicaptensector.....	135
Tabel 96: reden van stopzetting Sociale Tewerkstelling.....	136
Tabel 97: Reden van stopzetting Algemeen Welzijnswerk.....	136

I Onderzoeksopzet

1 Arbeidszorg in Limburg en Vlaanderen: een korte geschiedenis

In 1996 verenigen een zestal Limburgse organisaties die arbeidszorg aanbieden zich in het ‘Consortium Arbeidszorg Limburg’. Tot 1999 werkt het consortium als een feitelijke vereniging, zonder juridisch statuut. In deze periode worden de eerste contacten gelegd met het provinciebestuur van Limburg. Deze contacten monden uit in logistieke ondersteuning van arbeidszorg door de Provinciebestuur Limburg Afdeling Welzijn.

In 1999 wordt de samenwerking tussen de verschillende arbeidszorginitiatieven geformaliseerd met de oprichting van een overkoepelende VZW: ‘Consortium Arbeidszorg Provincie Limburg’. Het consortium telt op dat moment 12 leden. In 2002 sluit het consortium een Convenant met de provincie Limburg: het Consortium krijgt een nieuwe naam en 8 opdrachten. Onder de naam ‘Provinciaal Steunpunt Arbeidszorg VZW’ (PSAZ) is de koepelorganisatie voor arbeidszorginitiatieven in Limburg momenteel werkzaam.

Het PSAZ krijgt een aantal opdrachten mee. In een notendop: ‘Het organiseren van overleg tussen de leden van het PSAZ; het ondersteunen en uitbouwen van arbeidszorg in Limburg; en een forum bieden voor de arbeidszorginitiatieven naar de verschillende overheden toe.’

In 2006 bestaat het Provinciaal Steunpunt Arbeidszorg (PSAZ) tien jaar. Het PSAZ is blijven groeien en telt in 2006 eenendertig leden – allen Limburgse organisaties die arbeidszorg aanbieden aan kansengroepen. De ledenorganisaties van het PSAZ komen uit 4 sectoren: Geestelijke Gezondheidszorg; Gehandicaptensector; Sociale Tewerkstelling; en Algemeen Welzijnswerk.

In tussentijd komt er ook op Vlaams niveau beweging in het arbeidszorggebeuren. In november 1999 wordt onder impuls van het Steunpunt Sociale Tewerkstelling (SST), en op initiatief van de Koning Boudewijn Stichting de ‘Rondetafel arbeidszorg’ opgericht. In deze Rondetafel zijn afgevaardigden van de vier belangrijkste ‘arbeidszorgsectoren’ vertegenwoordigd: de Sociale Tewerkstelling; de Gehandicaptensector; de Geestelijke Gezondheidszorg; en het Algemeen

Welzijnswerk. Met de Rondetafel arbeidszorg wordt structureel overlegd op Vlaams niveau, over de verschillende sectoren heen.

Rond de meeste thema's, zoals doelgroepomschrijving, doelstelling en toeleiding, vinden de verschillende sectoren in 2001 een consensus, neergeschreven in een Consensustekst "arbeidszorg"(De Ronde Tafel Arbeidszorg, 2001). Hiermee is een aanzet gegeven om op Vlaams niveau voor arbeidszorg naar meer uniformiteit en consensus te streven.

2 Algemene situering van het Pilotproject arbeidszorg in Limburg.

Vanuit de nood om arbeidszorg in Limburg en Vlaanderen verder uit te bouwen en te streven naar een structurele erkenning van arbeidszorg is in 2004 het Vlaams Pilotproject ‘Uitbouw en ondersteuning van arbeidszorg in Limburg’ van start gegaan. Drieëntwintig Limburgse arbeidszorginitiatieven tekenden in op dit project. Het project heeft een tweevoudige doelstelling. Vooreerst wil men een aanzet geven tot verdere uitbouw van arbeidszorg. Dit gebeurt door aan elk deelnemend arbeidszorginitiatief, gedurende een experimentele fase van twee jaar, een extra pedagogische begeleider toe te voegen. Op die manier wordt tijd en ruimte gecreëerd om meer mensen in arbeidszorg te begeleiden en de arbeidszorgwerking te optimaliseren en professionaliseren.

Daarnaast loopt er een onderzoek naar arbeidszorg in Limburg. Met het onderzoek wil men uiteenlopende aspecten van arbeidszorg in kaart brengen en op deze wijze het pilotproject opvolgen en ondersteunen. Door middel van het onderzoek wordt de limburgse arbeidszorgwerking en doelgroep op kwalitatieve en kwantitatieve wijze in kaart gebracht. Op basis van dit onderzoek worden krijtlijnen voor een toekomstige arbeidszorgwerking geschetst.

2.1 Algemene situering van het onderzoeksproject

Het onderzoeksproject werd opgedeeld in een **kwantitatief** onderzoeksluik en een kwalitatief onderzoeksluik. In dit *eerste onderzoeksluik* wordt de Doelgroep arbeidszorg in Limburg, samen met de Limburgse arbeidszorginitiatieven op kwantitatieve wijze in kaart gebracht. Het profiel van de arbeidszorginitiatieven en het socio-demografisch profiel van de arbeidszorgmedewerkers wordt in het eerste onderzoeksluik uitgetekend, naast gegevens over in- en uitstroom van arbeidszorgmedewerkers. Dit is het rapport dat nu voor u ligt.

Een *tweede onderzoeksluik* behandelt de beschrijvende analyse van het **kwalitatieve** onderzoeksluik. In dat rapport worden uiteenlopende aspecten van de arbeidszorgwerking in Limburg in kaart gebracht. We pogen een duidelijk beeld te schetsen van de concrete

arbeidszorgwerking in het werkveld. De rapportering en de beschrijving gebeuren afzonderlijk voor de 4 arbeidszorgsectoren: Geestelijke Gezondheidszorg; Gehandicaptensector; Algemeen Welzijnswerk en Sociale Tewerkstelling. Een vergelijking van deze sectoren leidt uiteindelijk tot aanbevelingen en krijtlijnen voor een toekomstige arbeidszorgwerking.

2.2 Probleemstelling, doelstelling en algemene onderzoeksvraag.

Ondanks het bestaan van de Consensustekst “Arbeidszorg” (De Ronde Tafel Arbeidszorg, 2001), blijft arbeidszorg in de praktijk een containerbegrip: hoe het in de praktijk ingevuld wordt hangt in grote mate af van de particuliere arbeidszorginitiatieven. Dit is niet verwonderlijk: arbeidszorg is een arbeids- en zorgmethodiek die in verschillende sectoren, min of meer onafhankelijk gegroeid is. arbeidszorg kreeg de afgelopen jaren vorm ‘van onderuit’, vanuit de verschillende initiatieven, als vangnet voor personen die niet in het normale of gesubsidieerde arbeidscircuit terecht kunnen. De nood aan meer uniformiteit en structuur is daarom groot. De tijd is rijp voor een evaluatie en professionalisering van de arbeidszorgwerking.

Om de bestaande arbeidszorgwerking te structureren werd voorgesteld om een **Rapport met krijtlijnen voor de toekomst** uit te werken. Dit rapport wil richtlijnen opstellen voor de uitwerking van een kwaliteitsvolle Vlaamse arbeidszorgwerking. Als basis voor dit rapport wordt enerzijds beroep gedaan op de theoretische en beleidsmatige documenten die in 2004 reeds voorhanden waren: de consensustekst opgesteld door de rondetafel arbeidszorg, decretale voorwaarden voor arbeidszorg binnen Sociale Werkplaatsen, onderzoeksliteratuur en beleidsdocumenten van het PSAZ.

Anderzijds: essentieel voor de uitwerking van werkbare en relevante krijtlijnen en aanbevelingen is **een duidelijk zicht op de huidige empirische realiteit** in het werkveld. Vandaar de nood aan een beschrijvende analyse van de sociale realiteit wat arbeidszorg betreft.

De nood aan een duidelijke, empirische weergave van de arbeidszorgwerking bestaat niet enkel binnen het PSAZ. Vanuit contacten met de Vlaamse overheid blijkt dat ‘arbeidszorg’ tot op

heden een erg vaag begrip blijft. Met dit onderzoeksrapport pogen we het begrip arbeidszorg uit te klaren.

De voornaamste **doelstelling** van dit onderzoeksrapport is het invullen van deze nood aan empirisch materiaal omtrent arbeidszorg. De algemene **onderzoeksvraag** luidt daarom: *‘Welke personen worden in de Limburgse arbeidszorginitiatieven begeleid?’*

3 Operationalisering van de onderzoeksvraag.

We willen een duidelijk beeld krijgen het profiel van de Limburgse arbeidszorgmedewerkers. Om dit doel te bereiken wordt de algemene onderzoeksvraag verder uitgewerkt in verschillende deelvragen. Hierbij gaan we als het ware hiërarchisch te werk. Om een antwoord te krijgen op de algemene, en eerder abstracte onderzoeksvraag, dient deze vraag ‘vertaald’ te worden naar concrete bijvragen die verder uitgewerkt kunnen worden tot een vragenlijst of topiclijst. Deze operationalisering maakt het mogelijk om de concrete data te verzamelen tijdens het onderzoek.

3.1 Uitwerking van de algemene onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag is erg ruim. Er zijn verschillende aspecten aan het profiel van de arbeidszorgmedewerkers. We gaan nu op zoek naar een leidraad om de algemene onderzoeksvraag uit te werken in een aantal bijvragen. We gaan op zoek naar welke aspecten we van het profiel van de arbeidszorgmedewerkers in kaart willen brengen.

Voor de concrete uitwerking van deze bijvragen, werd beroep gedaan op bestaande onderzoeksliteratuur, een aantal beleidsdocumenten en op gegevens, verkregen tijdens contacten met de sector.

3.1.1 Onderzoeksliteratuur i.v.m. arbeidszorg.

Bij de uitwerking van de vragenlijsten is ‘Het Gezicht van arbeidszorg’ door Mieke Frans (2000) een belangrijke leidraad geweest. Door een bevraging bij de arbeidszorginitiatieven in Vlaanderen, bracht zij de doelgroep van deze initiatieven in kaart.

De variabelen die in dit onderzoek voor komen, zijn:

- sectoriele spreiding
- geslacht, leeftijd en nationaliteit
- inkomenssituatie

-
- leefsituatie
 - opleidingsniveau
 - werkervaring
 - kansen op reïntegratie: persoonsgebonden risicofactoren

Op basis hiervan, werd besloten om de vragenlijst op te delen in:

A. Socio - demografisch profiel:

In dit deel worden de belangrijkste socio – demografische variabelen bevraagd: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, gezinssituatie, woonsituatie, opleidingsniveau, nationaliteit, afkomst en inkomen.

B. arbeidszorgmedewerker en het arbeidszorginitiatief:

Hier wordt nagegaan welke activiteiten de arbeidszorgmedewerker verricht in het arbeidszorginitiatief, hoeveel uur per week deze activiteiten verricht worden, of er een financiële of andere compensatie is voor de geleverde prestaties, hoe lang de arbeidszorgmedewerker al actief is in het arbeidszorgcentrum en of de arbeidszorgmedewerker ook aan begeleid werken doet.

C. Arbeidstraject van de arbeidszorgmedewerker:

Heeft de arbeidszorgmedewerker reeds betaalde werkervaringen achter de rug? Hoeveel en waar? Dat wordt in dit deel nagegaan.

D. Zorgtraject en zorgnetwerk van de arbeidszorgmedewerker:

In dit vierde deel wordt nagegaan hoe de arbeidszorgmedewerker in het arbeidszorginitiatief terechtgekomen is en op welke andere zorgdiensten de arbeidszorgmedewerker een beroep doet.

E. Arbeidszorgmedewerker – persoonlijk:

Dit laatste deel behandelt de aard van de persoonlijke problemen van de arbeidszorgmedewerker, zijn mate van zelfredzaamheid en alfabetisering.

3.1.2 Items die voortkomen uit eerste contacten met arbeidszorginitiatieven en opmerkingen in de stuurgroep van het onderzoek.

In samenspraak met de stuurgroep werd besloten om een vergelijking te maken tussen de arbeidszorgmedewerkers die in 2004 in de arbeidszorginitiatieven begeleid werden, en de arbeidszorgmedewerkers die in 2005 (1 jaar later) in diezelfde initiatieven begeleid worden.

Op deze manier krijgen we een zicht op de in- en uitstroom van arbeidszorgmedewerkers in Limburg. De ingestroomde arbeidszorgmedewerkers kregen dezelfde vragenlijst als de populatie die in 2004 bevraagd werd. Voor de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers werd een nieuwe vragenlijst opgesteld.

In de vragenlijst voor uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers komen volgende items aan bod:

- Socio-demografisch profiel
- De reden van uitstap uit arbeidszorg
- Het overleg bij de stopzetting van de arbeidszorgovereenkomst: was er overleg en wie waren de partners in het overleg?
- Perspectieven op doorstroming en effectieve doorstroming¹
- Opvolging na het verlaten van het arbeidszorginitiatief

¹ Doorstroming moet hier niet gezien worden in de zin van strikte arbeidsmatige activering. Doorstroming kan ook een doorstroming naar een ander arbeidszorginitiatief, naar vorming, vrijwilligerswerk of naar een meer zorggerichte omgeving zoals een dagcentrum of revalidatiecentrum zijn.

4 Methodologie: kwantitatieve bevraging

4.1 Onderzoeksmethoden in de sociale wetenschappen.

Binnen de sociale wetenschappen onderscheidt Billiet (1996) twee onderzoeksmethoden: het survey-onderzoek, beter bekend als de kwantitatieve onderzoeksmethode, en daarnaast de kwalitatieve onderzoeksmethode.

Binnen de **kwantitatieve onderzoekstraditie** worden data verzameld die mathematisch verwerkt kunnen worden. De data zijn 'kwantificeerbaar'. Concreet gebeurt de dataverzameling meestal via gestructureerde vragenlijsten met gesloten vragen. De data kunnen door middel van een postenquête verzameld worden, of de vragenlijsten kunnen in een face-to-face vraaggesprek opgetekend worden door een interviewer.

De analyse van de data gebeurt binnen de kwantitatieve onderzoekstraditie aan de hand van statistische analysetechnieken, met computerprogramma's zoals SAS of SPSS.

De voordelen van een kwantitatieve aanpak zijn enerzijds dat een grote onderzoekspopulatie kan bevroegd worden. Steekproeven van enkele honderden of zelfs meer dan duizend respondenten zijn niet uitzonderlijk. Meer zelfs: hogere respondentenaantallen verhogen de veralgemeenbaarheid van de bekomen resultaten. Kwantitatieve onderzoeksmethoden zijn eerder aangewezen bij onderzoek 'in de breedte', over thema's waarover reeds behoorlijk wat onderzoeksgegevens bekend zijn. Het opstellen van een gestructureerde vragenlijst vereist namelijk voldoende voorkennis van de onderzoeksthematiek om een 'complete' vragenlijst op te stellen. Het voordeel van kwantitatieve onderzoeksmethoden is de statistische veralgemeenbaarheid van de resultaten: de resultaten die meestal via een steekproef van de onderzoekspopulatie worden bekomen zijn, mits een correcte toepassing van de onderzoeksmethode, meestal veralgemeenbaar voor de ganse onderzoekspopulatie.

Het voornaamste nadeel van kwantitatieve onderzoeksmethoden betreft het gebrek aan flexibiliteit bij de dataverzameling. De verschillende fasen in kwantitatief onderzoek zijn duidelijk van elkaar afgescheiden en dienen in de gepaste volgorde plaats te vinden: dataverzameling (invullen van

vragenlijsten), dataverwerking (ingeven van de data in een computerdatabestand), analyse (via statistische programma's) en rapportering dienen in deze volgorde plaats te vinden. Teruggrijpen naar een voorgaande fase in het onderzoeksproces is niet mogelijk. Daarom moet de vragenlijst alomvattend zijn, want eens de fase van de dataverzameling van start is gegaan kunnen de concrete onderzoeksvragen niet meer aangepast of bijgestuurd worden. De onderzoeker krijgt als het ware maar één kans: wanneer de vragenlijst een tekort bevat, dan kan deze pas rechtgezet worden bij een volgende bevraging.

De **kwalitatieve onderzoekstraditie** benadert de sociale werkelijkheid op een andere manier. Data kunnen op verschillende wijze verzameld worden: via participerende observatie, studie van documenten, of door middel van diepte-interviews bij respondenten. Bij diepte-interviews gebruikt de onderzoeker een topiclijst: een open vragenlijst die als handleiding de onderzoeker ondersteunt bij het 'sturen' van het gesprek. Deze topiclijst maakt het ook mogelijk dat de onderzoeker geen van de thema's uit het oog verliest, zonder daarom strikt te moeten vasthouden aan een gesloten vragenlijst.

De analyse van de data gebeurt in dit geval niet door middel van statistische analysetechnieken. De analysetechnieken binnen kwalitatief onderzoek zijn minder rigide dan binnen de kwantitatieve onderzoeksmethode. Bij het verwerken van diepte-interviews kan beroep gedaan worden op het zogenaamde iteratief proces (Baarda, 1996, p. 169) waarbij de fase van de dataverzameling (interview) en de fase van de verwerking en analyse van de interviews elkaar telkens opnieuw opvolgen om tot het eindresultaat te komen. Bij zo'n iteratief proces heeft elke voorgaande analyse een invloed op het verdere verloop van het onderzoek. De concrete analyse van interviews vergt de nodige creativiteit van de onderzoeker. Mogelijke stappen bij de analyse zijn: het selecteren van relevante informatie in de interviews; de tekst opsplitsen in thematische fragmenten; het labelen van fragmenten; het ordenen van fragmenten; en tenslotte het vergelijken van fragmenten per thema over verschillende interviews heen (Baarda, 1996). Met andere woorden: de onderzoeker dient in de chaos van de interviews orde te scheppen alvorens thematisch geordende onderdelen (fragmenten) van interviews vergeleken kunnen worden.

Nadelen van kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn vooreerst dat in het onderzoek slechts een beperkt aantal respondenten of onderzoekseenheden opgenomen kunnen worden. Het uitschrijven en analyseren van interviews of observaties is een erg tijdrovend en arbeidsintensief werk. Daarbij bestaat de kans dat de onderzoeker bij te veel data (te veel interviews) door de bomen het bos niet meer ziet. Tenslotte kunnen de verkregen resultaten statistisch niet veralgemeend worden.

Kwalitatieve onderzoeksmethoden hebben echter ook een aantal voordelen. Vooreerst maken zij het mogelijk dat de onderzoeker flexibel omgaat met de opvolging verschillende onderzoeksfasen. Wanneer bij voorbeeld na de analyse van een eerste interview blijkt dat de topiclijst (vragenlijst) van de onderzoeker niet adequaat ingaat op bepaalde aspecten van het onderzoeksthema, dan kan dit makkelijk bijgestuurd worden tijdens de volgende bevraging. Ook tijdens de databevraging kan de onderzoeker flexibel te werk gaan: bepaalde thema's kunnen via bijvragen dieper uitgewerkt worden, bepaalde stellingen van de respondent kunnen tijdens het interview verduidelijkt worden, enzovoort.

Algemeen geldt dat kwalitatief onderzoek aangewezen is bij 'exploratief' onderzoek.

4.2 Keuze voor een kwantitatieve onderzoeksmethodologie

We werken met een grote groep en zoeken naar veralgemeenbare gegevens over deze groep. Daarom werd geopteerd voor een kwantitatieve onderzoeksmethode: een postenquête. Omdat de arbeidszorgmedewerkers een vrij kwetsbare doelgroep zijn en om een correcte invulling van de vragenlijsten te garanderen, werd besloten om de vragenlijsten in te laten vullen door de begeleiders van de arbeidszorgmedewerkers.

Volgens een eerste schatting waren er in Limburg ongeveer 500 arbeidszorgmedewerkers.

Er werd eveneens besloten om niet te werken met een steekproef, maar alle Limburgse arbeidszorginitiatieven voldoende vragenlijsten te bezorgen om op deze manier al de arbeidszorgmedewerkers te bevragen.

5 Dataverzameling

De dataverzameling gebeurde door middel van een postenquête². De onderzoekspopulatie bestond uit alle arbeidszorgmedewerkers die in het kader van arbeidszorg arbeidsmatige activiteiten verrichtten in een arbeidszorginitiatief aangesloten bij het PSAZ, in de periode van 31 mei 2005 tot 14 juni 2005. De onderzoekspopulatie werd echter niet rechtstreeks bevraagd: alle vragenlijsten werden ingevuld door de arbeidszorgbegeleiders.

Deze tweede bevraging is een opvolging van een eerste bevraging in 2004. Toen werden al de arbeidszorgmedewerkers, die arbeidsmatige activiteiten verrichtten in het kader van arbeidszorg tussen 31 mei 2004 en 14 juni 2004, bevraagd.

Voor de tweede bevraging werden 4 types vragenlijsten opgesteld. Deze waren gebaseerd op de vragenlijst die bij de eerste bevraging gebruikt werd. Maar bij deze tweede bevraging werd de eerste vragenlijst aangepast voor: (1) arbeidszorgmedewerkers die in de initiatieven gebleven zijn sinds de eerste bevraging, (2) instroom, (3) uitstroom, (4) personen die tijdelijk in arbeidszorg begeleid werden.

5.1 Dataverwerking

De dataverwerking en codering werd uitgevoerd via een Access bestand. Met dit programma werd een invoerformulier gemaakt, hetgeen het ingeven van de data vergemakkelijkte.

5.2 Analyse

De analyse gebeurde met SPSS. Bij de analyse werd gebruik gemaakt van beschrijvende statistische analysetechnieken, zoals het maken van frequentietabellen en kruistabellen, het berekenen van gemiddelden en het vergelijken van verschillende groepsgemiddelden.

² De vragenlijsten kan u raadplegen op www.psz.be.

II Uitstroom uit arbeidszorg 2004 – 2005

Het kwantitatief onderzoeksluik voorzag twee metingsmomenten: het profiel van de doelgroep werd een eerste maal gemeten in mei 2004 (De Meyst, 2004). In mei 2005 werd een tweede meting gehouden. Deze dubbele meting maakt het mogelijk de uitstroom uit arbeidszorg in kaart te brengen. In dit eerste deel gaan we na hoeveel van de arbeidszorgmedewerkers die in mei 2004 begeleid werden in een van de initiatieven, in de loop van het daaropvolgende jaar (mei 2004 tot mei 2005) het arbeidszorginitiatief hebben verlaten.

We bekijken eerst het socio-demografisch profiel van de arbeidszorgmedewerkers die de deelname aan arbeidszorg hebben stopgezet.. Vervolgens bekijken we op wiens initiatief de tewerkstelling in het arbeidszorginitiatief stopgezet werd. In een derde punt gaan we na of deze stopzetting gepaard ging met overleg en, zo ja, tussen welke partijen dit overleg plaatsvond. Een vierde punt gaat over de reden van uitstap uit het arbeidszorginitiatief.

Vervolgens gaan we in punt vijf de doorstroming nader bekijken; doorstroming moet ruimer opgevat worden dan enkel naar een vorm van betaalde tewerkstelling. Er is ook sprake van doorstroming naar andere arbeidszorginitiatieven, naar vrijwilligerswerk of naar een meer zorggerichte setting. Als laatste punt gaan we na of de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers nog opgevolgd worden.

1 Uitstroom in 4 sectoren

In 2004 waren er 425 arbeidszorgmedewerkers in de arbeidszorginitiatieven. Van deze 425 arbeidszorgmedewerkers hebben er 123 het arbeidszorginitiatief verlaten tussen mei 2004 en mei 2005. Bijna eenderde van de oorspronkelijke doelgroep heeft de deelname aan arbeidszorg stopgezet.

Tabel 1: Uitstroom uit arbeidszorg 2004 - 2005

	Arbeidszorgmedewerkers in 2004	Uitstroom uit arbeidszorg 2004 - 2005
Aantal	425	123
Percentage	100 %	28,94 %

Per sector krijgen we een gelijkaardig beeld van de uitstroom:

Tabel 2: Uitstroom van arbeidszorgmedewerkers per sector

Sector ³	Aantal 2004	Aantal uitgestroomd	% uitgestroomd
GGZ	212	66	31,13
STW	123	37	30,08
HAN	71	16	22,54
AWW	19	4	21,05
Totaal	425	123	28,94

Procentueel gezien is de uitstroom het grootst in de Geestelijke Gezondheidszorgsector (31,13 %), gevolgd door Sociale Tewerkstelling (30,08 %). In de Gehandicaptensector en in de sector van het Algemeen Welzijnswerk is de uitstroom kleiner (respectievelijk 22,54 % en 21,05 %).

³ GGZ = Geestelijke Gzondheidszorg, STW = Sociale Tewerkstelling, AWW = Algemeen Welzijnswerk

2 Socio - demografisch profiel van de uitstroom 2004 – 2005

2.1 Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers is 42 jaar. De jongste uitgestroomde arbeidszorgmedewerker was 18 jaar en de oudste bijna 78.

Als we de leeftijd per sector bekijken, merken we dat in de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg de leeftijd van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers het hoogst is (46 jaar). In de sector van de Sociale Tewerkstelling is deze het laagst (34 jaar en 10 maanden).

Indien we de uitstroom per leeftijdscategorie bekijken (Tabel 3), merken we dat het grootste deel van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers in de categorie van 40 tot 44 jaar valt (19 %), 15,7 % van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers was tussen de 45 en 49 jaar. Deze twee leeftijdscategorieën zijn samen goed voor ruim éénderde van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers. Indien we ook de categorie 35 – 39 jaar erbij nemen, komen we bijna aan de helft van het aantal uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers tussen de 35 en 49 jaar.

In de tabel wordt ook de leeftijdsverdeling van 2004 opgenomen (De Meyst, 2004). De indexcijfers⁴ in de laatste kolom wijzen op een relatief evenredige uitstroom in elke leeftijdscategorie. Dit wil zeggen dat er, in vergelijking met de leeftijdsverdeling in 2004, geen specifieke leeftijdsgroep uitsteekt qua uitstroom.

⁴ De index worden berekend door het percentage van 2004 te delen door het percentage uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers. Een indexcijfer dat rond 1 schommeld wijst op een evenredige uitstroom per leeftijdscategorie. Een cijfer lager dan 1 wijst op een uitstroom die verhoudingsgewijs lager is in een bepaalde leeftijdscategorie. Een cijfer hoger dan 1 wijst op een hogere uitstroom.

Tabel 3: Opdeling in leeftijdscategoriën van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers

leeftijdscategorie	Aantal	% uitstroom	% 2004	Index
15-19	2	1,7	0,6	2.8
20 - 24	10	8,3	10,2	0.8
25 - 29	12	9,9	10,9	0.9
30 - 34	10	8,3	7,5	1.1
35 - 39	16	13,2	10,2	1.3
40 - 44	23	19,0	18,0	1.1
45 - 49	19	15,7	15,2	1
50 - 54	8	6,6	10,4	0.6
55 - 59	12	9,9	8,8	1.1
60 - 64	5	4,1	3,5	1.2
65 - 69	3	2,5	2,9	0.9
70 - 75	1	0,8	1,3	0.6
Totaal	121	100	100	
Missing	2			
Totaal	123			

2.2 Geslacht

Het merendeel van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers zijn mannen. De indexcijfers tonen dat, in vergelijking met de geslachtsverdeling in 2004, er verhoudingsgewijs meer vrouwen de deelname aan arbeidszorg hebben stopgezet.

Tabel 4: Geslacht van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers

Geslacht	Aantal	% uitstroom	% 2004	Index
man	77	62,6	66,4	1
vrouw	46	37,4	33,6	0,9
Totaal	123	100	100	

2.3 Opleidingsniveau

Ook bij de uitstroom vinden we vooral arbeidszorgmedewerkers met een laag opleidingsniveau. De verhouding tussen de verschillende opleidingsniveaus voor de uitstroom is vergelijkbaar met de verdeling in 2004.

Tabel 5: Opleidingsniveau van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers

Opleidingsniveau	Aantal	% uitstroom	% 2004	Index
Laag	71	57,7	63,5	1,1
Midden	38	30,9	27,5	0,9
Hoog	6	4,9	4,7	1
Ongekend	7	5,7		
Andere	1	0,8		
Totaal	123	100		

3 Initiatief tot stopzetting

In meer dan de helft van de gevallen (64,2 %) werd de tewerkstelling in het arbeidszorginitiatief stopgezet op initiatief van de arbeidszorgmedewerker zelf. In 17,9 % van de stopzettingen werd het initiatief tot stopzetting genomen door het arbeidszorginitiatief (Tabel 6).

Tabel 6: Initiatief tot stopzetting

Wie nam het initiatief ?	Aantal	%
arbeidszorgmedewerker zelf	79	64,2
arbeidszorginitiatief	22	17,9
Psychiatrisch ziekenhuis	6	4,9
familieleden	5	4,1
ATB	1	0,8
andere externe	1	0,8
andere mogelijkheid	9	7,3
Totaal	123	100

In al de sectoren⁵ was de voornaamste initiatiefnemer tot stopzetting de arbeidszorgmedewerker zelf. In de sector van Algemeen Welzijnswerk hebben alle 4 de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers zelf het initiatief tot stopzetting van de tewerkstelling genomen.

In de sector van de Sociale tewerkstelling en in de Geestelijke Gezondheidszorg, kwam het arbeidszorginitiatief op de tweede plaats als initiatiefnemer tot stopzetting. In de Gehandicaptensector waren het de familieleden die met 12,5 % op de tweede plaats kwamen.

⁵ Deze gegevens vind u in bijlage

4 Overleg bij de stopzetting

4.1 Algemeen

In 73,8 % van de gevallen werd de stopzetting in arbeidszorg in overleg met de arbeidszorgmedewerker minstens één andere dienst betrokken (Tabel 7). Ongeveer éénvijfde van de tewerkstellingen in de arbeidszorginitiatieven werd stopgezet zonder overleg. De redenen van stopzetting bij een stopzetting van de begeleiding in arbeidszorg zonder overleg, waren vooral een herval in een (psychiatrische) problematiek van de arbeidszorgmedewerker.

Het overleg vond voornamelijk plaats tussen de arbeidszorgmedewerker en het arbeidszorginitiatief (42,6 %). In 27 % van de stopzettingen werd er ook een externe dienst betrokken bij het overleg tussen arbeidszorgmedewerker en het arbeidszorginitiatief.

Tabel 7: Overleg bij stopzetting

Partners in het overleg	Aantal	%
arbeidszorgmedewerkers en arbeidszorginitiatieven	52	<u>42,6</u>
arbeidszorgmedewerkers, arbeidszorginitiatieven en externe dienst	33	<u>27,0</u>
arbeidszorgmedewerkers en externe dienst	5	<u>4,1</u>
arbeidszorginitiatieven en externe dienst	5	4,1
zonder overleg	26	21,3
andere mogelijkheid	1	0,8
Totaal	122	100
Missing	1	
Totaal	123	

4.2 De externe partners in het overleg bij stopzetting

In 35,8 % van de stopzettingen van de deelname aan arbeidszorg was er een overleg waarbij een externe dienst betrokken was. Deze externe diensten waren, in volgorde van belangrijkheid; psychiatrische ziekenhuizen, OCMW's, ArTB en ATB, beschut wonen en andere arbeidszorginitiatieven.

Tabel 8: Externe partners in het overleg

Externe partner in overleg	Aantal	%
Geen externe dienst	79	64,2
Psychiatrisch ziekenhuis	12	9,8
OCMW	11	8,9
ARTB	5	4,1
ATB	4	3,3
Beschut Wonen	3	2,4
Ander arbeidszorginitiatief	2	1,6
Andere mogelijkheid	7	5,7
Totaal	123	100

5 Reden van uitstap uit het arbeidszorginitiatief

Een mogelijke betaalde tewerkstelling (15,6%) en een gebrek aan motivatie (15,6%) zijn de voornaamste redenen van stopzetting. Ook de overstap naar een ander arbeidszorginitiatief dat dichterbij huis ligt, is een belangrijke reden voor stopzetting (12,3 %). Herval in psychiatrische problematiek met opname komt op de vijfde plaats (8,2 %) en herval in psychiatrische problematiek zonder opname op de zesde plaats met 6,6 %)

De rubriek “andere redenen” neemt een vrij belangrijke plaats in in de rangschikking van redenen van uitstap (13,1 %). Deze andere redenen zijn onder andere; verhuis, genoeg andere activiteiten, problemen in de thuissituatie, uitgeprocedeerde asielzoeker, gevangenzetting en een enkele keer het plegen van een diefstal in het arbeidszorgcentrum.

Tabel 9: Reden van uitstap uit arbeidszorg

Reden van uitstap	Aantal	%
mogelijke betaalde tewerkstelling	19	15,6
arbeidszorgmedewerkers niet meer gemotiveerd voor arbeidsmatige activiteiten	19	15,6
overstap ander arbeidszorginitiatief (dichter bij huis)	15	12,3
herval psychiatrische problematiek met opname	10	8,2
herval psychiatrische problematiek zonder opname	8	6,6
mogelijkheid tot opleiding	7	5,7
arbeidszorgmedewerkers voelde zich niet thuis in arbeidszorginitiatieven	5	4,1
langdurige ziekte (fysieke aard)	4	3,3
uitgeprocedeerde asielzoeker	4	3,3
herval verslavingsproblematiek met opname	3	2,5
ouderdom	3	2,5
arbeidszorg door arbeidszorgmedewerkers als te zwaar ervaren	2	1,6
problemen of conflict met begeleider op de werkvloer	2	1,6
geen tijd wegens zorg voor familielid	2	1,6
herval verslavingsproblematiek zonder opname	1	0,8
problemen of conflict met andere arbeidszorgmedewerkers	1	0,8
overlijden	1	0,8
andere	16	13,1
Totaal	123	

Per sector⁶ zien we het volgende:

In de Geestelijke Gezondheidszorg was de voornaamste reden van stopzetting, dat de arbeidzorgmedewerker niet meer gemotiveerd was tot de deelname in arbeidzorg (18,2 %). Overstap naar een ander arbeidzorginitiatief en herval in een psychiatrische problematiek met opname kwamen samen op de tweede plaats met 10,6 %. Op de derde plaats staan mogelijke betaalde tewerkstelling en herval in psychiatrische problematiek zonder opname en andere redenen met 9,1 %.

In de Gehandicaptensector waren gebrek aan motivatie en uitgeprocedeerde asielzoeker redenen van stopzetting (12,5 %). (Het gaat hier dan om 2 arbeidzorgmedewerkers) De andere redenen van stopzetting werden niet gespecificeerd.

In de sector van de Sociale Tewerkstelling is de tewerkstelling als arbeidzorgmedewerker in 32,4 % van de gevallen gestopt omdat er een mogelijkheid was op betaalde tewerkstelling. Overstap naar een ander arbeidzorginitiatief was in 16,2 % van de gevallen de reden van uitstap en gebrek aan motivatie kwam op de derde plaats met 10,8 %.

In het arbeidzorginitiatief uit het Algemeen Welzijnswerk hebben in de referentieperiode vier arbeidzorgmedewerkers de deelname aan arbeidzorg stopgezet. Zij hadden allen een andere reden tot uitstap: overstap naar ander arbeidzorginitiatief, gebrek aan motivatie, uitgeprocedeerde asielzoeker en een andere reden, die niet verder gespecificeerd is.

⁶ Deze gegevens vindt U in bijlage

6 Doorstroming

Tabel 10 toont dat van de 425 arbeidszorgmedewerkers, die in 2004 in de Limburgse arbeidszorginitiatieven begeleid werden, 71 % niet uitgestroomd is. Deze 302 arbeidszorgmedewerkers werden op het moment van de tweede bevraging, in 2005, nog steeds begeleid in dezelfde arbeidszorginitiatieven.

Dit betekent dus dat 29 % oftewel 123 arbeidszorgmedewerkers wel uitgestroomd zijn. Hiervan zijn er 41 arbeidszorgmedewerkers waarvan wij weten naar waar zij doorgestroomd zijn.

Tabel 10: Doorstroming in functie van de oorspronkelijke populatie in 2004

Doorstroming	Aantal	% van populatie 2004	
Geen uitstroom	302	71,06	
Doorstroming	41	9,65	%
- WEP+	6	1,41	4,71 (# 20)
- Art 60§7	1	0,24	
- Beschutte werkplaats	11	2,59	
- Reguliere circuit	2	0,47	
- Vorming en opleiding	7	1,65	4,00 (# 17)
- Vrijwilligerswerk	1	0,24	
- Ander arbeidszorginitiatief	9	2,12	
- Dagcentrum	3	0,71	0,94 (# 3)
- Dagactiviteitencentrum	1	0,24	
Onbekend	82	19,29	
Totaal	425	100	

Bijna 5 % van de populatie in 2004 is doorgestroomd naar een vorm van betaalde tewerkstelling. Het gaat dan om 20 arbeidszorgmedewerkers. Bijna 1 % oftewel 3 arbeidszorgmedewerkers zijn doorgestroomd naar een meer zorggerichte setting. Tenslotte zijn er 17 arbeidszorgmedewerkers, oftewel 4 % van de populatie in 2004, die doorgestroomd zijn naar een opleiding, vrijwilligerswerk of een ander arbeidszorginitiatief.

Voor 82 arbeidszorgmedewerkers hebben wij geen gegevens over naar waar zij doorgestroomd zijn. Tabel 11 toont dat voor 52 van deze 82 arbeidszorgmedewerkers het de

arbeidszorgmedewerkers zelf was die het initiatief tot stopzetting nam. Voor 14 arbeidszorgmedewerkers was het het arbeidszorginitiatief dat de begeleiding in arbeidszorg stopzette. Tabel 12 geeft de redenen van uitstap voor deze 14 gevallen.

Tabel 11: detailtabel: initiatief tot stopzetting

Initiatief tot stopzetting	Aantal	%
azm zelf	52	64,2
familieleden	4	4,9
azi	14	17,3
andere mogelijkheid	1	1,2
ziekte	1	1,2
pensioen	1	1,2
overleden	1	1,2
PZ	6	7,4
andere externe	1	1,2
Totaal	81	100
Missing	1	

Tabel 12: detailtabel uitstroom: reden van uitstap

Reden van uitstap	Aantal	%
Mogelijkheid tot opleiding	1	7,7
Overstap ander arbeidszorginitiatief	2	15,4
Herval verslavingsproblematiek met opname	1	7,7
Herval psychiatrische problematiek zonder opname	1	7,7
Herval verslavingsproblematiek met opname	2	15,4
Langdurige ziekte	1	7,7
Niet meer gemotiveerd om arbeidsmatige activiteiten te verrichten	2	15,4
Conflict met begeleider op de werkvloer	1	7,7
Ouderdom	1	7,7
Andere	1	7,7
Totaal	14	100
Missing	1	

7 Opvolging

In meer dan de helft van de gevallen waar een arbeidszorgmedewerker uitgestroomd is, gebeurt de verdere begeleiding door een externe dienst. Het gaat hierbij vooral om: ATB, beschut wonen, psychiatrische ziekenhuizen, OCMW en verschillende thuishulpdiensten.

Bij 17,9 % van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers is er geen opvolging. Bij een even groot deel is het voor het arbeidszorginitiatief onbekend of en door wie de arbeidszorgmedewerker nog opgevolgd wordt. Het eigen arbeidszorginitiatief blijft de arbeidszorgmedewerkers na ontslag nog opvolgen in 13% van de gevallen.

Tabel 13: Opvolging na stopzetting

Opvolging	Aantal	%
externe begeleidingsdienst	63	51,2
eigen arbeidszorginitiatief	16	13,0
geen enkele dienst	22	17,9
onbekend	22	17,9
Totaal	123	100

Vooraf in de Gehandicaptensector (31,3%) en in de sector van de Sociale Tewerkstelling (27 %) worden de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers nog opgevolgd door het arbeidszorginitiatief (Tabel 14). Een externe begeleidingsdienst neemt in al de sectoren een belangrijke plaats in, maar vooral in de Geestelijke Gezondheidszorg waar 68,2 % van de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers door een externe dienst opgevolgd wordt.

Tabel 14: Instanties die de arbeidszorgmedewerkers opvolgen na het verlaten van het arbeidszorginitiatief

Opvolging	GGZ	HAN	STW	AWW
eigen arbeidszorginitiatief	1 1,5%	5 31,3%	10 27,0%	0 0%
externe begeleidingsdienst	45 68,2%	6 37,5%	11 29,7%	1 25,0%
geen enkele dienst	11 16,7%	4 25,0%	6 16,2%	1 25,0%
onbekend	9 13,6%	1 6,3%	10 27,0%	2 50,0%
Totaal	66 100%	16 100%	37 100%	4 100%

8 Conclusie uitstroom

In al de sectoren zien we een uitstroom van 20 tot 30 %.

Wat betreft het socio–demografisch profiel, verschilt de uitstroom niet veel van de algemene arbeidszorgpopulatie. De uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers zijn mannen van middelbare leeftijd, laaggeschoold en ongehuwd.

Toch zijn de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers vaker gehuwd dan de algemene arbeidszorgpopulatie, hebben ze meer kinderen en is het aantal arbeidszorgmedewerkers met een mentale handicap kleiner bij de uitstroom dan bij de gehele populatie. De uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers hebben vaker een algemene psychosociale problematiek. Dit zijn verschillen die ook tot uiting kwamen tussen de instroom en de ‘blijvers’. Dit is ook een indicatie dat vooral de jongere arbeidszorgmedewerkers, die een iets grotere zelfredzaamheid hebben, verantwoordelijk zijn voor het grote verloop binnen arbeidszorg.

Meestal neemt de arbeidszorgmedewerker zelf het initiatief tot stopzetting. Het overleg hierbij gebeurt over het algemeen tussen de arbeidszorgmedewerker en het arbeidszorginitiatief. Soms worden er ook externe diensten in het overleg betrokken. Deze diensten zijn meestal een psychiatrisch ziekenhuis of OCMW. Toch wordt in 20% van de gevallen de tewerkstelling in arbeidszorg zonder overleg beëindigd. Het gaat hier dan om die gevallen waarbij de arbeidszorgmedewerker hervalt in zijn (psychiatrische) problematiek.

De voornaamste redenen tot stopzetting zijn perspectieven op betaald werk, gebrek aan motivatie bij de arbeidszorgmedewerker, herval in een psychiatrische problematiek of overstap naar een ander arbeidszorgcentrum. Bij dit laatste kan het gaan om een vorm van horizontale (of diagonale) doorstroming binnen arbeidszorg; arbeidszorgmedewerkers die van het ene arbeidszorginitiatief (erg zorggericht) naar het ander arbeidszorginitiatief overstappen dat een meer arbeidsmatige setting heeft en waar ze meer uren per week 'werken'. Er zijn geen specifieke cijfers over deze vorm van doorstroming, maar uit het kwalitatieve onderzoeksluik blijkt wel dat deze bestaat.

Hoewel perspectief op betaalde tewerkstelling één van de voornaamste redenen tot stopzetting is, had slechts 6,5 % van de, in 2004 bevraagde arbeidszorgmedewerkers, een perspectief op betaalde arbeid. In de sectoren van de Geestelijke Gezondheidszorg en de Sociale Tewerkstelling zijn de perspectieven op betaalde tewerkstelling beduidend groter dan in de andere twee sectoren.

Van al de uitgestroomde arbeidszorgmedewerkers had 55 % geen perspectief op doorstroming bij het beëindigen van de tewerkstelling in arbeidszorg. Van de 45% met een perspectief, is ongeveer 80 % ook effectief doorgestroomd.

Wat de doorstroming naar betaalde arbeid betreft, is 4,7% van de arbeidszorgpopulatie in 2004 effectief doorgestroomd.

Na de stopzetting van arbeidszorg, worden de meeste arbeidszorgmedewerkers nog opgevolgd door een externe dienst. Bijna 20 % wordt niet meer opgevolgd en 13 % wordt door het eigen arbeidszorginitiatief nog opgevolgd na de beëindiging van de arbeidszorgovereenkomst.

III De Instroom 2004 - 2005

In dit hoofdstuk bekijken we het profiel van ingestroomde arbeidszorgmedewerkers in de periode mei 2004 tot mei 2005. We vergelijken deze groep met de arbeidszorgmedewerkers die reeds in 2004 opgenomen werden in het onderzoek, en die in 2005 nog steeds deel uitmaakte van de arbeidszorgpopulatie. We delen daarom de arbeidszorgpopulatie van 2005 op in twee groepen.

De eerste groep noemen we de “**instroom**”: dit zijn de arbeidszorgmedewerkers, die op het moment van de eerste bevraging nog niet in de arbeidszorginitiatieven tewerkgesteld werden, maar die op het moment van de tweede bevraging wel in de arbeidszorginitiatieven werden begeleid.

De tweede groep bevat de arbeidszorgmedewerkers die op het moment van de eerste bevraging (mei 2004) reeds in de arbeidszorginitiatieven begeleid werden en die op het moment van de tweede bevraging (mei 2005) nog steeds in het arbeidszorginitiatief zaten. In dit hoofdstuk wordt naar deze tweede groep verwezen als de “**blijvers**”. We maken in dit deel de vergelijking tussen deze twee groepen. De som van deze twee groepen geeft een beeld van de totale arbeidszorgpopulatie in 2005. Dit totaalbeeld wordt in het laatste hoofdstuk besproken.

1 Algemene instroom en sectorale instroom

Tabel 15 toont dat ruim 40 % van de huidige arbeidszorgpopulatie tot de instroom behoort. Dit wil zeggen dat de totale arbeidszorgpopulatie van 2005 samengesteld is uit 232 nieuwkomers en 302 (56,5%) blijvers die reeds in 2004 aan arbeidszorg deelnamen.

De ingestroomde of nieuwe arbeidszorgmedewerkers bevinden zich vooral in de sectoren van de Geestelijke Gezondheidszorg en de Sociale Tewerkstelling. Deze twee sectoren zijn samen goed voor meer dan 80 % van het totaal aantal ingestroomde arbeidszorgmedewerkers.

Een vergelijking van de instroom ten opzichte van de blijvers geeft per sector het volgende beeld:

Tabel 15: De instroom van arbeidszorgmedewerkers algemeen en per sector

Sector		instroom	blijvers	Totaal
GGZ	Aantal	99	145	244
	% in GGZ	40,6%	59,4%	100
STW	Aantal	95	87	182
	% in STW	52,2%	47,8%	100%
HAN	Aantal	26	55	81
	% in HAN	32,1%	67,9%	100%
AWW	Aantal	12	15	27
	% in AWW	44,4%	55,6%	100%
Totaal	Aantal	232	302	534
	Rijpercentage	43,5%	56,5%	100%

In de sector van de Sociale Tewerkstelling is meer dan de helft van het huidig aantal arbeidszorgmedewerkers (mei 2005) na de eerste bevraging ingestroomd. In het Algemeen Welzijnswerk en de Geestelijke Gezondheidszorg vertegenwoordigt de instroom meer dan 40 % van de totale arbeidszorgpopulatie in 2005. In de Gehandicaptensector is het aandeel van de ingestroomde arbeidszorgmedewerkers op de totale populatie in 2005 het kleinst: bijna éénderde van de totale arbeidszorgpopulatie in de gehandicaptensector bestaat uit nieuwkomers.

2 Socio-demografisch profiel van de instroom.

2.1 Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de “blijvers” ligt op 44 jaar en 5 maanden. Voor de instroom ligt de gemiddelde leeftijd op 40 jaar en 1 maand. Gemiddeld genomen zijn de ‘nieuwkomers’ vier jaar jonger dan de ‘blijvers’.

Tabel 16: Gemiddelde leeftijd van de arbeidszorgmedewerkers voor de instroom en voor de blijvers

Groep	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaard afwijking
Instroom	225	20,15	63,81	40,16	11,018
Blijvers	299	20,19	78,16	44,47	12,730

Tabel 17 geeft weer hoe de leeftijdsverdeling van de instroom en van de blijvers er uitziet. Het valt op dat bijna 10 % van de ingestroomde arbeidszorgmedewerkers in de jongste leeftijdscategorie zit, terwijl dit voor de “blijvers” slechts 5,7 % is. Ook de indexcijfers⁷ geven aan dat er verhoudingsgewijs meer arbeidszorgmedewerkers in de lagere leeftijdscategorieën zijn ingestroomd.

Van de instroom is 65 % jonger dan 45. Van de “blijvers” is slechts 47,4 % jonger dan 45.⁸ Bovendien vinden we bij de instroom geen mensen ouder dan 65 jaar. Bij de blijvers is 6,7 % ouder dan 65 jaar.

⁷ Een index hoger dan 1 wijst op een hogere instroom van nieuwkomers, een index lager dan 1 wijst op aan lagere instroom. De index wordt berekend door de percentages instroom te delen door de percentages ‘blijvers’.

⁸ Hier werd de som gemaakt van de percentages van de categorieën 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44

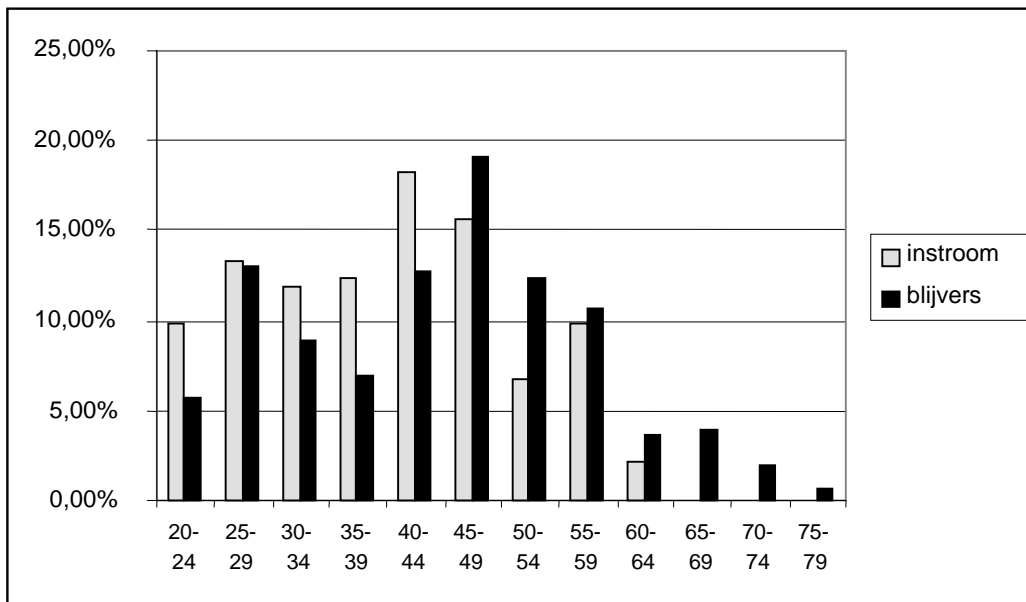
Tabel 17: Instroom en blijvers per leeftijdscategorie in absolute cijfers en in procenten

leeftijdscategorie		instroom	blijvers	totaal	Index
20 - 24	Aantal	22	17	39	
	Kolom %	9,8%	5,7%	7,4%	1.7
25 - 29	Aantal	30	39	69	
	Kolom %	13,3%	13,0%	13,2%	1
30 - 34	Aantal	27	27	54	
	Kolom %	12,0%	9,0%	10,3%	1.3
35 - 39	Aantal	28	21	49	
	Kolom %	12,4%	7,0%	9,4%	1.8
40 - 44	Aantal	41	38	79	
	Kolom %	18,2%	12,7%	15,1%	1.4
45 - 49	Aantal	35	57	92	
	Kolom %	15,6%	19,1%	17,6%	0.8
50 - 54	Aantal	15	37	52	
	Kolom %	6,7%	12,4%	9,9%	0.5
55 - 59	Aantal	22	32	54	
	Kolom %	9,8%	10,7%	10,3%	0.9
60 - 64	Aantal	5	11	16	
	Kolom %	2,2%	3,7%	3,1%	0.6
65 - 69	Aantal	0	12	12	
	Kolom %	0%	4,0%	2,3%	0
70 - 74	Aantal	0	6	6	
	Kolom %	0%	2,0%	1,1%	0
75 - 79	Aantal	0	2	2	
	Kolom %	0%	0,7%	0,4%	0
Totaal	Aantal	225	299	524	
		100%	100%	100%	

Figuur 1 verduidelijkt Tabel 17. Per leeftijdscategorie geeft dit staafdiagram weer hoeveel procent van de instroom en hoeveel procent van de “blijvers” in deze categorie zit. We zien

duidelijk dat het grootste aandeel van de instroom in de jongere leeftijdscategorieën terug te vinden is. Wat de “blijvers” betreft, bevindt het merendeel zich in de oudere leeftijdscategorieën.

Figuur 1: Procentuele leeftijdsverdeling van de arbeidszorgmedewerkers, onderverdeeld in blijvers en instroom



2.2 Geslacht

Wat deze variabele betreft, zijn er zo goed als geen verschillen tussen de instroom en de ‘blijvers’. Van de ingestroomde arbeidszorgmedewerkers is 67,7 % een man, bij de blijvers is dit 67,5 %.⁹

⁹ Deze gegevens zijn hier niet in tabel weergegeven.

2.3 Opleidingsniveau

Net zoals in het vorige hoofdstuk, werd het opleidingsniveau opgedeeld volgens de definities van het NIS¹⁰.

Tabel 18: Opleidingsniveau voor de instroom en voor de blijvers

Opleidingsniveau	instroom	blijvers	Totaal
laag	140	199	339
Kolom %	60,3%	65,9%	63,5%
midden	75	79	154
Kolom %	32,3%	26,2%	28,8%
hoog	9	15	24
Kolom %	3,9%	5 %	4,5%
ander	5	2	7
Kolom %	2,2%	0,7%	1,3%
ongekend	3	7	10
Kolom %	1,3%	2,3%	1,9%
Totaal	232	302	534
	100%	100%	100%

Tabel 18 illustreert dat de instroom ‘minder laag’ opgeleid is dan de blijvers. Bij de instroom heeft 60,3 % van de arbeidszorgmedewerkers een laag opleidingsniveau, bij de “blijvers” is dit 65,9 %. Bij de instroom is het percentage arbeidszorgmedewerkers met een middenhoge opleiding hoger dan bij de “blijvers”.

2.4 Belangrijkste bron van inkomsten

De invaliditeitsuitkering is in beide groepen een zeer belangrijke bron van inkomsten, maar bij de “blijvers” komt zij percentueel gezien net iets vaker voor (Tabel 19).

¹⁰ Laag = hoogstens een diploma lager secundair onderwijs of BUSO, Midden = hoogstens een diploma hoger secundair onderwijs, Hoog = diploma hogeschool of universitair diploma

Bij de vergelijking van de belangrijkste bron van inkomsten voor de instroom en voor de “blijvers”, vallen er aan aantal verschillen op: het procentuele aandeel van de arbeidszorgmedewerkers met een werkloosheidsuitkering is meer dan twee maal zo hoog bij de instroom als bij de “blijvers”.

Bij de instroom is het leefloon voor 8,2 % van de arbeidszorgmedewerkers de belangrijkste bron van inkomsten, bij de “blijvers” is dit slechts 2,3 %.

Het ouderdomspensioen vinden we als belangrijkste bron van inkomsten enkel terug bij de “blijvers”. Dit is niet verwonderlijk aangezien bij de instroom geen arbeidszorgmedewerkers zaten die ouder dan 65 jaar waren.

Verhoudingsgewijs is ook het aandeel personen zonder inkomen gestegen.

Tenslotte zijn er meer “blijvers” met een inkomensvervangende tegemoetkoming dan ingestroomde arbeidszorgmedewerkers met een inkomensvervangende tegemoetkoming.

Tabel 19: Belangrijkste verschillen in de bron van inkomsten voor de instroom en voor de blijvers

Belangrijkste bron van inkomsten		instroom	blijvers	totaal
RIZIV invaliditeit	Aantal	106	154	260
	Kolom %	45,7%	51,0%	48,7%
werkloosheidsuitkering	Aantal	66	40	106
	Kolom %	28,4%	13,2%	19,9%
inkomensvervangende tegemoetkoming	Aantal	13	41	54
	Kolom %	5,6%	13,6%	10,1%
leefloon	Aantal	19	7	26
	Kolom %	8,2%	2,3%	4,9%
ouderdomspensioen	Aantal	1	18	19
	Kolom %	0,4%	6,0%	3,6%
zonder inkomen	Aantal	5	3	8
	Kolom %	2,2%	1,0%	1,5%
integratietegemoetkoming	Aantal	0	7	7
	Kolom %	0%	2,3%	1,3%

2.5 Burgerlijke staat

De algemene tendens is, wat burgerlijke staat betreft, hetzelfde bij beide groepen. De meeste arbeidszorgmedewerkers zijn ongehuwd. Het aandeel ongehuwden is bij de instroom wel 10 procent lager dan bij de blijvers.

Het aandeel gescheiden arbeidszorgmedewerkers is dan weer 10 procent hoger bij de instroom.

Tabel 20: Burgerlijke staat van de instroom en van de blijvers

Burgerlijke staat	instroom	blijvers	Totaal
gehuwd	31	36	67
Kolom %	13,4%	11,9%	12,5%
ongehuwd	131	201	332
Kolom %	56,5%	66,6%	62,2%
gescheiden	69	60	129
Kolom %	29,7%	19,9%	24,2%
verweduwd	1	5	6
Kolom %	0,4%	1,7%	1,1%
Totaal	232	302	534
	100%	100%	100%

2.6 Gezinssituatie

Het merendeel van de arbeidszorgmedewerkers is alleenstaande en heeft geen kinderen. Dit is zo voor beide groepen. Toch zijn er enkele verschillen.

Bij de instroom komen meer éénoudergezinnen voor dan bij de blijvers. De blijvers wonen vaker samen met een partner dan de instroom. Het aandeel samenwonend met ouders is ook groter bij de blijvers dan bij de instroom.

Tabel 21: Gezinssituatie van de instroom en van de blijvers

Gezinssituatie		instroom	blijvers	Totaal
alleenstaand zonder kinderen		124	136	260
	Kolom %	53,4%	45,0%	48,7%
éénoudergezin		14	5	19
	Kolom %	6,0%	1,7%	3,6%
samenwonend met partner		20	37	57
	Kolom %	8,6%	12,3%	10,7%
samenwonend met partner en kinderen		17	24	41
	Kolom %	7,3%	7,9%	7,7%
samenwonend met ouders		43	71	114
	Kolom %	18,5%	23,5%	21,3%
samenwonend met familieleden		12	19	31
	Kolom %	5,2%	6,3%	5,8%
wonende in een pleeggezin		0	1	1
	Kolom %	0%	0,3%	0,2%
andere		2	9	11
	Kolom %	0,9%	3,0%	2,1%
Totaal		232	302	534
		100%	100%	100%

2.7 Woonsituatie

Bij de instroom woont 41,8 % van de arbeidszorgmedewerkers zelfstandig. Bij de blijvers is dit minder, namelijk: 30,1 %. Bij de blijvers is het aandeel arbeidszorgmedewerkers dat bij familieleden inwoont, groter dan bij de instroom.

Tabel 22: Voornaamste verschillen in woonsituatie tussen de instroom en de blijvers

Woonsituatie	instroom	blijvers	Totaal
zelfstandig in huurhuis of eigen huis	97	91	188
Kolom %	41,8%	30,1%	35,2%
inwonend bij familieleden	55	91	146
Kolom %	23,7%	30,1%	27,3%
beschut wonen	45	50	95
Kolom %	19,4%	16,6%	17,8%
begeleid wonen	9	19	28
Kolom %	3,9%	6,3%	5,2%
beschermd wonen	4	11	15
Kolom %	1,7%	3,6%	2,8%
psychiatrisch ziekenhuis	10	4	14
Kolom %	4,3%	1,3%	2,6%

3 Externe zorgbegeleiding

Bij beide groepen is het aandeel arbeidszorgmedewerkers, die van geen enkele externe zorgdienst gebruik maken ongeveer even groot.

Het valt wel op dat bij de blijvers ongeveer de helft van de arbeidszorgmedewerkers gebruik maakt van slechts 1 zorgdienst. Bij de instroom doen de arbeidszorgmedewerkers, meer dan bij de blijvers, beroep op 2, 3 of 4 zorgdiensten.

Tabel 23: Vergelijking instroom en blijvers wat betreft het aantal zorgdiensten waarop beroep gedaan wordt door de arbeidszorgmedewerkers

Aantal zorgdiensten	instroom	blijvers	Totaal
0	37	52	89
Kolom %	15,9%	17,2%	16,7%
1	79	144	223
Kolom %	34,1%	47,7%	41,8%
2	69	68	137
Kolom %	29,7%	22,5%	25,7%
3	33	26	59
Kolom %	14,2%	8,6%	11,0%
4	12	10	22
Kolom %	5,2%	3,3%	4,1%
5	1	2	3
Kolom %	0,4%	0,7%	0,6%
6	1	0	1
Kolom %	0,4%	0%	0,2%
Totaal	232	302	534
	100%	100%	100%

4 Toeleiding

De aandelen van bepaalde toeleiders zijn groter bij de ingestroomde arbeidszorgmedewerkers dan bij de blijvers. Dit is onder meer het geval voor: Werkwinkel, ATB, VDAB, OCMW.

Van andere toeleiders is het aandeel dan weer belangrijker bij de blijvers. Het gaat hier dan om: ambulante voorzieningen uit de Geestelijk Gezondheidszorg, revalidatiecentra, beschermd en beschut wonen.

Het aandeel van de arbeidszorgmedewerkers, die uit eigen beweging of op initiatief van familieleden de weg naar de arbeidszorginitiatieven gevonden hebben, is dan weer groter bij de instroom dan bij de blijvers.

Tabel 24: Toeleiders: belangrijkste verschillen tussen instroom en blijvers

Toeleiders	instroom	blijvers	Totaal
beschermd / beschut wonen	32	56	88
Kolom %	14,0%	18,5%	16,6%
GGZ - residentieel	34	37	71
Kolom %	14,8%	12,3%	13,4%
OCMW	28	21	49
Kolom %	12,2%	7,0%	9,2%
revalidatiecentrum	17	32	49
Kolom %	7,4%	10,6%	9,2%
eigen beweging of familieleden	21	20	41
Kolom %	9,2%	6,6%	7,7%
GGZ - ambulantly	12	24	36
Kolom %	5,2%	7,9%	6,8%
ATB	16	16	32
Kolom %	7,0%	5,3%	6,0%
VDAB	9	7	16
Kolom %	3,9%	2,3%	3,0%
werkwinkel	4	0	4
Kolom %	1,7%	0%	0,8%

5 Persoonlijke problematiek

Bij de instroom komen de volgende problematieken meer voor dan bij de blijvers: kansarmoede, verslavingsproblematiek, ex-gedetineerd zijn, algemene psychosociale problematiek, langdurig werkloos zijn zonder bijkomende problematiek.

Bij de blijvers komen volgende problematieken meer voor: mentale handicap, lichamelijke handicap, psychiatrische problematiek.

Tabel 25: Hoofdproblematiek van de arbeidszorgmedewerkers: vergelijking tussen instroom en blijvers

Hoofdproblematiek	instroom	blijvers	Totaal
psychiatrische problematiek	83	146	229
Kolom %	35,9%	48,5%	43,0%
mentale handicap	28	71	99
Kolom %	12,1%	23,6%	18,6%
algemene psychosociale problematiek	30	18	48
Kolom %	13,0%	6,0%	9,0%
verslavingsproblematiek	22	22	44
Kolom %	9,5%	7,3%	8,3%
lichamelijke handicap	11	16	27
Kolom %	4,8%	5,3%	5,1%
langdurig werkloos	11	1	12
Kolom %	4,8%	0,3%	2,3%
kansarmoede	7	3	10
Kolom %	3,0%	1,0%	1,9%
ex-gedetineerd	6	0	6
Kolom %	2,6%	0%	1,1%

6 Besluit instroom

In de gehandicaptensector is de instroom goed voor eenderde van de totale arbeidszorgpopulatie in deze sector. In de andere sectoren zelfs voor ongeveer de helft van de populatie op het moment van de bevraging..

De ingestroomde arbeidszorgmedewerkers zijn jonger dan de blijvers. Ook hebben ze een iets minder laag opleidingsniveau, zijn minder vaak ongehuwd en hebben vaker kinderen dan de blijvers.

De invaliditeitsuitkering is ook hun belangrijkste bron van inkomsten, maar toch is deze bij hen minder belangrijk dan bij de blijvers. De instroom leeft vaker van een werkloosheidsuitkering of het leefloon dan de blijvers.

Ook lijkt de instroom een grotere zelfredzaamheid te hebben dan de blijvers en wonen zij ook vaker zelfstandig. Er zijn bij de instroom minder arbeidszorgmedewerkers met een mentale handicap of psychiatrische problematiek. Hun problematiek situeert zich vaker op het vlak van verslaving, kansarmoede en algemene psychosociale problematieken.

De instroom komt ook vaker op eigen beweging naar de arbeidszorginitiatieven. Ook worden zij, vaker dan de blijvers, toegeleid door VDAB, ATB en OCMW's

Het lijkt er dus op dat er een nieuwe jonge groep ingestroomd is. Toch waren er geen spectaculaire verschuivingen in het algemene profiel van de arbeidszorgmedewerkers. En dat terwijl de ingestroomde arbeidszorgmedewerkers toch bijna de helft van de bevraagde populatie uitmaken.

We moeten het gegeven van een nieuwe jonge groep dus relativiseren. Het zijn waarschijnlijk meer de jongere arbeidszorgmedewerkers, waarbij een groot verloop is. Het gaat hier dus waarschijnlijk niet om een nieuwe groep, maar de ingestroomden komen in de plaats van andere, wat jongere arbeidszorgmedewerkers die ook een iets grotere zelfredzaamheid hadden en die ondertussen uitgestroomd zijn. (Op deze uitstroom zullen we dieper ingaan in het volgende hoofdstuk.)

De 'blijvers', zoals ze hier genoemd worden, zijn de wat oudere arbeidszorgmedewerkers die, zoals uit het profiel blijkt, rond de 45 jaar zijn en die nog moeilijker doorstromen dan de jongere arbeidszorgmedewerkers. Dit illustreert het gegeven dat doorstroming geen doelstelling is binnen arbeidszorg, maar dat de deur wel steeds open staat. Bij de jongere arbeidszorgmedewerkers is er een groot verloop, de wat oudere arbeidszorgmedewerkers, die vaak al een heel traject doorlopen hebben, blijven in arbeidszorg.

De grotere zelfredzaamheid en zelfstandigheid van deze jongere groep arbeidszorgmedewerkers moet ook gerelativeerd worden. De ingestroomde arbeidszorgmedewerkers zitten vooral in de sector van de Sociale Tewerkstelling. Zoals uit het kwalitatieve onderzoeksluik blijkt, is de setting in deze sector meer op arbeid gericht dan in de andere sectoren. In deze sector komen ook vooral de sterkere arbeidszorgmedewerkers terecht.

Dit speelt ook een rol in de horizontale (of diagonale) doorstroming: arbeidszorgmedewerkers die bijvoorbeeld begeleid worden in een arbeidszorginitiatief in de Geestelijke Gezondheidszorg, kunnen doorstromen naar een arbeidszorginitiatief in de Sociale Tewerkstelling, waar zij in een meer arbeidsmatige setting begeleid worden.

IV De Limburgse arbeidszorgpopulatie in 2005

In dit rapport vindt u een beschrijvende analyse van de huidige arbeidszorgpopulatie. Dit wil zeggen: alle arbeidszorgmedewerkers die in de periode van 31 mei 2005 tot 14 juni 2005 in de Limburgse arbeidszorginitiatieven, aangesloten bij het PSAZ, begeleid werden.

In dit deel bekijken we het socio-demografisch profiel, het arbeidsverleden, de zorgnood, de persoonlijke problematiek, de toeleiding; de arbeidsmatige activiteiten en erkenning en financiering van deze groep arbeidszorgmedewerkers.

Alvorens we aan dit alles beginnen, bespreken we hoe deze arbeidszorgmedewerkers in Limburg verdeeld zijn over de arbeidszorginitiatieven en over de sectoren.

1 arbeidszorg in vier sectoren

De arbeidszorginitiatieven maken op twee¹¹ na deel uit van een grotere moederorganisatie, die zich niet enkel met arbeidszorg bezighoudt. Deze ‘moederorganisaties’ situeren zich binnen vier sectoren. Drie van deze sectoren zijn welzijnssectoren: de Geestelijke Gezondheidssector (GGZ); de Gehandicaptensector; en het Algemeen Welzijnswerk (AWW). De vierde sector is de sector van de Sociale Tewerkstelling (STW).

In de **gehandicaptensector** zijn de arbeidszorgmedewerkers voornamelijk ingebed in een dagcentrum. Er is daarnaast één onafhankelijk initiatief dat sterke banden heeft in de gehandicaptensector. De **Sociale Tewerkstelling** omvat de sociale werkplaatsen (SWP) en verschillende opleidings- en tewerkstellingsprojecten. De sector van het **Algemeen Welzijnswerk** bestaat uit één Centrum voor Algemeen Welzijnswerk (CAW). In de **Geestelijke Gezondheidszorgsector** tenslotte, wordt arbeidszorg vooral aangeboden in dagactiviteitencentra en één zelfstandig arbeidszorginitiatief, dat verbonden is met een initiatief van beschut wonen.

¹¹ Om te kleine subgroepen te vermijden, werden deze twee niet-sectorgebonden initiatieven voor de analyse ondergebracht bij 1 van de 4 sectoren. Een eerste initiatief heeft sterke banden in de Gehandicaptensector en is daarom voor de analyse hierbij ondergebracht. Het tweede initiatief heeft vooral arbeidszorgmedewerkers met een psychiatrische problematiek en toeliders uit de Geestelijke Gezondheidszorg. Dit arbeidszorginitiatief is daarom voor de analyse in de Geestelijke Gezondheidszorgsector ondergebracht.

In de referentieperiode waren er 534 arbeidszorgmedewerkers in de Limburgse arbeidszorginitiatieven, verdeeld over deze vier sectoren. Het merendeel (95 %) werkt in een atelier of in groep op locatie en 5 % van hen doet aan individueel begeleid werk.

Tabel 26: Aantal arbeidszorgmedewerkers en arbeidszorginitiatieven per sector

Sector ¹²	Aantal arbeidszorg-medewerkers	Arbeidszorg medewerkers (%)	Aantal arbeidszorg-initiatieven	Gemiddeld aantal medewerkers per initiatief
GGZ	244	45,7	7	35
STW	182	34,1	18	10
HAN	81	15,2	5	16
AWW	27	5,1	1	27
Totaal	534	100	31	17

Wat betreft het **aantal arbeidszorginitiatieven** per sector is de sector van de Sociale Tewerkstelling de grootste (18 arbeidszorginitiatieven), gevolgd door de Geestelijke Gezondheidszorg (7 arbeidszorginitiatieven), de Gehandicaptensector (5 arbeidszorg-initiatieven) en tenslotte de sector van het Algemeen Welzijnswerk (1 arbeidszorg-initiatief).

Gebaseerd op het **aantal arbeidszorgmedewerkers** per sector, komt de Geestelijke Gezondheidszorg op de eerste plaats met 45,7 % van het totaal aantal arbeidszorgmedewerkers. De Sociale Tewerkstelling volgt op de tweede plaats met 34,1 %. Op de derde plaats staat de Gehandicaptensector met 15,2 % en het Algemeen Welzijnswerk op de laatste plaats met 5,1 % van het totaal aantal arbeidszorgmedewerkers .

Hoewel de sector van de Sociale Tewerkstelling de grootste is wat betreft het aantal arbeidszorginitiatieven (18) en op de tweede plaats komt wat betreft het aantal

¹² GGZ = Geestelijke Gezondheidszorg, STW = Sociale Tewerkstelling, HAN = gehandicapten, AWW = Algemeen Welzijnswerk

arbeidszorgmedewerkers (182), staat deze sector op de laatste plaats wat betreft het aantal arbeidszorgmedewerkers per arbeidszorginitiatief (10).

In de sector van de Geestelijke Gezondheidssector zijn er duidelijk het meeste arbeidszorgmedewerkers per arbeidszorginitiatief (35).

2 Socio-demografisch profiel

2.1 Leeftijd

De gemiddelde leeftijd¹³ van de arbeidszorgmedewerker is 42 jaar en 7 maanden. De jongste arbeidszorgmedewerker is 20 jaar en 1 maand oud. En de oudste arbeidszorgmedewerker is 78 jaar en 1 maand oud.

Tabel 27 geeft de gemiddelde leeftijd, de maximum en de minimum leeftijd weer per sector. We merken op dat de gemiddelde leeftijd het hoogst is in de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg (47,26 jaar).

In de Gehandicaptensector en de sector van het Algemeen Welzijnwerk ligt de gemiddelde leeftijd ongeveer op gelijke hoogte (40,79 jaar en 40,33 jaar) en in de sector van de sociale Tewerkstelling ligt die iets lager (37,42 jaar).

Tabel 27: Minimum, maximum en gemiddelde leeftijd van de arbeidszorgmedewerkers per sector

Sector	min	max	gemiddeld
GGZ	20,19	78,16	47,26
STW	20,29	63,81	37,42
HAN	20,15	66,02	40,79
AWW	23,01	60,87	40,33
Totaal	20,15	78,16	42,58

Om een duidelijker beeld te krijgen van de leeftijdsverspreiding van de arbeidszorgmedewerkers, wordt in Tabel 28 het aantal arbeidszorgmedewerkers per leeftijdscategorie weergegeven.

Bijna éénderde van de bevroegde arbeidszorgmedewerkers bevindt zich tussen de leeftijdsgrenzen van 40 en 50 jaar. Dit zou kunnen verklaard worden door de algemene

¹³ De leeftijd van de arbeidszorgmedewerkers werd berekend met als referentiedatum de startdatum van bevraging. Als referentiedatum wordt daarom 1 juni 2005 genomen. Voor elke respondent werd de exacte geboortedatum bevroegd. Voor 10 van de 534 respondenten werd geen geboortedatum opgegeven. Deze respondenten worden uiteraard niet opgenomen in de berekeningen.

maatschappelijk tendens dat personen in die leeftijdscategorie steeds moeilijker werk vinden. Het is ook een leeftijd waarop iemand vaak al een bepaald traject heeft doorlopen. Dit maakt dat het voor de toeleiders sneller duidelijk is dat de kansen op betaalde tewerkstelling voor deze personen laag liggen. Jongere kandidaten voor arbeidszorg zullen door de toeleiders waarschijnlijk eerst naar 'hogere' tewerkstellingsmogelijkheden worden doorverwezen om pas op latere leeftijd in arbeidszorg terecht te komen en daar, op enkele uitzonderingen na, ook te blijven.

Als we deze cijfers vergelijken met de cijfers van het NIS, valt het op dat in de categorie 40– 49 jaar er, verhoudingsgewijs, opvallend veel arbeidszorgmedewerkers zijn. Op 1 januari 2003 was ongeveer éénvierde van de bevolking van het Vlaams gewest tussen de 40 en 50 jaar. Bij de arbeidszorgpopulatie zien we dat ongeveer éénderde in deze leeftijdscategorie valt. Dus binnen arbeidszorg is er duidelijk een oververtegenwoordiging van deze leeftijdscategorie.

Tabel 28: Aantal arbeidszorgmedewerkers per leeftijdscategorie vergeleken met de cijfers van het NIS voor het Vlaams Gewest in 2003

leeftijdscategorie	Aantal arbeidszorgmedewerkers	% arbeidszorgmedewerkers	% Vlaams Gewest ¹⁴
20 - 24	39	7,4	10,3
25 - 29	69	13,2	10,1
30 - 34	54	10,3	11,6
35 - 39	49	9,4	13,1
40 - 44	79	15,1	13,2
45 - 49	92	17,6	12,2
50 - 54	52	9,9	11,1
55 - 59	54	10,3	10,1
60 - 64	16	3,1	8,3
65 - 69	12	2,3	/
70 - 74	6	1,1	/
75 - 79	2	0,4	/
Totaal	524	100	/
Missing	10		
Totaal	534		

2.2 Nationaliteit

Zoals Tabel 29 illustreert, heeft 90 % van de arbeidszorgmedewerkers de Belgische nationaliteit. Voor 20 % van de arbeidszorgmedewerkers zijn de beide ouders of twee van de vier grootouders van niet-Belgische afkomst¹⁵.

¹⁴ Cijfers van het NIS: procentuele aantallen van de bevolking van het Vlaams gewest voor de beroepsactieve bevolking op 01/01/2003

¹⁵ Deze gegevens zijn hier niet in een tabel opgenomen.

Tabel 29: Nationaliteit van de arbeidszorgmedewerkers

Nationaliteit	Aantal	%
Belg	482	90,3
niet Belg, wel EU	25	4,7
niet Belg, niet EU	27	5,0
Totaal	534	100

2.3 Geslacht

Tweederde (67,6 %) van de arbeidszorgmedewerkers zijn mannen. Tabel 30 toont de geslachtsverhouding per sector. In elke sector zien we een oververtegenwoordiging van het aantal mannen.

Deze oververtegenwoordiging is het grootst in de sector van het Algemeen Welzijnswerk (77,78 % mannen) en in de sector van de Sociale Tewerkstelling (75,82 % mannen).

Tabel 30: Man-vrouw verhouding van de arbeidszorgmedewerkers per sector

Sector	Geslacht		
	man	vrouw	totaal
GGZ	146 59,84 %	98 40,16 %	244
HAN	56 69,14 %	25 30,86 %	81
STW	138 75,82 %	44 24,18 %	182
AWW	21 77,78 %	6 22,22 %	27
TOTAAL	361 67 %	173 33%	534

2.4 Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau werd opgedeeld volgens de definitie van het NIS¹⁶. Er blijkt dat 65 % van de doelgroep arbeidszorg een laag opleidingsniveau heeft. Met andere woorden: 339 arbeidszorgmedewerkers hebben hoogstens een diploma lager secundair onderwijs of een BUSO diploma.

Verder zien we dat 154 arbeidszorgmedewerkers (30 %) hoogstens een diploma hoger secundair onderwijs hebben. Er zijn tenslotte 24 arbeidszorgmedewerkers (5 %) met een hoog opleidingsniveau.

In vergelijking met de cijfers voor het Vlaams Gewest valt onmiddellijk op dat de arbeidszorgmedewerkers een zeer laag opleidingsniveau hebben.

Tabel 31: Opleidingsniveau van de arbeidszorgmedewerkers, opgedeeld in categorieën en vergeleken met de cijfers van het Nis voor het Vlaams Gewest in 2003

Opleidingsniveau	Aantal	%	Vlaams Gewest ¹⁷ %
Laag	339	65,9	37,5
Midden	154	29,9	34,1
Hoog	24	4,6	28,4
Totaal	514	100	100
Andere	7		/
Ongekend	10		/

¹⁶ Laag = hoogstens een diploma lager secundair onderwijs of BUSO, Midden = hoogstens een diploma hoger secundair onderwijs, Hoog = diploma hogeschool of universitair diploma

¹⁷ NIS cijfers voor het Vlaams Gewest voor de beroepsactieve bevolking in 2003

Als we nu deze gegevens per sector bekijken¹⁸, merken we op dat het opleidingsniveau het laagst ligt in de Gehandicaptensector. In deze sector heeft 72,8 % van de arbeidszorgmedewerkers een laag opleidingsniveau. De andere sectoren volgen de gemiddelde trend.

2.5 Bron van inkomsten

Er werd aan de begeleiders van de arbeidszorgmedewerkers gevraagd om alle bronnen van inkomsten van de betreffende arbeidszorgmedewerker aan te duiden. Daarna rangschikten zij deze in volgorde van belangrijkheid.

2.5.1 Belangrijkste bron van inkomsten

Als we de belangrijkste bron van inkomsten bekijken, merken we op dat bijna de helft (48,7 %) van alle arbeidszorgmedewerkers een **invaliditeitsuitkering** van het RIZIV ontvangt. Op de tweede plaats staat de **werkloosheidsuitkering** als belangrijkste inkomstenbron voor ongeveer 1 op 5 arbeidszorgmedewerkers. De **inkomens-vervangende tegemoetkoming** staat op de derde plaats.

Deze drie inkomstenbronnen zijn samen goed voor bijna 80 % van de belangrijkste inkomensbronnen voor de arbeidszorgmedewerkers.

¹⁸ Deze gegevens vindt U in bijlage

Tabel 32: Belangrijkste bron van inkomsten van de Limbursge arbeidszorgmedewerkers

Bron van inkomsten	Aantal	%
RIZIV invaliditeit	260	48,7
Werkloosheidsuitkering	106	19,9
Inkomensvervangende tegemoetkoming (personen met een handicap)	54	10,1
Leefloon (OCMW)	26	4,9
Ouderdomspensioen	19	3,6
Brugpensioen	12	2,2
Zonder inkomen	8	1,5
RIZIV primaire arbeidsongeschiktheid	7	1,3
Integratietegemoetkoming	7	1,3
Vergoeding arbeidsongeval	5	0,9
Overlevingspensioen	2	0,4
Kinderbijslag als kind	2	0,4
Alimentatie	1	0,2
Financieel steunend op familie	1	0,2
Andere inkomstenbron	24	4,5
Totaal	534	100

2.5.2 Meerdere bronnen van inkomsten

Voor 393 van de 534 arbeidszorgmedewerkers (oftewel 74 %) is deze belangrijkste bron van inkomsten ook meteen de enige bron van inkomsten. En 141 arbeidszorgmedewerkers hebben ook een tweede bron van inkomsten opgegeven.

Deze tweede bron van inkomsten wordt weergegeven in Tabel 33. Voor bijna de helft van de arbeidszorgmedewerkers, die een tweede bron van inkomsten hebben, is deze bron van inkomsten een integratietegemoetkoming.

Tabel 33: Tweede bron van inkomsten voor de arbeidszorgmedewerkers

Tweede bron van inkomsten	Aantal	%
Geen tweede bron van inkomsten	393	74 %
Wel tweede bron van inkomsten	141	26 %
integratietegemoetkoming	64	45,4
financieel steunend op familie	18	12,8
kinderbijslag als ouder	15	10,6
Andere ¹⁹	44	32
Totaal	141	100

2.5.3 Belangrijkste bron van inkomsten per sector

Een vergelijking van de belangrijkste bron van inkomsten per sector, wordt weergegeven in Tabel 34. In de **Geestelijke Gezondheidszorgsector** ontvangt tweederde (67,6 %) van de arbeidszorgmedewerkers een invaliditeitsuitkering. Dat is veel meer dan in de andere sectoren. Op de tweede plaats vinden we hier de ouderdomspensioenen²⁰ (7,8 %) en de werkloosheidsuitkering (5,7 %) is hier de derde belangrijkste bron van inkomsten.

In de **Gehandicaptensector** is de invaliditeitsuitkering eveneens de belangrijkste bron van inkomsten (30,9 %). Op de tweede plaats vinden we hier de inkomensvervangende tegemoetkoming (29,6 %) en de werkloosheidsuitkering staat ook hier op de derde plaats met 14,8 %.

In de sector van de **Sociale Tewerkstelling** is de werkloosheidsuitkering de belangrijkste bron van inkomsten voor de arbeidszorgmedewerkers (37,9 %). Een tweede belangrijke bron van inkomsten in deze sector is de invaliditeitsuitkering (34,1 %). Op de derde plaats staat de inkomensvervangende tegemoetkoming (9,9 %).

¹⁹ Het gaat hier om: invaliditeitsuitkering, inkomensvervangende tegemoetkoming, alimentatie, kinderbijslag als kind, leefloon, vergoeding beroepsziekte, zwartwerk, werkloosheidsuitkering, vergoeding arbeidsongeval.

²⁰ Dit is waarschijnlijk te verklaren door de hogere gemiddelde leeftijd in deze sector.

Voor de arbeidszorgmedewerkers in het **Algemeen Welzijnswerk**, is eveneens de werkloosheidsuitkering de voornaamste bron van inkomsten (40,7 %). De invaliditeitsuitkering neemt hier op de tweede plaats ook een belangrijk aandeel in met 29,6 %. Op de derde plaats staat hier het leefloon als belangrijkste bron van inkomsten (14,8 %).

Tabel 34: De drie Belangrijkste bronnen van inkomsten per sector²¹

GGZ	%	HAN	%	STW	%	AWW	%
Invaliditeits uitkering	67,6	Invaliditeits uitkering	30,9	Werkloosheids uitkering	37,9	Werkloosheids uitkering	40,7
Ouderdoms pensioen	7,8	Inkomens vervangende tegemoet - koming	29,6	Invaliditeits uitkering	34,1	Invaliditeits uitkering	29,6
Werkloosheids uitkering	5,7	Werkloosheids uitkering	14,8	Inkomens - vervangende tegemoetkoming	9,9	Leefloon	14,8

2.6 Burgerlijke staat

Van de 534 arbeidszorgmedewerkers zijn er 332 niet of nooit gehuwd (Tabel 35). Dit komt overeen met 62,2 %. Bijna één op vier is gescheiden (24,2 %) en één op acht arbeidszorgmedewerkers is gehuwd.

In vergelijking met het Vlaams Gewest²² waar 66,2 % van de bevolking gehuwd is, zijn er erg weinig gehuwde arbeidszorgmedewerkers. Het aandeel ongehuwde arbeidszorgmedewerkers (62,2 %) is veel groter dan in het Vlaams gewest (23,9 %). Het aantal gescheiden arbeidszorgmedewerkers (24,2 %) ligt ook veel hoger dan het Vlaams gemiddelde (7,8 %).

²¹ De volledige tabellen per sector vindt u in bijlage I

²² NIS 2005 voor de bevolking van het Vlaams Gewest tussen 20 en 65 jaar. Deze gegevens zijn hier niet in tabellen opgenomen.

Tabel 35 geeft de burgerlijke staat ook per sector weer. In de sector van de Sociale Tewerkstelling en in de Gehandicaptensector treffen we een groot aandeel arbeidszorgmedewerkers aan dat nooit gehuwd is. In de andere twee sectoren zien we dan vooral dat het aantal gescheiden arbeidszorgmedewerkers hoger ligt. De meeste arbeidszorgmedewerkers in de Geestelijke Gezondheidszorg en in het Algemeen Welzijnswerk hebben dus wel al een huwelijk achter de rug.

Tabel 35: Burgerlijke staat van de arbeidszorgmedewerkers in de verschillende sectoren.

		Sector			
Burgerlijke staat	Totaal	GGZ	HAN	STW	AWW
Gehuwd	67 12,5%	31 12,7%	13 16,0%	21 11,5%	2 7,4%
Ongehuwd	332 62,2%	130 53,3%	61 75,3%	126 69,2%	15 55,6%
Gescheiden	129 24,2%	78 32,0%	7 8,6%	34 18,7%	10 37,0%
Verweduwd	6 1,1%	5 2,0%	0 0%	1 0,5%	0 0%
Totaal	534 100%	244 100%	81 100%	182 100%	27 100%

2.7 Gezinsituatie

Bijna de helft van de arbeidszorgmedewerkers is alleenstaand zonder kinderen (48,7 %). Ongeveer één op vijf (21,3 %) woont samen met zijn of haar ouders. En 18,4 % woont samen met een partner²³, met of zonder kinderen.

Bij 11 % van de arbeidszorgmedewerkers²⁴ is er een kind aanwezig in het gezin. Toch zien we in tabel 11 dat 31,6 % van de arbeidszorgmedewerkers kinderen heeft. Dit betekent dus dat voor ongeveer 20 % van de arbeidszorgmedewerkers geldt dat zij wel een kind hebben, maar dat dit kind niet bij hen woont.

Tabel 36: Gezinsituatie van de arbeidszorgmedewerkers

Gezinsituatie	Aantal	%
Alleenstaand zonder kinderen	260	48,7
Samenwonend met ouders	114	21,3
Samenwonend met partner	57	10,7
Samenwonend met partner en kinderen	41	7,7
Samenwonend met familieleden	31	5,8
Eénoudergezin	19	3,6
Wonende in een pleeggezin	1	0,2
Andere	11	2,1
Totaal	534	100

2.8 Woonvorm²⁵

²³ Totaal van de categorie samenwonend met partner zonder kinderen en de categorie samenwonend met partner en kinderen.

²⁴ Namelijk bij: samenwonend met partner en kinderen en bij de éénoudergezinnen

Meer dan één derde van de arbeidszorgmedewerkers woont zelfstandig in een eigen huis of een huurhuis. Iets meer dan een kwart woont in bij familieleden. Beschut wonen is de woonvorm voor 17,8 % van de arbeidszorgmedewerkers en begeleid wonen voor 5,2 %.

Tabel 37: Woonvorm van de arbeidszorgmedewerkers²⁶

Woonvorm	Aantal	%	Cumulatief %
zelfstandig in huurhuis of eigen huis	188	35,2	35,2
inwonend bij familieleden	146	27,3	62,5
beschut wonen	95	17,8	80,3
begeleid wonen	28	5,2	85,6
beschermd wonen	15	2,8	88,4
psychiatrisch ziekenhuis	14	2,6	91,0
tehuis voor werkenden	12	2,2	93,3
andere woonvorm ²⁷	36	6,7	100
Totaal	534	100	

In alle sectoren, behalve in de Gehandicaptensector komt zelfstandig in een huurhuis of eigen huis wonend op de eerste plaats.

²⁶ definities van de verschillende woonvormen vindt u in bijlage VII

²⁷ Antwoorden met een kleine frequentie werden samengenomen onder de rubriek 'andere woonvormen'. Deze omvat: opvangcentrum, tehuis voor niet-werkenden, pensionwoning, psychiatrisch verzorgingstehuis, doorgangshuis, inwonend bij kennissen, thuisloos, crisisopvang, vluchthuis, zorgwonen, rust- en verzorgingstehuis, niet vernoemde home of instelling

Tabel 38 De drie belangrijkste woonvormen per sector²⁸

GGZ	%	HAN	%	STW	%	AWW	%
Zelfstandig	36,5	Bij familie	35,8	Zelfstandig	34,6	Zelfstandig	44,4
Beschut wonen	33,6	Zelfstandig	29,6	Bij familie	31,9	Bij familie	18,5
Bij familie	22,1	Beschermd wonen	17,3	Begeleid wonen	10,4	Beschut wonen	7,4

In de **Gehandicaptensector** staat inwonend bij familieleden op de eerste plaats (35,8 %), gevolgd door zelfstandig in een huurhuis of eigen huis wonend (29,6 %). Beschermd wonen staat hier op de derde plaats met 17,3 %.

In de **Geestelijke Gezondheidszorgsector** valt op dat beschut wonen op de tweede plaats komt met 33,6 %. Inwonend bij familieleden komt hier op de derde plaats met 22,1 %.

In de sector van de **Sociale Tewerkstelling** woont 34,6 % van de arbeidszorgmedewerkers zelfstandig in een eigen huis of huurhuis. Inwonend bij familieleden staat hier op de tweede plaats (31,9 %) en één op tien van de arbeidszorgmedewerkers uit de sociale Tewerkstelling zit in begeleid wonen.

Bij het **Algemeen Welzijnswerk** woont 44,4 % van de arbeidszorgmedewerkers zelfstandig en 18,5 % woont bij familieleden.

²⁸ De volledige tabellen per sector vindt u in bijlage II

2.9 Besluit socio-demografisch profiel

Eén op drie arbeidszorgmedewerkers is tussen de 40 en 50 jaar. Dit is meer dan het aandeel 40 – 50 jarigen in de beroepsbevolking van het Vlaamse gewest. De gemiddelde leeftijd van de arbeidszorgmedewerkers ligt op 42 à 43 jaar. In de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg, ligt deze op 47 à 48 jaar. De arbeidszorgmedewerkers uit de Geestelijke Gezondheidszorg zijn dus over het algemeen genomen ouder dan in de andere sectoren. In de sector van de Sociale Tewerkstelling zijn de arbeidszorgmedewerkers gemiddeld het jongst (37 jaar).

Twee op drie arbeidszorgmedewerkers is een man. Het overwicht van de mannen vinden we terug in alle sectoren, maar is het grootst in het Algemeen Welzijnswerk en de Sociale Tewerkstelling.

Het gemiddelde opleidingsniveau van de arbeidszorgmedewerkers ligt zeer laag. Meer dan 60 procent van de arbeidszorgmedewerkers heeft een laag opleidingsniveau (volgens de definitie van het NIS) terwijl 40 procent van de bevolking van het Vlaams Gewest een laag opleidingsniveau heeft. Ook heeft slechts 4,5 procent van de arbeidszorgmedewerkers een hoog opleidingsniveau. Als we kijken naar de cijfers van het NIS, zien we dat 28,4 procent van de bevolking van het Vlaamse Gewest een hoog opleidingniveau heeft.

Wat de belangrijkste bron van inkomsten betreft leeft bijna de helft van de arbeidszorgmedewerkers van een invaliditeitsuitkering. Vooral in de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg is deze bron van inkomsten zeer belangrijk.

De werkloosheidsuitkering is voor 20 % van de arbeidszorgmedewerkers de voornaamste bron van inkomsten en is vooral belangrijk in de sectoren van de Sociale Tewerkstelling en het Algemeen Welzijnswerk.

Meer dan de gemiddelde Vlaming zijn de arbeidszorgmedewerkers ongehuwd of gescheiden. De arbeidszorgmedewerkers in de sectoren van het Algemeen Welzijnswerk en de Geestelijke Gezondheidszorg hebben vaker een echtscheiding achter de rug dan de arbeidszorgmedewerkers uit de andere twee sectoren. In de Gehandicaptensector en in de sector van de Sociale

Tewerkstelling komen de arbeidszorgmedewerkers vaak niet toe aan een huwelijk.

Eénderde van de arbeidszorgmedewerkers woont zelfstandig in een huurhuis of een eigen huis. Ook is er een grote groep, vooral in de Gehandicaptensector, die inwoont bij familieleden. Verder zijn ook beschermd, beschut en begeleid wonen belangrijke woonvormen voor de arbeidszorgmedewerkers.

Uit dit profiel blijkt al duidelijk dat er een erg **kwetsbare doelgroep** begeleid wordt in arbeidszorg. Zonder rekening te houden met de persoonlijke problematiek (die in een later hoofdstuk besproken wordt) van de arbeidszorgmedewerkers, komen uit het socio-demografisch profiel een aantal items naar voren die duiden op een kwetsbare doelgroep:

- Ondanks hun leeftijd van ongeveer 45 jaar, woont tweederde van de arbeidszorgmedewerkers **niet** zelfstandig.
- Het gemiddelde opleidingsniveau van de arbeidszorgmedewerkers ligt zeer laag. Tweederde van hen heeft hoogstens een diploma BUSO of lager secundair onderwijs.
- Zij zijn vaak ongehuwd en hebben zelden kinderen. Dit zorgt ervoor dat de meeste arbeidszorgmedewerkers dus geen gezin hebben om op terug te vallen voor ondersteuning.

3 Arbeidsverleden van de arbeidszorgmedewerker

3.1 Periode van inactiviteit

De arbeidszorgmedewerker is gemiddeld 10 jaar en 1 maand inactief²⁹. Dit betekent dat de ‘gemiddelde’ arbeidszorgmedewerker gedurende de afgelopen tien jaar geen vorm van bezoldigde arbeid heeft verricht.

Als we de inactiviteitsperiode per sector bekijken, zien we in onderstaande tabel dat deze het hoogst ligt in de Geestelijke Gezondheidszorg (12 jaar en 7 maanden), op de voet gevolgd door de Gehandicaptensector (12 jaar en 2 maanden). In de Sociale Tewerkstelling en in het Algemeen Welzijnswerk ligt de inactiviteitsperiode beduidend lager (Tabel 39).

Tabel 39: Inactiviteitsperiode van de arbeidszorgmedewerkers per sector

Sector	gemiddelde periode inactief		
	in maanden	in jaren en maanden	N
GGZ	151	12 jaar en 7 maand	236
HAN	146	12 jaar en 2 maand	70
STW	80	6 jaar en 8 maand	169
AWW	60	5 jaar, 0 maand	27
Totaal	121	10 jaar en 1 maand	502

3.2 Werkervaring

In dit onderdeel gaan we na hoeveel arbeidszorgmedewerkers in het verleden bezoldigde arbeid verricht hebben.

²⁹ Duur van de inactiviteit: de periode vanaf het beëindigen van de laatste betaalde arbeidsactiviteit, of de periode vanaf het beëindigen van de studies indien de arbeidszorgmedewerker geen betaalde arbeid verricht heeft. De tijd dat een arbeidszorgmedewerker in het arbeidszorginitiatief begeleid wordt, wordt dus meegeteld in de inactiviteitsperiode.

Drie op vier arbeidszorgmedewerkers hebben ooit betaalde arbeid verricht. Dit percentage ligt beduidend lager in de Gehandicaptensector waar iets meer dan de helft van de arbeidszorgmedewerkers nooit betaalde arbeid verricht heeft.

In de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg heeft 85,9 % al ooit betaalde arbeid verricht en in de sector van het Algemeen Welzijnswerk ligt dit percentage zelfs op 92,6 %. De sector van de Sociale Tewerkstelling volgt de gemiddelde trend met 71,6 %.

Tabel 40: Arbeidsverleden van de arbeidszorgmedewerkers per sector

sector	arbeidsverleden		Totaal
	Nooit betaalde Arbeid	Wel Betaalde Arbeid	
GGZ	34 14,1%	207 85,9%	241 100%
HAN	40 51,9%	37 48,1%	77 100%
STW	48 28,4%	121 71,6%	169 100%
AWW	2 7,4%	25 92,6%	27 100%
Totaal	124 24,1%	390 75,9%	514 100%

We bekijken nu hoeveel van deze 390 arbeidszorgmedewerkers, die ooit betaalde arbeid verrichtten, korte werkervaringen hebben gehad (< 6 maand) en hoeveel er lange werkervaringen (> 6 maand) gehad hebben.

Tabel 41 toont dat van de 390 arbeidszorgmedewerkers die werkervaring hebben er 46 enkel werkervaringen korter dan 6 maanden hebben. Dit betekent dat van de totale arbeidszorgpopulatie 67 % ooit een werkervaring van meer dan 6 maanden gehad heeft. Eenderde van de arbeidszorgmedewerkers geeft nooit of nooit langer dan 6 maanden bij dezelfde werkgever gewerkt.

Tabel 41: Duur van de werkervaringen van de arbeidszorgmedewerkers

Duur van de werkervaring	Aantal	%
Enkel Lang	230	44,75
Kort en Lang	114	22,18
Enkel Kort	46	8,95
Geen werkervaring	124	24,12
Totaal	514	100
missing	20	

3.3 Soort werkervaringen³⁰

Tweederde van de werkervaringen was als arbeider in het normaal economisch circuit, 9,1 % in een beschutte werkplaats, 7,5 % als bediende in het normaal economisch circuit en 6,5 % in een tewerkstellingsproject zoals WEP+ projecten.

3.4 Besluit arbeidsverleden

De arbeidszorgmedewerkers zijn gemiddeld 10 jaar inactief. In de Geestelijke Gezondheidszorg en in de Gehandicaptensector is een inactiviteitsperiode van meer dan 12 jaar niet uitzonderlijk. Deze cijfers wijzen op een grote mate van arbeidsmatige inactiviteit bij de doelgroep arbeidszorg.

Toch heeft het merendeel van de arbeidszorgmedewerkers reeds betaalde arbeid verricht. Enkel de gehandicaptensector wijkt af van deze lijn. In de Gehandicaptensector heeft bijna de helft van de arbeidszorgmedewerkers nooit betaalde arbeid verricht.

Die arbeidszorgmedewerkers, die wel reeds een betaalde werkervaring hebben, hebben ook vaak een werkervaring van meer dan 6 maanden achter de rug. Toch heeft een kwart van hen nooit langer dan 6 maanden hetzelfde werk volgehouden. De werkervaringen (> 6 maanden) van de

³⁰ Deze gegevens zijn hier niet in een tabel opgenomen.

arbeidszorgmedewerkers zijn hoofdzakelijk werkervaringen als arbeider in het normaal economisch circuit. Een aanzienlijke groep, namelijk één op drie arbeidszorgmedewerkers, heeft nooit gewerkt of nooit langer dan 6 maanden bij dezelfde werkgever gewerkt.

4 Zorg voor arbeidszorgmedewerkers

In de volgende paragraaf gaan we dieper in op de zorg die de arbeidszorgmedewerker behoeft. Eerst wordt nagegaan op welke zorgdiensten, naast arbeidszorg, de arbeidszorgmedewerkers een beroep doen. Daarna bekijken we hoe de arbeidszorgmedewerkers scoren qua zelfredzaamheid. Tenslotte komt de persoonlijke problematiek van arbeidszorgmedewerkers aan bod.

4.1 Aantal zorgdiensten waarop de arbeidszorgmedewerker beroep doet

Tabel 42 geeft weer dat slechts een minderheid van 16,7 % geen beroep doet op een zorgdienst (andere dan arbeidszorg). Het grootste deel van de arbeidszorgmedewerkers wordt ondersteund door minimum één externe zorgdienst.

Tabel 42: Aantal zorgdiensten waarop de arbeidszorgmedewerkers op het moment van de bevraging een beroep deden.

Aantal zorgdiensten	Aantal	%	Cumulatief %
0	89	16,7	16,7
1	223	41,8	58,4
2	137	25,7	84,1
3	59	11,0	95,1
4	22	4,1	99,3
5	3	0,6	99,8
6	1	0,2	100
Totaal	534	100	

Tweederde van de arbeidszorgmedewerkers doet beroep op 1 of 2 zorgdiensten. Het grootste aantal zorgdiensten waarop een beroep wordt gedaan is zes.

4.2 Aantal zorgdiensten per sector

Tabel 43 geeft per sector het gemiddeld aantal zorgdiensten weer waarop de arbeidszorgmedewerkers een beroep doen.

In het Algemeen Welzijnswerk wordt gemiddeld op meer zorgdiensten beroep gedaan dan in de andere sectoren. Het gaat wel om een kleine groep respondenten in deze sector.

De arbeidszorgmedewerkers uit de Gehandicaptensector, maken gemiddeld van het minst aantal zorgdiensten gebruik. Waarschijnlijk krijgen zij een uitgebreide zorgomkadering aangeboden binnen de moederorganisatie van de arbeidszorginitiatieven in deze sector.

Tabel 43: Gemiddeld aantal zorgdiensten waarop de arbeidszorgmedewerkers beroep doen per sector.

Sector	Gemiddeld # zorgdiensten	N
GGZ	1.5	244
HAN	1.1	81
STW	1.4	182
AWW	2.1	27
Totaal	1.5	534

4.3 Type zorgdiensten per sector

Over de sectoren heen wordt vooral op volgende zorgdiensten een beroep gedaan: een psychiater (26 %), OCMW budgetbeheer (13,7 %) en een initiatief voor beschut wonen (11,8 %).

In de sector van de **Geestelijke Gezondheidszorg** wordt er door de arbeidszorgmedewerkers vooral beroep gedaan op een psychiater (42,2 %), beschut wonen (23,4 %), andere niet gedefinieerde diensten uit de zorgsector (16,4 %).

In de **Gehandicaptensector** wordt vooral een beroep gedaan op een dagcentrum (44,4 %), andere diensten uit de zorgsector (11,1 %), en een OCMW voor financiële hulp en budgetbeheer (11,1 %).

In de sector van de **Sociale Tewerkstelling** doen de arbeidszorgmedewerkers vooral beroep op diensten van het OCMW: budgetbeheer (16,5 %), financiële hulp (14,8 %), andere niet nader omschreven hulp (14,8 %) en op een psychiater (14,3 %)

Ook in de sector van het **Algemeen Welzijnswerk** wordt vooral beroep gedaan op hulp van het OCMW: budgetbeheer (33,3 %) en financiële hulp (29,6 %) en daarnaast op diensten van het CAW (25,9 %).

Tabel 44: Top 3 van de meest gebruikte zorgdiensten per sector³¹

GGZ	%	HAN	%	STW	%	AWW	%
Psychiater	42,2	Dagcentrum	44,4	OCMW budgetbeheer	16,5	OCMW budgetbeheer	33,3
Beschut wonen	23,4	Andere zorgsector	11,1	OCMW financiële hulp	14,8	OCMW financiële hulp	29,6
Andere zorgsector	16,4	OCMW budgetbeheer	11,1	OCMW andere	14,8	CAW	25,9

4.4 Zelfredzaamheid

Aan de hand van taken op negen categorieën (die ook bevraagd worden bij de toekenning van een tegemoetkoming voor mindervaliden) werd de zelfredzaamheid van de arbeidszorgmedewerkers bevraagd. Voor elke categorie werd aan de begeleiders gevraagd om in te schatten of de arbeidszorgmedewerker de overeenkomstige taak wel of niet zelfstandig kan uitvoeren. De categorieën zijn: (1) Zelfstandig wonen, (2) Dagelijks gezond eten, (3) boodschappen doen, (4)

³¹ De volledige tabellen per sector vindt u in bijlage III

de woonplaats proper houden, (5) persoonlijke hygiëne, (6) geld beheren, (7) zelfstandig verplaatsen met eigen of openbaar vervoer, (8) persoonlijke administratie, en (9) sociale omgang en sociale contacten.

Men moet bij de interpretatie van deze gegevens rekening houden met het feit dat de verschillende respondenten naar eigen oordeel de zelfredzaamheid van de arbeidszorgmedewerkers hebben ingeschat. De cijfers hebben voornamelijk een indicatieve waarde.

Tabel 45: Aantal zorggebieden waarbij de arbeidszorgmedewerkers hulp nodig hebben

Aantal zorggebieden	Aantal	%	Cumulatief %
0	56	10,5	10,5
1	40	7,5	18,0
2	69	12,9	30,9
3	71	13,3	44,2
4	58	10,9	55,1
5	50	9,4	64,4
6	42	7,9	72,3
7	44	8,2	80,5
8	37	6,9	87,5
9	67	12,5	100
Totaal	534	100	

Tabel 45 geeft weer voor hoeveel van de 9 levensdomeinen³², die bevroegd werden, de arbeidszorgmedewerker hulp nodig heeft.

³² De levensdomeinen zijn: (1) zelfstandig wonen, (2) dagelijks gezond eten, (3) boodschappen doen, (4) woonplaats proper houden, (5) persoonlijke hygiëne, (6) geld beheren, (7) zelfstandig verplaatsen, (8) persoonlijke administratie, (9) sociale contacten leggen en communiceren met anderen. Dit zijn dezelfde domeinen die bevroegd worden voor de toekenning van een tegemoetkoming voor mindervaliden.

We zien dat 10,5 % van de arbeidszorgmedewerkers alle 9 taken zelfstandig kan uitoefenen. Aan het andere uiterste zien we dat 12,5 % van de arbeidszorgmedewerkers hulp nodig heeft op alle 9 levensdomeinen. Deze groep van 67 arbeidszorgmedewerkers scoort dus laag wat zelfredzaamheid betreft. Eén op vier arbeidszorgmedewerkers heeft hulp nodig bij 2 tot 3 van deze zorgtaken.

Tabel 46 toont dat de arbeidszorgmedewerkers vooral hulp nodig hebben bij de volgende zorggebieden: persoonlijke administratie, geld beheren, zelfstandig wonen en dagelijks gezond eten. Bij deze 4 zorggebieden heeft telkens meer dan de helft van de arbeidszorgmedewerkers hulp nodig.

Tabel 46: Overzicht van de verschillende zorggebieden

zorggebied	Zelfstandig %	Hulp nodig %
Zelfstandig wonen	<u>41,2</u>	58,8
Dagelijks gezond eten	<u>49,3</u>	50,7
Boodschappen doen	65,4	34,6
Woonplaats proper houden	53,9	46,1
Persoonlijke hygiëne	74,3	25,7
Geld beheren	<u>27,9</u>	72,1
Zelfstandig verplaatsen	76,1	23,9
Persoonlijke administratie	<u>20,2</u>	79,8
Sociale contacten leggen en communiceren	56,2	43,8

In Tabel 47 bekijken we de zelfredzaamheid (dus hoeveel taken de arbeidszorgmedewerker gemiddeld zelfstandig kan uitvoeren) per sector.

Tabel 47: Gemiddeld aantal zorgtaken dat de arbeidszorgmedewerkers zelfstandig kunnen uitvoeren per sector

Sector Algemeen	Gemiddeld	N	Standaard – afwijking
GGZ	4.5	244	2.62
HAN	<u>3.2</u>	81	2.82
STW	5.3	182	3.03
AWW	<u>6.4</u>	27	2.09
Totaal	4.6	534	2.87

We zien dus dat de zelfredzaamheid het kleinst is in de Gehandicaptensector en het grootst in de sector van het Algemeen Welzijnswerk. In de Gehandicaptensector kunnen de arbeidszorgmedewerkers gemiddeld 3 van de 9 taken zelfstandig uitvoeren.

In de sector van het Algemeen Welzijnswerk kunnen de arbeidszorgmedewerkers gemiddeld 6 van de 9 taken zelfstandig uitvoeren.

4.5 Persoonlijke problematiek van de arbeidszorgmedewerkers.

In dit deel bekijken we allereerst de belangrijkste persoonlijke problematiek (hoofdproblematiek) van de arbeidszorgmedewerkers. Vervolgens gaan we dieper in op de combinatie van problematieken op verschillende levensdomeinen die eigen zijn aan een groot deel van de doelgroep.

4.5.1 Persoonlijke problematiek

Tabel 48: Hoofdproblematiek van de arbeidszorgmedewerkers

Hoofdproblematiek	Aantal	%
psychiatrische problematiek	229	43,0
mentale handicap	99	18,6
algemene psychosociale problematiek	48	9,0
verslavingsproblematiek	44	8,3
lichamelijke handicap	27	5,1
persoon met niet-aangeboren hersenletsel	19	3,6
asielzoeker in ontvankelijkheidsfase	14	2,6
langdurig werkloos zonder bijkomende problematiek	12	2,3
kansarmoede	10	1,9
verplicht in nazorg na gedwongen opname	7	1,3
ex-gedetineerd	6	1,1
voorwaardelijk in vrijheid gesteld	4	0,8
thuisloos	2	0,4
andere problematiek	11	2,1
Totaal	532	100
Missing	2	
Totaal	534	

Volgens de arbeidszorgbegeleiders is de belangrijkste persoonlijke problematiek voor 43 % van de arbeidszorgmedewerkers een psychiatrische problematiek. Verder heeft 18,5 % van deze arbeidszorgmedewerkers een mentale handicap, 9 % heeft een algemene psychosociale problematiek en 8,3 % een verslavingsproblematiek (alcohol of drugs) als overheersende persoonlijke problematiek.

4.5.2 Hoofdproblematiek per sector

In de **Geestelijke Gezondheidszorg** heeft 68 % van de arbeidzorgmedewerkers een psychiatrische problematiek, 10,7 % kampt met een verslavingsproblematiek en 8,2 % heeft een algemene psychosociale problematiek.

In de **Gehandicaptensector** heeft meer dan de helft van de arbeidzorgmedewerkers (50,6 %) een mentale handicap, 17,3 % heeft een niet-aangeboren hersenletsel en 9,9 % een lichamelijke handicap.

In de sector van de **Sociale Tewerkstelling** zien we opnieuw dat de groep arbeidzorgmedewerkers met een psychiatrische problematiek erg groot is (30,2 %). Bijna een kwart (23,6 %) van de arbeidzorgmedewerkers heeft een mentale handicap, 7,7 % een algemene psychosociale problematiek en 7,1 % een verslavings-problematiek.

In het arbeidzorginitiatief uit het **Algemeen Welzijnwerk** heeft éénderde een algemene psychosociale problematiek, 14,8 % wordt omschreven als personen in de kansarmoede en een zelfde percentage heeft een verslavingsproblematiek.

Tabel 49: Top 3 van de hoofdproblematieken van de arbeidzorgmedewerkers per sector³³

GGZ	%	HAN	%	STW	%	AWW	%
Psychiatrische problematiek	68	Mentale handicap	50,6	Psychiatrische problematiek	30,2	Alg psychosociale problematiek	33
Verslavings problematiek	10,7	Niet-aangeboren hersenletsel	17,3	Mentale handicap	23,6	Kansarmoede	14,8
Alg. psychosociale problematiek	8,2	Lichamelijke handicap	9,9	Alg; psychosociale problematiek	7,7	Verslavings problematiek	14,8

³³ De volledige tabellen per sector vindt u in bijlage IV

4.5.3 Gecombineerde problematieken

Ongeveer 60 % van de arbeidszorgmedewerkers heeft een gecombineerde problematiek. Tabel 50 geeft een overzicht van de combinaties met de voornaamste hoofdproblematieken.

Zo zien we bijvoorbeeld dat een kwart van de arbeidszorgmedewerkers met een mentale handicap als hoofdproblematiek ook een psychiatrische problematiek heeft als bijkomend problematiek. En eenderde van de arbeidszorgmedewerkers met een lichamelijke handicap en een kwart van de arbeidszorgmedewerkers met een psychiatrische problematiek, heeft daarenboven een algemene psychosociale problematiek.

Samengevat kunnen we stellen dat de voornaamste combinaties van problematieken gevormd worden door de 5 belangrijkste hoofdproblematieken. De voornaamste bijkomende problematieken zijn: een psychiatrische problematiek, een mentale handicap, een algemene psychosociale problematiek, een lichamelijke handicap en een verslavingsproblematiek.

Tabel 50: De 6 belangrijkste hoofdproblematieken en hun voornaamste gecombineerde problematieken

Psychiatrische problematiek (N = 229)	Mentale Handicap (N = 99)	Alg psych soc problematiek (N = 48)	Verslavings problematiek (N = 44)	Lichamelijke handicap (N = 27)	Niet-aangeboren hersenletsel (N = 19)
Alg psycho - sociale problematiek (24,0 %)	Psychiatrische problematiek (26,3 %)	Psychiatrische problematiek (22,9 %)	Psychiatrische problematiek (45,5 %)	Algemene psychosociale problematiek (33,3 %)	Lichamelijke handicap (47,4 %)
Mentale handicap (11,8 %)	Alg psychosociale problematiek (15,2 %)	Verslavingsproblematiek (12,5 %)	Algemene psychosociale problematiek (13,6 %)	Mentale handicap (18,5 %)	Alg psycho - sociale problematiek (15,8 %)
Verslavingsproblematiek (8,3 %)	Lichamelijke handicap (12,1 %)	Mentale handicap (10,4 %)	Kansarmoede (6,8 %)	Psychiatrische problematiek (14,8 %)	Mentale handicap (10,5 %)
Lichamelijke handicap (4,4 %)	Kansarmoede (2 %)	Kansarmoede (8,3 %)	Lichamelijke handicap (2,3 %)	Langdurig werkloos (3,7 %)	Verslavingsproblematiek (10,5 %)
Ex-gedetineerd (1,7 %)	Langdurig werkloos (2 %)	Lichamelijke handicap (8,3 %)	Ex-gedetineerd (2,3 %)		
Geen bijkomende problematiek (45,4 %)	Geen bijkomende problematiek (41,4 %)	Geen bijkomende problematiek (29,2 %)	Geen bijkomende problematiek (25 %)	Geen bijkomende problematiek (29,6 %)	Geen bijkomende problematiek (15,8 %)

Ook toont bovenstaand overzicht dat bij een aantal arbeidszorgmedewerkers de hoofdproblematiek de enige problematiek is. Bijvoorbeeld: bijna de helft van de arbeidszorgmedewerkers met een psychiatrische problematiek heeft geen bijkomende problematiek.

4.6 Besluit zorg

Slechts een minderheid van de arbeidszorgmedewerkers doet geen beroep op een externe begeleidende dienst naast arbeidszorg. Tweederde van de arbeidszorgmedewerkers doen een beroep op 1 à 2 zorgdiensten, behalve arbeidszorg.

Op welke zorgdiensten een beroep wordt gedaan is erg sectorafhankelijk. In de Geestelijke Gezondheidszorg wordt vooral een beroep gedaan op psychiaters en beschut wonen. De arbeidszorgmedewerkers uit de Gehandicaptensector, gaan vaak ook naar een dagcentrum.

De diensten van het OCMW zoals budgetbeheer en financiële hulp worden vooral gebruikt door de arbeidszorgmedewerkers in de sector van de Sociale Tewerkstelling en in het Algemeen Welzijnswerk.

Aan de hand van negen zorggebieden werd de zelfredzaamheid van de arbeidszorgmedewerkers gemeten. Gemiddeld hebben de arbeidszorgmedewerkers hulp nodig bij 4 tot 5 van deze 9 zorgtaken. Slechts een minderheid van 10 % kan alle zorgtaken zelfstandig uitvoeren.

Eén op acht arbeidszorgmedewerkers heeft zelfs hulp nodig bij alle negen zorgtaken. Vooral in de Gehandicaptensector is de zelfredzaamheid van de arbeidszorgmedewerkers erg laag.

De arbeidszorgmedewerkers hebben vooral hulp nodig bij de volgende zorggebieden: persoonlijke administratie, geld beheren, zelfstandig wonen en dagelijks gezond eten.

Een psychiatrische problematiek en een mentale handicap zijn de belangrijkste problemen waarmee de arbeidszorgmedewerkers kampen. In de sector van het Algemeen Welzijnswerk en de Geestelijke Gezondheidszorg komt een verslavingsproblematiek ook vrij vaak voor. Een algemene psychosociale problematiek staat in alle sectoren, behalve de Gehandicaptensector, in de top 3 van de meest voorkomende hoofdproblematieken. Ongeveer 60 % van de arbeidszorgmedewerkers heeft een gecombineerde problematiek.

5 Toeleiding arbeidszorgmedewerkers

5.1 Voornaamste toeleidende instanties

In deze paragraaf bekijken we wie de voornaamste toeleiders zijn voor de arbeidszorginitiatieven.

Tabel 51: Voornaamste toeleiders van de arbeidszorgmedewerkers

Toeleiders	Aantal	%	Cumulatief %
beschermd / beschut wonen	88	16,6	16,6
GGZ - residentieel	71	13,4	29,9
OCMW	49	9,2	50,8
revalidatiecentrum	49	9,2	60,1
eigen beweging of familieleden	41	7,7	67,8
GGZ - ambulans	36	6,8	74,6
ATB	32	6,0	80,6
VDAB	16	3,0	83,6
ander arbeidszorginitiatief	14	2,6	86,3
eigen netwerk	13	2,4	88,7
tehuizen voor werkenden	10	1,9	90,6
begeleid wonen	9	1,7	92,3
GGZ - semi-residentieel	8	1,5	93,8
huisarts	6	1,1	94,9
netwerk AWW	6	1,1	96,0
PSAZ	5	0,9	97,0
werkwinkel	4	0,8	97,7
sociale werkplaats	4	0,8	98,5
psychiater	4	0,8	99,2
beschutte werkplaats	2	0,4	99,6
derden op lokaal niveau	2	0,4	100
andere kanalen	62	11,7	
Totaal	531	100	
missing	3		
Totaal	534		

Op de eerste plaats vinden we beschermd en beschut wonen³⁴ als voornaamste toeleiders (16,6 %), gevolgd door residentiele voorzieningen uit de Geestelijke Gezondheidszorg met 13,4 % (psychiatrisch ziekenhuis).

Een derde belangrijke toeleiding gebeurt via OCMW en het revalidatiecentrum (9,2 %). Als we de VDAB en ATB samen nemen, zien we dat deze diensten goed zijn voor 9 % van de toeleiding naar de arbeidszorginitiatieven. En 7,7 % van de arbeidszorgmedewerkers komt op eigen initiatief of op initiatief van familieleden.

5.2 Toeleiders per sector

In de **Geestelijke Gezondheidszorg** wordt 32,8 % toegeleid door beschermd of beschut wonen, 19,3 % door residentiele voorzieningen uit de Geestelijke Gezondheidszorg, 15,6 % door een psychiatrisch revalidatiecentrum en 11,1 % door ambulante voorzieningen uit de Geestelijke Gezondheidszorg. De toeleiders in deze sector zijn typisch sectorgebonden.

In de **Gehandicaptensector** komt 23,8 % van de arbeidszorgmedewerkers uit eigen beweging of op initiatief van familieleden. Verder wordt 14,8 % toegeleid via het OCMW en 13,6% via niet verder gespecificeerde kanalen.

In de sector van de **Sociale Tewerkstelling** wordt 17,2 % van de arbeidszorgmedewerkers toegeleid via de OCMW's en ATB leidt 13,2 % toe.

In het arbeidszorginitiatief uit het **Algemeen Welzijnswerk** wordt 37 % van de arbeidszorgmedewerkers toegeleid via het eigen netwerk en via het uitgebreidere netwerk van het Algemeen Welzijnswerk. Ook hier komt 14,8 % van de arbeidszorgmedewerkers uit eigen beweging of op initiatief van familieleden.

³⁴ Beschermd wonen en beschut wonen zijn vergelijkbare diensten. Beschut wonen wordt gesitueerd in de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg en Beschermd wonen in de gehandicaptensector. Deze twee woonvormen zijn hier samengenomen omdat beiden ook niet apart in de vragenlijst vernoemd werden. Uit de praktijk weten we echter dat het hier vooral om Beschut Wonen gaat. Deze opmerking geldt voor het hele volgende hoofdstuk.

Tabel 52: Top 3 van de belangrijkste toeleiders van de arbeidszorgmedewerkers per sector³⁵

GGZ	%	HAN	%	STW	%	AWW	%
Beschut wonen	32,8	Eigen beweging / familie	23,8	OCMW	17,2	Eigen netwerk	37
GGZ residentiële voorzieningen	19,3	OCMW	13,6	ATB	13,2	Eigen beweging / familie	14,8
Revalidatiecentrum	15,6	GGZ residentieel	7,5	GGZ residentieel	9,4	VDAB	11,1

³⁵ De volledige tabellen per sector vindt u in bijlage V

5.3 Besluit toeleiding naar arbeidszorg

De arbeidszorgmedewerkers worden vanuit verschillende kanalen toegeleid. De voornaamste zijn: beschermd en beschut wonen, residentiële voorzieningen uit de Geestelijke Gezondheidszorg, OCMW, revalidatiecentra of uit eigen beweging of op initiatief van familieleden.

Welke toeleiders een rol spelen, is erg sectorgebonden. In de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg gebeurt de toeleiding vooral door beschut en beschermd wonen en door residentiële voorzieningen uit de Geestelijke Gezondheidszorg.

In de Gehandicaptensector komen de arbeidszorgmedewerkers veelal op eigen initiatief of door familieleden in het arbeidszorginitiatief terecht. Ook het OCMW leidt hier redelijk wat mensen toe.

In de sector van de Sociale Tewerkstelling nemen OCMW en ATB een belangrijk deel van de toeleiding op zich.

In het initiatief uit het Algemeen Welzijnswerk, is vooral het eigen netwerk en het meer uitgebreide netwerk van het Algemeen Welzijnswerk belangrijk in de toeleiding.

6 Arbeidsmatige activiteiten

In dit deel bekijken we de arbeidsmatige activiteiten die de arbeidszorgmedewerkers in het arbeidszorginitiatief verrichten. Eerst wordt nagegaan welke arbeidsmatige activiteiten het populairst zijn in de arbeidszorginitiatieven. Vervolgens kijken we hoeveel uren arbeidsmatige activiteiten de ‘gemiddelde’ arbeidszorgmedewerker per week presteert en hoeveel voltijds equivalenten (VTE’s) er in elke sector aan arbeidszorg doen. We gaan ook na hoeveel arbeidszorgmedewerkers een vergoeding ontvangen ter compensatie van de geleverde arbeid.

6.1 Soort arbeidsmatige activiteiten

Er werd gevraagd om de drie voornaamste arbeidsmatige activiteiten van de arbeidszorgmedewerkers te rangschikken in volgorde van belangrijkheid. In dit deel behandelen we enkel de voornaamste arbeidsmatige activiteiten.

Tabel 53: Belangrijkste arbeidsmatige activiteiten van de arbeidszorgmedewerkers

Arbeidsmatige activiteiten	Aantal	%
verpakking, plooi en sorteerwerk	168	31,5
licht montagewerk	94	17,6
andere kringloopactiviteiten	40	7,5
groendienst	31	5,8
koken	24	4,5
mailings	24	4,5
land- en tuinbouw	21	3,9
fietsherstelling en assemblage	14	2,6
karweiendienst	11	2,1
poetswerk	9	1,7
verwerking van groenten	8	1,5
sociaal restaurant / cafetaria	8	1,5
bakkerij	7	1,3
reclamebezorging	7	1,3
dierenverzorging	7	1,3
administratie/klasseerwerk	6	1,1
papierophaal	5	0,9
strijken en wassen	4	0,7
ophaaldienst kringloop	3	0,6
crea: verkoopbare producten	3	0,6
textielbewerking	2	0,4
verfwerken	2	0,4
zwerfvuilomhaling	1	0,2
ICT	1	0,2
andere activiteiten	34	6,4
Totaal	534	100

In Tabel 53 zien we dat in bijna éénderde van de arbeidszorginitiatieven verpakkings-, plooi- en sorteerwerk de voornaamste activiteit van de arbeidszorgmedewerkers is. Licht montagewerk komt met 17,6 % op de tweede plaats en (andere) kringloopactiviteiten zijn goed voor 7,5 % van de hoofdactiviteiten van de arbeidszorgmedewerkers.

6.2 Arbeidsmatige activiteiten per sector

In de sector van de **Geestelijke Gezondheidszorg** komt verpakkings-, plooi- en sorteerwerk eveneens op de eerste plaats met 58,6 %. Licht montagewerk staat hier ook op de tweede plaats met 15,6 %. Mailings zijn goed voor 9,8 % van de hoofdactiviteiten van de arbeidszorgmedewerkers. In deze sector is de differentiering kleiner dan in de andere sectoren. Het licht industrieel werk neemt hier een veel groter aandeel in dan in de andere sectoren. Dit is te wijten aan de beperkte financiële middelen in deze sector en ook aan de doelgroep. Beperkte middelen maken het moeilijk om een uitgebreid activiteitenaanbod te voorzien. En de zwakke doelgroep in deze sector vraagt ook om stabiliteit en eenvoudig industrieel werk.

In de **Gehandicaptensector** is de differentiering blijkbaar iets groter. De voornaamste activiteiten daar zijn: groendienst (19,8 %), koken (13,6 %), verwerking van groenten (8,6 %), andere kringloopactiviteiten (8,6 %), bakkerij (6,2 %), licht montagewerk (4,9 %)

In de sector van de **Sociale Tewerkstelling** zijn de voornaamste activiteiten: licht montagewerk (27,5 %), andere kringloopactiviteiten (17,6 %), verpakkings, plooi en sorteerwerk (12,1 %).

In het **Algemeen Welzijnswerk** zijn de voornaamste activiteiten van de arbeidszorgmedewerkers: sociaal restaurant/cafetaria (22,2 %), karweiendienst (18,5 %).

Tabel 54: Top 3 van de hoofdactiviteiten van de arbeidszorgmedewerkers per sector³⁶

GGZ	%	HAN	%	STW	%	AWW	%
verpakking, plooi en sorteerwerk	58,6	groendienst	19,8	licht montagewerk	27,5	sociaal restaurant/cafetaria	22,2
Licht montagewerk	15,6	koken	13,6	Andere kringloopactiviteiten	17,6	karweiendienst	18,5
Mailings	9,8	Verwerking van groenten	8,6	plooi en sorteerwerk	12,1		

6.3 Uren arbeidsmatige activiteiten per week

De arbeidszorgmedewerkers werken gemiddeld 16 uur en 35 minuten per week.

In de Geestelijke Gezondheidszorg ligt dit gemiddelde lager. Daar werken de arbeidszorgmedewerkers slechts 11 uur en 7 minuten gemiddeld per week. In de sector van het Algemeen Welzijnswerk ligt de arbeidsduur het hoogst met 23 en een half uur per week.

Als we kijken naar het totaal aantal voltijdse equivalenten (VTE), zien we dat deze in de sector van de Sociale Tewerkstelling duidelijk veel hoger ligt dan in de andere sectoren en het laagst in de sector van het Algemeen Welzijnswerk.

Tabel 55: Uren arbeidsmatige activiteiten per week per sector

Sector	Gemiddeld	N	Minimum	Maximum
GGZ	11:07	244	0:00	35:00
HAN	17:57	81	3:00	35:00
STW	22:28	181	0:00	38:00
AWW	23:30	27	10:00	38:00
Totaal	16:35	533	0:00	38:00

³⁶ De volledige tabellen per sector vindt u in bijlage VI

Tabel 56: Aantal VTE per sector vergeleken met het aandeel van die sector in het totaal aantal arbeidszorgmedewerkers

Sector	N	VTE ³⁷	N %	VTE %
GGZ	244	90,20	45,7	30,8
HAN	81	48,60	15,2	16,6
STW	181	135,75	34,1	46,3
AWW	27	21,15	5,1	7,2
Totaal	533	293,15	100	100

Tabel 56 toont dat wat betreft het aantal VTE de sector van de Sociale Tewerkstelling groter is dan de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg, hoewel de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg meer arbeidszorgmedewerkers bevat. Dit komt doordat de arbeidszorgmedewerkers in de sector van de Sociale Tewerkstelling gemiddeld dubbel zo lang werken als de arbeidszorgmedewerkers in de Geestelijke Gezondheidszorgsector.

De sector van de Sociale Tewerkstelling is verantwoordelijk voor bijna de helft van het totale aantal VTE in arbeidszorg in Limburg.

6.4 Vergoeding voor de gepresteerde uren

Tabel 57 toont ons dat 91,2 % van de arbeidszorgmedewerkers een compensatie ontvangt voor de gepresteerde uren.

Dit zien we terug in alle sectoren. In de Gehandicaptensector is het percentage arbeidszorgmedewerkers dat geen compensatie ontvangt het grootst met 21%. In de sector van de Sociale Tewerkstelling krijgen bijna alle arbeidszorgmedewerkers een vergoeding en in de sector van het Algemeen Welzijnswerk zelfs 100 % van de arbeidszorgmedewerkers. Het gaat hier wel slechts om één arbeidszorginitiatief.

³⁷ Het aantal voltijdse equivalenten (VTE) werd berekend door het totaal aantal uren per week (gemiddelde duur per sector x aantal respondenten in die sector) te delen door 30. We hanteren een werkweek van 30 uren omdat dit de norm is in de Sociale Werkplaatsen voor een voltijdse Tewerkstelling in arbeidszorg. En dit is de enige officiële en structurele erkenning arbeidszorg die er momenteel bestaat.

Tabel 57: Overzicht per sector van het aantal arbeidszorgmedewerkers dat een compensatie krijgt voor de gepresteerde uren.

sector	geen compensatie	compensatie	Totaal
GGZ	27 11,1%	217 88,9%	244 100%
HAN	17 21,0%	64 79,0%	81 100%
STW	3 1,7%	178 98,3%	181 100%
AWW	0 0%	27 100%	27 100%
Totaal	47 8,8%	486 91,2%	533 100%

6.5 Soort vergoeding

Uit onderstaande tabel blijkt dat 42,7 % van alle arbeidszorgmedewerkers een financiële uurvergoeding (van 1 euro) krijgt en 3,4 % een financiële dagvergoeding. Bijna de helft van de arbeidszorgmedewerkers krijgt een compensatie in natura. Het gaat hier dan om tussenkomsten in uitstappen, een warme maaltijd, ...

Verder krijgt ook 10,5 % van de arbeidszorgmedewerkers een woon-werkvergoeding.

Ook zijn er arbeidszorgmedewerkers die een combinatie van verschillende vergoedingen ontvangen. Dit is het geval voor 73 arbeidszorgmedewerkers (14,2 %).

Tabel 58: Soort vergoeding dat de arbeidszorgmedewerkers ontvangen

Uurvergoeding Financiële Compensatie	Dagvergoeding Financiële Compensatie	Woon-Werk Vergoeding	Compensatie In Natura
42,7 %	3,4 %	10,5 %	49,6 %

6.6 Besluit arbeidsmatige activiteiten

In alle sectoren wordt een veelheid aan activiteiten aan de arbeidszorgmedewerkers aangeboden. Toch zijn vooral verpakkingen -, plooi en sorteerwerk en licht montagewerk de hoofdactiviteiten van de arbeidszorgmedewerkers. Dit laatste is vooral het geval in de sector van de Geestelijke gezondheidszorg en is te wijten aan een gebrek aan middelen en een zwakke doelgroep.

arbeidszorgmedewerkers werken gemiddeld ongeveer 16 uur per week. Deze gemiddelde werkduur is erg sectorafhankelijk en is het laagst in de Geestelijke Gezondheidszorg (11u) en het hoogst in het Algemeen Welzijnswerk (23u).

Wat betreft het aantal voltijdse equivalenten (VTE) is de sector van de Sociale Tewerkstelling de grootste. In het eerste hoofdstuk zagen we dat deze sector het kleinst aantal arbeidszorgmedewerkers per arbeidszorginitiatief telt. Hier vinden we de verklaring daarvoor: de arbeidszorgmedewerkers in deze sector werken meer uren per week. Er kan dus ook maar een kleiner aantal begeleid worden per arbeidszorginitiatief.

Dit is één van de voorbeelden van groeimogelijkheden binnen arbeidszorg. Zoals in het kwalitatieve onderzoeksluik ook aangetoond wordt, is er bij arbeidszorg in de Sociale Werkplaatsen een meer arbeidsmatige setting en liggen de verwachtingen, naar de arbeidszorgmedewerkers toe, hoger dan in de andere sectoren.

Het is dus mogelijk dat iemand in bvb de Geestelijke Gezondheidszorg aan arbeidszorg doet en later 'doorstroomt' naar arbeidszorg in een Sociale Werkplaats, waar hij meer uren per week werkt.

Meer dan 90 % van de arbeidszorgmedewerkers ontvangt een vergoeding voor de gepresteerde uren. In ongeveer 45 % van de gevallen gaat het om een financiële vergoeding van 1 euro per uur. Ongeveer de helft van de arbeidszorgmedewerkers krijgt een vergoeding in natura.

7 Arbeidszorgmedewerkers met een erkenning arbeidszorg.

In dit laatste deel gaan we dieper in op de erkenning van de arbeidszorgmedewerkers. Het is belangrijk om hier een onderscheid te maken tussen een officiële erkenning en een financiering.

De enige officiële erkenningsmogelijkheid voor arbeidszorgmedewerkers is: arbeidszorg in de Sociale Werkplaats, waarvoor de arbeidszorgmedewerkers een 'ticket' ontvangen van ATB. De Vlaams Fonds erkenning Begeleid Werken is ook een officiële erkenning, maar gaat eigenlijk om een erkenning Dagcentrum. Het dagcentrum kan dan autonoom beslissen of de betrokken persoon in aanmerking komt voor begeleid werken.

Aan deze officiële erkenning, is ook een financiering van de begeleiders van deze arbeidszorgmedewerkers gekoppeld.

Al de andere mogelijkheden zijn eigenlijk een vorm van loutere financiering van de begeleiders. De meeste financieringen gebeuren door OCMW's.

De erkenningen van het OCMW omvatten eigenlijk een jaarlijks herzienbare financiering vanuit verschillende OCMW's voor arbeidszorgmedewerkers, die zij doorverwijzen naar de arbeidszorginitiatieven. Het gaat hier in principe dus om een tijdelijke financiering.

Het Pilotproject is eveneens een tijdelijk project, waarbij voorzien wordt in de omkadering van één personeelslid, dat zich met de uitbouw van arbeidszorg bezig houdt.

Tabel 59: Erkenning en financiering van de arbeidszorgmedewerkers

Erkenning	Aantal	%
Pilootproject AZ Limburg	330	62,4
AZ in SWP	69	14,0
Vlaams Fonds begeleid werk	35	7,1
OCMW financiering	58	6,7
Totaal	492	100
Missing	42	
Totaal	534	

Het eerste dat opvalt is dat voor 42 arbeidszorgmedewerkers (7,9 %) deze vraag niet was ingevuld. Het is dus mogelijk dat er voor hen geen vorm van erkenning of financiering is.

Een tweede opvallend gegeven is dat meer dan 60 % van alle arbeidszorgmedewerkers begeleid worden in het pilootproject. Verder is er 19,5 % van de arbeidszorgmedewerkers met een officiële erkenning arbeidszorg in de Sociale Werkplaats of Vlaams Fonds Begeleid Werk. De verschillende OCMW's samen financieren (tijdelijk) de begeleiding voor 10,8 % van de arbeidszorgmedewerkers.

Pilootproject als vangnet

Voor meer dan 60 % van de arbeidszorgmedewerkers is er enkel een financiering in het kader van het (tijdelijke) Pilootproject. En voor bijna 20 % van de arbeidszorgmedewerkers is er een financiering van de begeleiders die door OCMW's gebeurt. Deze 80 % arbeidszorgmedewerkers hebben geen juridische of structurele erkenning, die hen garandeert dat zij in arbeidszorg kunnen blijven zolang dit nodig is.

De enige vormen van structurele erkenning zijn: arbeidszorg in de Sociale Werkplaats en begeleid werken (Vlaams Fonds)

Slechts ongeveer 1 op 5 arbeidszorgmedewerkers heeft een structurele juridische erkenning en heeft dus zekerheid dat hij in arbeidszorg kan blijven.

V

VI Algemeen Besluit

Het kwantitatieve onderzoeksluik gebeurde in twee stappen. In 2004 was er een eerste bevraging van de arbeidszorgmedewerkers en een jaar later in 2005 een tweede bevraging. Deze manier van werken gaf ons een beeld van de instroom en de uitstroom gedurende dat jaar.

De resultaten van de bevraging in 2004 zijn gepubliceerd in ‘profiel van de Limburgse arbeidszorgmedewerkers’ een tussentijds rapport door F. De Meyst in december 2004. In dit hoofdstuk geven we niet enkel een besluit bij de bevraging van 2005, waarvan u in dit rapport de resultaten vindt, maar ook gaan we even dieper in op de verschillen tussen beide bevragingsmomenten.

Algemeen zijn er weinig veranderingen in het profiel van de Limburgse arbeidszorgmedewerkers waargenomen gedurende dat jaar. De doelgroep arbeidszorg is een vrij stabiele groep. Toch merken we dat de ingestroomde arbeidszorgmedewerkers kleine verschuivingen teweeggebracht hebben. De ingestroomde arbeidszorgmedewerkers zijn een iets jongere groep. Bovendien situeert de instroom zich vooral in de sector van de Sociale Tewerkstelling. Zoals blijkt uit zowel dit rapport als uit het kwalitatief onderzoek, heeft de sector van de Sociale Tewerkstelling een meer arbeidsmatige setting en zijn de arbeidszorgmedewerkers in deze sector ook van een iets ‘hoger niveau’ op het vlak van arbeidsattitudes en –vaardigheden en zijn ze jonger dan de gemiddelde arbeidszorgmedewerker.

De combinatie van een jongere instroom en de groei van de sector van de Sociale Tewerkstelling tussen de beide bevragingsmomenten, resulteert in enkele verschuivingen binnen het profiel van de Limburgse arbeidszorgmedewerkers.

Vier sectoren

In Limburg zijn er op het moment van deze bevraging 534 arbeidszorgmedewerkers, die in 31 verschillende arbeidszorginitiatieven begeleid worden.

Deze arbeidszorginitiatieven zijn verdeeld over 4 sectoren: Geestelijke Gezondheidszorg, Gehandicaptensector, Sociale Tewerkstelling en Algemeen Welzijnswerk. Wat betreft het aantal

arbeidszorgmedewerkers is de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg de belangrijkste. De sector van de Sociale Tewerkstelling is de grootste wat betreft het aantal arbeidszorginitiatieven en komt op de tweede plaats wat betreft het aantal arbeidszorgmedewerkers.

In 2005 is er één arbeidszorginitiatief extra opgenomen in het onderzoek ten opzichte van 2004 omdat dit initiatief pas in 2005 lid geworden is van het Provinciaal Steunpunt arbeidszorg. Dit arbeidszorginitiatief heeft 4 arbeidszorgmedewerkers en behoort tot de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg.

Tabel 60 toont aan dat de arbeidszorgpopulatie in alle sectoren is gegroeid.

Bij de eerste bevraging in 2004 waren er 425 arbeidszorgmedewerkers in de arbeidszorginitiatieven. Bij de tweede bevraging in 2005 waren dit er 534. Dat betekent dus dat er in het afgelopen jaar een toename was van het aantal arbeidszorgmedewerkers met 25,6 %.

Tabel 60: Toename van het aantal arbeidszorgmedewerkers 2004 – 2005 per sector

Sector ³⁸	2004	2005	Groei absoluut	Groei % van sector
GGZ	211	244	+ 33	+15,1 %
HAN	71	81	+ 10	+14,1 %
STW	124	182	+ 58	+48,0 %
AWW	19	27	+ 8	+42,1 %
Totaal	425	534	109	+25,6 %

Tabel 61 Toont deze groei in absolute cijfers per sector. Aan de hand van de instroom en de uitstroom wordt de groei hier weergegeven. In al de sectoren is de instroom groter dan de uitstroom. Deze in - en uitstroom worden in de volgende hoofdstukken uitgebreid besproken.

³⁸ GGZ = Geestelijke Gezondheidszorg, HAN = gehandicapten, STW = Sociale Tewerkstelling, AWW = Algemeen Welzijnswerk.

Tabel 61: Blijvers, instroom, uitstroom en groei in absolute cijfers

Sector	Blijvers	Instroom	Uitstroom	Groei³⁹	% van totale groei
GGZ	145	99	66	33	29,36
HAN	55	26	16	10	9,17
STW	87	95	37	58	54,13
AWW	15	12	4	8	7,34
Totaal	302	232	123	109	100

In al de sectoren vinden we een toename van het aantal arbeidszorgmedewerkers terug.

Deze groei is het sterkst in de sector van de **Sociale Tewerkstelling**, waar het aantal arbeidszorgmedewerkers in het afgelopen jaar met bijna 50 % toegenomen is. In deze sector vinden we ook de grootste absolute toename terug: 58 arbeidszorgmedewerkers zijn er in deze sector bijgekomen. De sector van de Sociale Tewerkstelling is bovendien verantwoordelijk voor meer dan de helft van de totale groei van de arbeidszorgpopulatie.

De sector van de **Geestelijke Gezondheidszorg** heeft ook een belangrijk aandeel (ongeveer 30 %) in de toename van de arbeidszorgpopulatie. In absolute cijfers kunnen we spreken van een matige groei in vergelijking met de andere sectoren: meer dan in de sector van het Algemeen Welzijnswerk en dan de Gehandicaptensector, maar minder dan in de sector van de Sociale Tewerkstelling. De procentuele groei binnen deze sector is ook aan de lagere kant (15 %).

De **Gehandicaptensector** heeft de kleinste procentuele groei, de tweedelaagste absolute groei en is verantwoordelijk voor bijna 10 % van de totale groei.

De sector van het **Algemeen Welzijnswerk** heeft de tweede grootste procentuele groei (42 %), maar in absolute cijfers is de groei in deze sector het kleinst. Deze sector heeft ook het kleinste aandeel in de totale groei van de arbeidszorgpopulatie.

³⁹ Groei = instroom - uitstroom

Socio-demografisch profiel

Het socio-demografisch profiel van de arbeidszorgmedewerkers ziet er als volgt uit:

De arbeidszorgmedewerkers zijn vooral mannen van middelbare leeftijd. Zij zijn vaak ongehuwd, wonen alleen in een eigen huis of huurhuis en hebben geen kinderen. In de Gehandicaptensector wonen zij ook vaak in bij familieleden.

Het merendeel van de arbeidszorgmedewerkers heeft een laag opleidingsniveau. Hun voornaamste bron van inkomsten is een invaliditeitsuitkering of een werkloosheidsuitkering.

Zoals in Tabel 61 te zien is, is er in elke sector een redelijk grote in- en uitstroom tussen de twee bevestigingsmomenten geweest. Ondanks dit grote verloop binnen de arbeidszorginitiatieven, zijn er vrij weinig verschillen waar te nemen in het profiel van de Limburgse arbeidszorgmedewerkers.

Toch heeft een jongere instroom gezorgd voor enkele lichte verschuivingen binnen het profiel van de arbeidszorgmedewerkers.

Er is een lichte daling (van ongeveer één jaar) waar te nemen in de gemiddelde leeftijd van de arbeidszorgmedewerkers tussen de twee bevestigingsmomenten.

Deze lichte daling in de gemiddelde leeftijd is wellicht te wijten aan de vrij jonge instroom

Ondanks een toename in alle sectoren van het aantal arbeidszorgmedewerkers, stijgt het aandeel van de vrouwen niet. Integendeel, hun aandeel daalt nog licht (met 1,2 %).

Het aandeel gescheiden arbeidszorgmedewerkers is sinds de eerste bevestiging licht toegenomen (met 3,5%) en het aandeel gehuwden is licht gedaald (3 %). En het aandeel van arbeidszorgmedewerkers, die samenwonen met een partner is eveneens afgenomen sinds de eerste bevestiging (met 2%). Bij de tweede bevestiging was het aandeel arbeidszorgmedewerkers met kinderen bijna 3 % gestegen.

Arbeidsverleden

Deze arbeidszorgmedewerkers zijn gemiddeld reeds 10 jaar inactief. De meeste onder hen (drievierde), hebben vroeger wel betaalde arbeid verricht. Een kwart van deze arbeidszorgmedewerkers, die vroeger wel betaalde arbeid verricht hebben, heeft echter nooit langer dan 6 maanden dezelfde job gehouden.

Sinds de eerste bevraging is de gemiddelde periode van inactiviteit in alle sectoren gedaald met ongeveer een jaar. In de Gehandicaptensector is de gemiddelde inactiviteitsperiode zelfs bijna 2 jaar gedaald.

Het aantal arbeidszorgmedewerkers dat nooit betaald arbeid verricht heeft, is eveneens licht gedaald (ongeveer 2 %).

Zorg en zelfredzaamheid

Ongeveer 85 procent van de arbeidszorgmedewerkers doet een beroep op een zorgdienst, behalve arbeidszorg. Op welke zorgdiensten een beroep gedaan wordt, is erg sectorgebonden.

De zelfredzaamheid van de arbeidszorgmedewerkers werd gemeten aan de hand van 9 zorgtaken. Slechts 10,5 % van alle arbeidszorgmedewerkers kon alle 9 zorgtaken zelfstandig uitvoeren. Eén op acht arbeidszorgmedewerkers had zelfs hulp nodig bij alle zorgtaken. Gemiddeld hebben de arbeidszorgmedewerkers in de arbeidszorginitiatieven hulp nodig bij 4 tot 5 van de 9 bevroegde zorgtaken. De zelfredzaamheid van de arbeidszorgmedewerkers is het kleinst in de Gehandicaptensector.

De meeste arbeidszorgmedewerkers hebben een psychiatrische problematiek, een mentale handicap of een algemene psychosociale problematiek.

De arbeidszorgmedewerkers doen gemiddeld op 1,5 zorgdiensten een beroep. In de Geestelijke Gezondheidszorg en in de Gehandicaptensector is het gemiddelde aantal zorgdiensten waarop een beroep wordt gedaan licht gedaald. In het arbeidszorginitiatief uit het Algemeen Welzijnswerk is dit aantal licht gestegen.

De zelfredzaamheid van de arbeidszorgmedewerkers lijkt licht toegenomen te zijn. Enkel in de gehandicaptensector, die op dit vlak al het zwakst scoorde, lijkt deze nog gedaald te zijn. We

moeten hier wel rekening houden met het feit dat de zelfredzaamheid van de arbeidszorgmedewerkers beoordeeld werd door de arbeidszorgbegeleiders..

Toeleiding

De toeleiding van de arbeidszorgmedewerkers gebeurt door een grote verscheidenheid aan toeleiders. Welke toeleiders de voornaamste rol spelen, is erg sectorgebonden. De belangrijkste toeleiders: beschermd en beschut wonen, psychiatrische ziekenhuizen, OCMW, ATB en arbeidszorgmedewerkers die op eigen initiatief of op initiatief van familieleden komen.

Op beide bevragingmomenten waren de voornaamste toeleiders dezelfde.

Arbeid

De arbeidsmatige activiteiten zijn in een grote mate gedifferentieerd. Toch zijn het vooral verpakkings-, plooi- en sorteerwerk en licht montage werk die een zeer belangrijke plaats innemen. Per sector is er ook een grote differentiatie in de arbeidsmatige activiteiten van de arbeidszorgmedewerkers.

Deze arbeidszorgmedewerkers werken gemiddeld 16 en een half uur per week. Zij ontvangen in de meeste gevallen (ongeveer 90 %) een vergoeding voor hun gepresterde uren. Voor meer dan 40 % van de arbeidszorgmedewerkers gaat het om een financiële uurvergoeding van ongeveer 1 euro per uur. Bijna de helft van de arbeidszorgmedewerkers ontvangt een compensatie in natura.

De hoofdactiviteiten van de arbeidszorgmedewerkers zijn niet veranderd. Wel zien we dat het aantal VTE, in absolute cijfers, gestegen is in alle sectoren. Dit is ook logisch aangezien het aantal arbeidszorgmedewerkers gestegen is in al de sectoren. Ook is de gemiddelde werkduur in alle sectoren, behalve in het Algemeen Welzijnswerk, gestegen.

Het aandeel arbeidszorgmedewerkers dat een compensatie kreeg voor de gepresterde uren is licht gedaald, maar er zijn meer arbeidszorgmedewerkers die een financiële vergoeding krijgen. Een ander opvallend gegeven is dat in de eerste bevraging 70,8 % van de arbeidszorgmedewerkers een vergoeding in natura kreeg en in de tweede bevraging is dit aantal teruggelopen tot 49,6 %.

Erkenning

Voor ongeveer 80 % van de arbeidszorgmedewerkers is er een financiering in het kader van het Pilotproject of door een OCMW. Met andere woorden: 80 % van de arbeidszorgmedewerkers heeft slechts een tijdelijke erkenning.

De enige structurele erkennings- en financieringsvormen zijn: arbeidszorg in de sociale werkplaats en begeleid werken (dagcentrum Vlaams Fonds).

Als we de situatie in 2004 bekijken zien we dat toen voor het merendeel (67,9%) van de arbeidszorgmedewerkers geen erkenning of financiering aanwezig was.

Deze arbeidszorgmedewerkers zijn in 2005 begeleid in het pilotproject arbeidszorg.

VII Bibliografie

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, Teunissen, J. (2001). *Basisboek Kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff BV.

Billiet, J.(1996), *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek: ontwerp en dataverzameling*, Leuven, Acco, 320 p.

De Meyst F. (2004), *Profiel van de Limburgse arbeidszorgmedewerker*, Hasselt, PSAZ, 39 p.

De Ronde Tafel Arbeidszorg, “*Consensustekst Arbeidszorg*”, 2001

De Ronde Tafel Arbeidszorg, “*Van A tot Z - een visie op Arbeidszorg*”, 2006, 10p.

Frans M. (2000b), *Het gezicht van Arbeidszorg – onderzoek naar het profiel van de doelgroepmedewerk(st)ers*, Antwerpen, Universiteit Antwerpen, 88 p.

Lauwereys, L., Nicaise, I., (1999) *Morfologie van de sociale tewerkstelling in België*, Leuven, KUL, 140 p.

Aanbevolen literatuur

Bracke S., (1996) *De ervaringswereld van sociaal tewerkgestelden*, Diepenbeek, LUC, 227 p.

Bracke P., Bruynooghe K., Verhaege M., (2002) *Het welbevinden van personen met psychische klachten in dagactiviteitencentra: een sociologische procesevaluatie*, Gent, Universiteit Gent, 81 p.

Frans M. (2000a), *Tussen Welzijn en Werk – een eigen plaats voor Arbeidszorg*, Antwerpen, Universiteit Antwerpen, 200 p.

Neven C., Hambach E., Huysmans L., *Werkboek begeleiders arbeidszorg*, Berchem, 2000, 113 p.

VVI – project GGZ, *De psychiatrische patiënt en tewerkstelling: moeilijk aan het werk te krijgen – een zoektocht naar inactiviteitsvallen*, Brussel, Caritas Verbond der Verzorgingsinstellingen vzw, 45 p.

Bijlagen

Bijlage I: inkomsten per sector

Tabel 62: Voornaamste bron van inkomsten in de Geestelijke gezondheidszorg

	Aantal	%
RIZIV invaliditeit	165	67,6
ouderdomspensioen	19	7,8
werkloosheidsuitkering	14	5,7
brugpensioen	10	4,1
inkomensvervangende tegemoetkoming	9	3,7
zonder inkomen	5	2,0
leefloon	4	1,6
RIZIV primaire arbeidsongeschiktheid	2	0,8
vergoeding arbeidsongeval	2	0,8
integratietegemoetkoming	2	0,8
overlevingspensioen	1	0,4
alimentatie	1	0,4
kinderbijslag als kind	1	0,4
financieel steunend op familie	1	0,4
andere inkomstenbron	8	3,3
Totaal	244	100

Tabel 63: Voornaamste bron van inkomsten in de Gehandicaptensector

	Aantal	%
RIZIV invaliditeit	25	30,9
inkomensvervangende tegemoetkoming	24	29,6
werkloosheidsuitkering	12	14,8
leefloon	6	7,4
integratietegemoetkoming	5	6,2
vergoeding arbeidsongeval	3	3,7
brugpensioen	1	1,2
zonder inkomen	1	1,2
andere inkomstenbron	4	4,9
Totaal	81	100

Tabel 64: Voornaamste bron van inkomsten in de Sociale Tewerkstelling

	Aantal	%	Cumulatief %
werkloosheidsuitkering	69	37,9	37,9
RIZIV invaliditeit	62	34,1	72,0
inkomensvervangende tegemoetkoming	18	9,9	81,9
leefloon	12	6,6	88,5
andere inkomstenbron	12	6,6	95,1
RIZIV primaire arbeidsongeschiktheid	4	2,2	97,3
zonder inkomen	2	1,1	98,4
brugpensioen	1	0,5	98,9
overlevingspensioen	1	0,5	99,5
kinderbijslag als kind	1	0,5	100
Totaal	182	100	

Tabel 65: Voornaamste bron van inkomsten in het Algemeen Welzijnswerk

	Aantal	%	Cumulatief %
werkloosheidsuitkering	11	40,7	40,7
RIZIV invaliditeit	8	29,6	70,4
leefloon	4	14,8	85,2
inkomensvervangende tegemoetkoming	3	11,1	96,3
RIZIV primaire arbeidsongeschiktheid	1	3,7	100
Totaal	27	100	

Bijlage II: woonvorm per sector

Tabel 66: Belangrijkste woonvorm in de Geestelijke Gezondheidszorg

	Aantal	%	Cumulatief %
zelfst in huurhuis of eigen huis	89	36,5	36,5
beschut wonen	82	33,6	70,1
inwonend bij familieleden	54	22,1	92,2
begeleid wonen	6	2,5	94,7
andere woonvorm	5	2,0	96,7
psychiatrisch ziekenhuis	4	1,6	98,4
opvangcentrum	2	0,8	99,2
tehuis voor werkenden	1	0,4	99,6
rust- en verzorgingstehuis	1	0,4	100
Totaal	244	100	

Tabel 67: Belangrijkste woonvorm in de Gehandicaptensector

	Aantal	%	Cumulatief %
inwonend bij familieleden	29	35,8	35,8
zelfst in huurhuis of eigen huis	24	29,6	65,4
beschermd wonen	14	17,3	82,7
tehuis voor werkenden	6	7,4	90,1
begeleid wonen	3	3,7	93,8
tehuis voor niet-werkenden	3	3,7	97,5
psychiatrisch verzorgingstehuis	1	1,2	98,8
crisisopvang	1	1,2	100
Totaal	81	100	

Tabel 68: Belangrijkste woonvorm in de Sociale Tewerkstelling

	Aantal	%
zelfst in huurhuis of eigen huis	63	34,6
inwonend bij familieleden	58	31,9
begeleid wonen	19	10,4
beschut wonen	11	6,0
psychiatrisch ziekenhuis	10	5,5
tehuis voor werkenden	5	2,7
pensionwoning	3	1,6
opvangcentrum	3	1,6
inwonend bij kennissen	1	0,5
psychiatrisch verzorgingstehuis	1	0,5
tehuis voor niet-werkenden	1	0,5
vluchthuis	1	0,5
niet vernoemde home/instelling	1	0,5
thuisloos	1	0,5
andere woonvorm	4	2,2
Totaal	182	100

Tabel 69: Belangrijkste woonvorm in het Algemeen Welzijnswerk

	Aantal	%
zelfst in huurhuis of eigen huis	12	44,4
inwonend bij familieleden	5	18,5
beschut wonen	2	7,4
doorgangshuis	2	7,4
opvangcentrum	2	7,4
beschermd wonen	1	3,7
zorgwonen	1	3,7
andere woonvorm	2	7,4
Totaal	27	100

Bijlage III: zorgdiensten per sector

Tabel 70: Voornaamste zorgdiensten waar de arbeidszorgmedewerkers gebruik van maken in de Geestelijke Gezondheidszorg

zorgdienst	Aantal	%
Psychiater	103	42,2
Beschut wonen	57	23,4
zorgsector andere dienst	40	16,4
GGZ andere dienst	35	14,3
CGG	34	13,9
psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ	27	11,1
OCMW budgetbeheer	25	10,2
OCMW andere	14	5,7
dagactiviteitencentrum	8	3,3
OCMW financieel	8	3,3
thuisbegeleiding	6	2,5
ATB	4	1,6
Caw andere	2	0,8
dienst voor plaatsing in gezinnen	2	0,8
OCMW juridische hulp	2	0,8
OCMW schuldbemiddeling	2	0,8
Ambulant revalidatiecentrum (GGZ)	1	0,4
beschermd wonen	1	0,4
CAW sociale rechtshulp	1	0,4
CBO Vlaams Fonds	1	0,4
CGVB Vlaams Fonds	1	0,4
Psycholoog	1	0,4

Tabel 71: Zorgdiensten waarvan de arbeidszorgmedewerkers gebruik maken in de gehandicaptensector

zorgdienst	Aantal	%
dagcentrum	36	44,4
OCMW financieel	9	11,1
OCMW budgetbeheer	9	11,1
zorgsector andere dienst	9	11,1
thuisbegeleiding	7	8,6
OCMW andere	6	7,4
Psychiater	4	4,9
ATB	3	3,7
CGG	2	2,5
OCMW schuldbemiddeling	1	1,2
OCMW juridische hulp	1	1,2
dagactiviteitencentrum	1	1,2
Ambulant revalidatiecentrum (GGZ)	1	1,2
dienst voor plaatsing in gezinnen	1	1,2
CGVB Vlaams Fonds	1	1,2

Tabel 72: Zorgdiensten waarvan de arbeidszorgmedewerkers gebruik maken in de sector van de Sociale Tewerkstelling

zorgdienst	Aantal	%
OCMW budgetbeheer	30	16,5
OCMW financieel	27	14,8
OCMW andere	27	14,8
Psychiater	26	14,3
ATB	18	9,9
dagcentrum	17	9,3
zorgsector andere dienst	16	8,8
CGG	14	7,7
OCMW juridische hulp	13	7,1
OCMW schuldbemiddeling	10	5,5
thuisbegeleiding	10	5,5
GGZ andere dienst	9	4,9
psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ	9	4,9
beschermd wonen	8	4,4
Caw andere	6	3,3
Beschut wonen	6	3,3
dagactiviteitencentrum	3	1,6
Ambulant revalidatiecentrum (GGZ)	3	1,6
dienst voor plaatsing in gezinnen	3	1,6
CAW inloopcentrum	2	1,1
CAW bemiddeling in familiezaken	2	1,1
Psycholoog	1	0,5

Tabel 73: Zorgdiensten waarvan de arbeidszorgmedewerkers gebruik maken in de sector van het Algemeen Welzijnswerk

zorgdienst	Aantal	%
OCMW budgetbeheer	9	33,3
OCMW financieel	8	29,6
Caw andere	7	25,9
Psychiater	6	22,2
OCMW andere	5	18,5
Psycholoog	5	18,5
GGZ andere dienst	5	18,5
OCMW schuldbemiddeling	4	14,8
CAW inloopcentrum	2	7,4
zorgsector andere dienst	2	7,4
OCMW juridische hulp	1	3,7
centrum bethanië	1	3,7
psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ	1	3,7
beschermd wonen	1	3,7

Bijlage IV: hoofdproblematiek per sector

Tabel 74: Hoofdproblematiek in de Geestelijke Gezondheidszorg

	Aantal	%
psychiatrische problematiek	166	68,0
verslavingsproblematiek	26	10,7
algemene psychosociale problematiek	20	8,2
mentale handicap	13	5,3
lichamelijke handicap	6	2,5
verplicht in nazorg na gedwongen opname	5	2,0
persoon met niet-aangeboren hersenletsel	3	1,2
voorwaardelijk in vrijheid gesteld	2	0,8
andere problematiek	2	0,8
ex-gedetineerd	1	0,4
Totaal	244	100

Tabel 75: Hoofdproblematiek in de Gehandicaptensector

	Aantal	%
mentale handicap	41	50,6
persoon met niet-aangeboren hersenletsel	14	17,3
lichamelijke handicap	8	9,9
psychiatrische problematiek	6	7,4
algemene psychosociale problematiek	5	6,2
kansarmoede	1	1,2
verslavingsproblematiek	1	1,2
asielzoeker in ontvankelijkheidsfase	1	1,2
langdurig werkloos zonder bijkomende problematiek	1	1,2
andere problematiek	3	3,7
Totaal	81	100

Tabel 76: Hoofdproblematiek in de Sociale Tewerkstelling

	Aantal	%
psychiatrische problematiek	55	30,4
mentale handicap	43	23,8
algemene psychosociale problematiek	14	7,7
verslavingsproblematiek	13	7,2
lichamelijke handicap	12	6,6
asielzoeker in ontvankelijkheidsfase	12	6,6
langdurig werkloos zonder bijkomende problematiek	11	6,1
kansarmoede	5	2,8
ex-gedetineerd	4	2,2
voorwaardelijk in vrijheid gesteld	2	1,1
persoon met niet-aangeboren hersenletsel	2	1,1
thuisloos	1	0,6
verplicht in nazorg na gedwongen opname	1	0,6
andere problematiek	6	3,3
Totaal	181	100
Missing	1	
Totaal	182	

Tabel 77: Hoofdproblematiek in het Algemeen Welzijnswerk

	Aantal	%
algemene psychosociale problematiek	9	34,6
kansarmoede	4	15,4
verslavingsproblematiek	4	15,4
mentale handicap	2	7,7
psychiatrische problematiek	2	7,7
lichamelijke handicap	1	3,8
thuisloos	1	3,8
ex-gedetineerd	1	3,8
verplicht in nazorg na gedwongen opname	1	3,8
asielzoeker in ontvankelijkheidsfase	1	3,8
Totaal	26	100
Missing	1	
Totaal	27	

Bijlage V: toeleiders per sector

Tabel 78: Voornaamste toeleiders in de Geestelijke Gezondheidszorg

	Aantal	%
beschermd / beschut wonen	80	32,8
GGZ - residentieel	47	19,3
revalidatiecentrum	38	15,6
GGZ - ambulantly	27	11,1
GGZ - semi-residentieel	7	2,9
OCMW	5	2,0
eigen beweging of familieleden	4	1,6
ATB	4	1,6
huisarts	4	1,6
psychiater	4	1,6
PSAZ	4	1,6
ander arbeidszorginitiatief	3	1,2
tehuizen voor werkenden	2	0,8
werkwinkel	1	0,4
sociale werkplaats	1	0,4
netwerk AWW	1	0,4
begeleid wonen	1	0,4
andere kanalen	11	4,5
Totaal	244	100

Tabel 79: Voornaamste toeleiders in de Gehandicaptensector

	Aantal	%
eigen beweging of familieleden	19	23,8
OCMW	12	15,0
GGZ - residentieel	6	7,5
tehuizen voor werkenden	6	7,5
revalidatiecentrum	5	6,3
ATB	4	5,0
eigen netwerk	4	5,0
begeleid wonen	3	3,8
huisarts	2	2,5
ander arbeidszorginitiatief	2	2,5
werkwinkel	1	1,3
GGZ - ambulante	1	1,3
GGZ - semi-residentieel	1	1,3
beschutte werkplaats	1	1,3
beschermd / beschut wonen	1	1,3
PSAZ	1	1,3
andere kanalen	11	13,8
Totaal	80	100
Missing	1	
Totaal	81	

Tabel 80: Voornaamste toeleiders in de Sociale Tewerkstelling

	Aantal	%
OCMW	31	17,2
ATB	24	13,3
GGZ - residentieel	17	9,4
eigen beweging of familieleden	14	7,8
VDAB	13	7,2
GGZ - ambuland	7	3,9
ander arbeidszorginitiatief	7	3,9
revalidatiecentrum	6	3,3
begeleid wonen	5	2,8
beschermd / beschut wonen	4	2,2
sociale werkplaats	3	1,7
eigen netwerk	3	1,7
werkwinkel	2	1,1
tehuizen voor werkenden	2	1,1
beschutte werkplaats	1	0,6
netwerk AWW	1	0,6
derden op lokaal niveau	1	0,6
andere kanalen	39	21,7
Totaal	180	100
Missing	2	
Totaal	182	

Tabel 81: Voornaamste toeleiders in het Algemeen Welzijnswerk

	Aantal	%
eigen netwerk	6	22,2
eigen beweging of familieleden	4	14,8
netwerk AWW	4	14,8
VDAB	3	11,1
beschermd / beschut wonen	3	11,1
ander arbeidszorginitiatief	2	7,4
OCMW	1	3,7
GGZ - ambulans	1	3,7
GGZ - residentieel	1	3,7
andere kanalen	1	3,7
derden op lokaal niveau	1	3,7
Totaal	27	100

Bijlage VI: voornaamste arbeidsmatige activiteiten per sector

Tabel 82: Voornaamste arbeidsmatige activiteiten in de Geestelijke Gezondheidszorg

	Aantal	%
verpakking, plooi en sorteerwerk	143	58,6
licht montagewerk	38	15,6
mailings	24	9,8
koken	11	4,5
fietsherstelling en assemblage	8	3,3
land- en tuinbouw	4	1,6
reclamebezorging	4	1,6
crea: verkoopbare produkten	3	1,2
bakkerij	2	0,8
groendienst	1	0,4
ophaaldienst kringloop	1	0,4
andere kringloopactiviteiten	1	0,4
karweidienst	1	0,4
zwerfvuilophaling	1	0,4
strijken en wassen	1	0,4
andere activiteiten	1	0,4
Totaal	244	100

Tabel 83: Voornaamste arbeidsmatige activiteiten in de Gehandicaptensector

	Aantal	%
groendienst	16	19,8
koken	11	13,6
verwerking van groenten	7	8,6
andere kringloopactiviteiten	7	8,6
bakkerij	5	6,2
licht montagewerk	4	4,9
land- en tuinbouw	3	3,7
verpakking, plooi en sorteerwerk	3	3,7
administratie/klasseerwerk	3	3,7
reclamebezorging	3	3,7
poetswerk	3	3,7
dierenverzorging	3	3,7
karweidienst	2	2,5
fietsherstelling en assemblage	1	1,2
strijken en wassen	1	1,2
andere activiteiten	9	11,1
Totaal	81	100

Tabel 84: Voornaamste arbeidsmatige activiteiten in de Sociale Tewerkstelling

	Aantal	%
licht montagewerk	50	27,5
andere kringloopactiviteiten	32	17,6
verpakking, plooi en sorteerwerk	22	12,1
groendienst	14	7,7
land- en tuinbouw	11	6,0
poetswerk	6	3,3
papierophaal	5	2,7
fietsherstelling en assemblage	5	2,7
dierenverzorging	4	2,2
karweiendienst	3	1,6
textielbewerking	2	1,1
ophaaldienst kringloop	2	1,1
administratie/klasseerwerk	2	1,1
verfwerken	2	1,1
sociaal restaurant / cafetaria	2	1,1
verwerking van groenten	1	0,5
ICT	1	0,5
strijken en wassen	1	0,5
andere activiteiten	17	9,3
Totaal	182	100

Tabel 85: Voornaamste arbeidsmatige activiteiten in het Algemeen Welzijnswerk

	Aantal	%
sociaal restaurant / cafetaria	6	22,2
karweidienst	5	18,5
land- en tuinbouw	3	11,1
licht montagewerk	2	7,4
koken	2	7,4
administratie/klasseerwerk	1	3,7
strijken en wassen	1	3,7
andere activiteiten	7	25,9
Totaal	27	100

Bijlage VII Opleidingsniveau per sector

Tabel 86: opleidingsniveau in de geestelijke gezondheidszorg

	Aantal	%
laag	148	60,7
midden	81	33,2
hoog	10	4,1
ander	3	1,2
ongekend	2	,8
Totaal	244	100,0

Tabel 87: opleidingsniveau in de Gehandicaptensector

	Aantal	%
laag	59	72,8
midden	14	17,3
hoog	2	2,5
ander	2	2,5
ongekend	4	4,9
Totaal	81	100,0

Tabel 88: opleidingsniveau in het algemeen welzijnswerk

	Aantal	%
laag	16	59,3
midden	9	33,3
hoog	1	3,7
ongekend	1	3,7
Totaal	27	100,0

Tabel 89: opleidingsniveau in de sociale tewerkstelling

	Aantal	%
laag	116	63,7
midden	50	27,5
hoog	11	6,0
ander	2	1,1
ongekend	3	1,6
Totaal	182	100,0

Bijlage VIII: initiatief tot stopzetting per sector

Tabel 90: Initiatief tot stopzetting Geestelijke Gezondheidszorg

	Aantal	%
azm zelf	38	57,6
familieleden	3	4,5
azi	11	16,7
andere mogelijkheid	5	7,6
overleden	1	1,5
PZ	6	9,1
ATB	1	1,5
andere externe	1	1,5
Totaal	66	100,0

Tabel 91: Initiatief tot stopzetting gehandicaptensector

	Aantal	%
azm zelf	13	81,3
familieleden	2	12,5
azi	1	6,3
Totaal	16	100,0

Tabel 92: Initiatief tot stopzetting Sociale Tewerkstelling

	Aantal	%
azm zelf	24	64,9
azi	10	27,0
andere mogelijkheid	1	2,7
ziekte	1	2,7
pensioen	1	2,7
Totaal	37	100,0

Tabel 93: Initiatief tot stopzetting Algemeen Welzijnswerk

	Aantal	%
azm zelf	4	100,0

Bijlage IX: Reden van stopzetting per sector

Tabel 94: Reden van stopzetting Geestelijke Gezondheidszorg

	Aantal	%
mogelijke betaalde tewerkstelling	6	9,1
mogelijkheid tot opleiding	5	7,6
overstap ander azi (dichter bij huis)	7	10,6
herval verslavingsproblematiek zonder opname	1	1,5
herval verslavingsproblematiek met opname	3	4,5
herval psychiatrische problematiek zonder opname	6	9,1
herval psychiatrische problematiek met opname	7	10,6
langdurige ziekte (fysische aard)	3	4,5
arbeidszorg door azm als te zwaar ervaren	2	3,0
azm voelde zich niet thuis in azi	3	4,5
azm niet meer gemotiveerd voor arbeidsmatige activiteiten	12	18,2
geen tijd wegens zorg voor familielid	2	3,0
ouderdom	2	3,0
overlijden	1	1,5
andere	6	9,1
Totaal	66	100,0

Tabel 95: Reden van stopzetting Gehandicaptensector

	Aantal	%
mogelijke betaalde tewerkstelling	1	6,3
mogelijkheid tot opleiding	1	6,3
overstap ander azi (dichter bij huis)	1	6,3
herval psychiatrische problematiek met opname	1	6,3
azm voelde zich niet thuis in azi	1	6,3
azm niet meer gemotiveerd voor arbeidsmatige activiteiten	2	12,5
problemen of conflict met andere azm	1	6,3
andere	5	31,3
uitgeprocedeerde asielzoeker	2	12,5
Totaal	15	93,8
missing	1	6,3
	16	100,0

Tabel 96: reden van stopzetting Sociale Tewerkstelling

	Aantal	%
mogelijke betaalde tewerkstelling	12	32,4
mogelijkheid tot opleiding	1	2,7
overstap ander azi (dichter bij huis)	6	16,2
herval psychiatrische problematiek zonder opname	2	5,4
herval psychiatrische problematiek met opname	2	5,4
langdurige ziekte (fysische aard)	1	2,7
azm voelde zich niet thuis in azi	1	2,7
azm niet meer gemotiveerd voor arbeidsmatige activiteiten	4	10,8
problemen of conflict met bgl op de werkvloer	2	5,4
ouderdom	1	2,7
andere	4	10,8
uitgeprocedeerde asielzoeker	1	2,7
Totaal	37	100,0

Tabel 97: Reden van stopzetting Algemeen Welzijnswerk

	Aantal	%
overstap ander azi (dichter bij huis)	1	25,0
azm niet meer gemotiveerd voor arbeidsmatige activiteiten	1	25,0
andere	1	25,0
uitgeprocedeerde asielzoeker	1	25,0
Totaal	4	100,0

Bijlage X: verklarende woordenlijst

Arbeidszorg: arbeidszorg richt zich tot personen die omwille van persoons- en/of maatschappijgebonden redenen niet (meer) kunnen werken onder een arbeidscontract in het reguliere of beschermende tewerkstellingscircuit. De doelgroep situeert zich tussen werken en welzijn, tussen arbeid en zorg. arbeidszorg pretendeert niet de maatschappelijke vraagstukken omtrent arbeid op te lossen, wel een bijdrage te leveren door aan te tonen hoe arbeid kan fungeren als middel om via de methodiek van begeleid werken te komen tot sociale activering van doelgroepen die door persoonlijke en/of maatschappelijke omstandigheden (voorlopig) niet in staat zijn tot loonvormende activering.

Begeleid werken: deze functie steunt op de methodiek van ‘supported employment’ en doelt op de individuele begeleiding van doelgroepmedewerkers op externe arbeidsposten (vb. in bedrijf, school...).

Personen met een handicap die graag willen werken maar omwille van hun handicap ook in beschutte tewerkstelling uit de boot vallen, kunnen in een systeem van begeleid werken stappen. Dit begeleid werken is het vervolg op de vroegere projecten rond arbeidszorg, die door verscheidene dagcentra georganiseerd werden. Anders dan bij beschutte tewerkstelling gaat het hier om onbezoldigde arbeid bij bedrijven in de profit- en non-profitsector. Het kan bijvoorbeeld gaan om iemand die fiches klasseert in de bibliotheek, klusjes opknapt in bejaardentehuizen of bij een bakker werkt.

Begeleid wonen: De diensten voor begeleid wonen begeleiden zelfstandig wonende personen met een handicap. Gedurende een beperkt aantal uren per week wordt men begeleid op zowel psycho-sociaal vlak als bij zijn dagelijkse activiteiten. Begeleid wonen mag je niet verwarren met beschermd wonen.

Beschermd wonen:

De diensten voor beschermd wonen situeren zich tussen het begeleid wonen en de tehuizen voor niet-werkenden. Doorgaans is de intensiteit van de begeleiding in het begeleid wonen te licht;

anderzijds horen ze niet thuis in de zwaardere begeleidingsvorm van een tehuis voor niet-werkenden. Beschermd wonen biedt een geïntegreerde groepswooning in de nabijheid van een instelling, waarbij ook de dagbesteding door deze dienst wordt georganiseerd. De gebruikers van deze woonvorm staan, net als bij het begeleid wonen, zelf in voor hun woon- en leefkosten. Beschermd wonen mag je niet verwarren met begeleid wonen. (www.vlafo.be)

Beschut wonen: Beschut Wonen (BW)-initiatieven huisvesten en begeleiden personen die om psychiatrische redenen in hun leef- en woonmilieu moeten geholpen. Hiervoor worden onder meer aangepaste dagactiviteiten georganiseerd vertrekkende van de verwachtingen en noden van de bewoner op vlak van

psychisch en lichamelijk functioneren,
praktische leef- en woonvaardigheden,
dagbesteding, sociaal netwerk,
sociale vaardigheden,

...

De bewoners hebben geen ziekenhuisbehandeling meer nodig. (www.spil.be)

Beschutte werkplaats: Beschutte werkplaatsen bieden aan meerderjarige personen met een handicap die niet in staat zijn om in het gewone werkmilieu te werken een speciaal op hun noden afgestemd kader waarin zij een beroepsactiviteit kunnen uitoefenen in overeenstemming met hun capaciteiten en waar zij zich eventueel kunnen vervolmaken op professioneel vlak. Dankzij diverse aanpassingen van de werkomgeving, van het werk zelf en van het productieproces kunnen personen met een handicap er een aangepaste beroepsactiviteit uitoefenen.

CGG: Een **Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)** bestaat uit een multidisciplinair team dat ambulante hulp biedt aan patiënten met psychiatrische en sociale problemen, en dit in de context van hun gewoon leef-, werk- school- en gezinsleven. Meer specifiek betekent deze hulp

algemene psychiatrische en psychosociale hulp en begeleiding;
hulpverlening naar bijzondere doelgroepen zoals kinderen, bejaarden, verslaafden, ...;
preventieve activiteiten in samenwerking met andere hulpverleners.

Dagcentrum: Volwassen personen kunnen gebruik maken van dagcentra. Dagcentra staan open voor zowel personen met een mentale, een motorische of een sensoriele stoornis. De dagcentra bieden training of therapie op diverse domeinen: kiné, logopedie, ergotherapie, zelfredzaamheidstraining, sociale vaardigheidstraining, ontwikkeling van arbeidsgerichte vaardigheden, emotionele ondersteuning, enzovoort

Dagactiviteitencentrum: De primaire doelstelling van de Dagactiviteitencentra (DAC) is het bevorderen van het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten door het bieden van ondersteuning onder de vorm van werk, dagstructurende activiteiten, vorming en ontspanning.

PAAZ: staat voor **Psychiatrische Afdeling van het Algemeen Ziekenhuis** en verwijst naar een afdeling van meestal 30 bedden.

De PAAZ staat in voor

de opvang van acute psychiatrie

de organisatie van psychiatrische service in de rest van het ziekenhuis (liaisonpsychiatrie).

De eerste functie, zeer korte en korte opname, gebeurt in samenwerking met de spoedgevallendienst. Per definitie kunnen alle moeilijke psychiatrische doelgroepen (behalve kinderen) op de spoedgevallendienst terecht komen.

Psychiatrisch ziekenhuis: Het **Psychiatrisch Ziekenhuis (PZ)** is een instelling voor gezondheidszorg waarin altijd de geëigende medische specialistische onderzoeken en/of behandeling kunnen verstrekt worden. De intensief specialistische begeleiding en behandeling is erop gericht

de ziekte te bestrijden of te verlichten;
de gezondheidstoestand te herstellen, te verbeteren of te stabiliseren.
Naast volledige hospitalisatie is ook partiële hospitalisatie mogelijk.

Revalidatiecentra bieden aan volwassenen met psychiatrische problemen, gedrags- en integratiemoeilijkheden, een multidisciplinaire behandeling in een therapeutisch gestructureerd kader. Doelstelling is het optimaliseren van het functioneren van de persoon in zijn gehele leefwereld vanuit een integrale therapeutische benadering.

Sociale Economie: de sociale economie bestaat uit een verscheidenheid van bedrijven en initiatieven die in hun doelstellingen de realisatie van bepaalde maatschappelijke meerwaarden vooropstellen en hierbij de volgende basisprincipes respecteren: voorrang van arbeid op kapitaal, democratische besluitvorming, maatschappelijke inbedding, transparantie, kwaliteit en duurzaamheid. Bijzondere aandacht gaat ook naar de kwaliteit van de interne en externe relaties. Zij brengen goederen en diensten op de markt en zetten hun middelen economisch efficiënt in met de bedoeling continuïteit en rentabiliteit te verzekeren. (meer info op www.socialeconomie.be)

Sociale Werkplaats (SWP): Het **decreet van 14 juli 1998** inzake sociale werkplaatsen erkent voorzieningen die via het opzetten van een bedrijfsactiviteit aan zeer moeilijk bemiddelbare werkzoekenden werkgelegenheid verschaffen in een beschermde werkomgeving. Sociale werkplaatsen bieden permanent gesubsidieerde tewerkstelling aan laaggeschoolde werkzoekenden (via een contract van onbepaalde duur) die al vijf jaar inactief zijn en geen diploma hoger secundair onderwijs hebben. Tegelijk bieden ze aan die personen die door een cumulatie van achterstellingfactoren (persoons- en omgevingsgebonden factoren) geen job in het reguliere circuit kunnen vinden of kunnen houden, werk op maat aan. Het verschil met werkervaringsbedrijven is dat de tewerkstelling hier een permanent karakter heeft. Tewerkstelling wordt gefinancierd met loonsubsidies aangevuld met eigen opbrengsten van de sociale werkplaats. Doorstroming wordt niet uitgesloten, maar wordt niet als norm vooropgesteld.

Sociale werkplaatsen zijn voornamelijk georganiseerd door vzw's of publiekrechtelijke organisaties (gemeenten, OCMW's, provincies, ...).

(Meer informatie op www.sst.be)

Tehuis voor werkenden: residentiële opvang. Personen met een mentale of motorische handicap die overdag tewerkgesteld zijn, kunnen in een tehuis voor werkenden verblijven.

Tehuis voor niet-werkenden: residentiële opvang. Personen met een ernstige handicap, die niet beschikken over arbeidsvaardigheden kunnen terecht in een tehuis voor niet-werkenden. Personen die nog meer zorgbehoevend zijn kunnen verblijven in een tehuis voor niet-werkenden in het nursingstelsel.