

**Gebruik en toegankelijkheid van thuiszorgvoorzieningen
voor personen met een handicap**

Monica Wouters

Tessa Delien

Dr. Leen Heylen

Mobilab & Care, Expertisecentrum Zorg en Welzijn, Thomas More

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

**STEUNPUNT
 WELZIJN
 VOLKSGEZONDHEID &
 GEZIN**

Publicatie nr. 2025/01
 SWVG-Rapport 35
 Titel rapport: Gebruik en toegankelijkheid van thuiszorgvoorzieningen voor personen met een handicap
 Promotor: dr. Leen Heylen
 Onderzoekers: Monica Wouters, Tessa Delien
 Mobilab & Care, Expertisecentrum Zorg en Welzijn, Thomas More

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Koen Hermans
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
UGent	
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Katrien Vanthomme
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Jeroen Trybou
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Johan Vanderfaeillie
Universiteit Antwerpen	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Wim Pinxten
Thomas More Hogeschool	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Sociaal Werk	
Hogeschool Gent	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
Karel De Grote hogeschool	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
Hogeschool PXL	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
Odisee co-hogeschool	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
KeFor	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 35

Januari 2025

Gebruik en toegankelijkheid van thuiszorgvoorzieningen voor personen met een handicap

Onderzoekers: Monica Wouters, Tessa Delien

Promotor: dr. Leen Heylen

Mobilab & Care, Expertisecentrum Zorg en Welzijn, Thomas More

Samenvatting

Achtergrond en onderzoeksopzet

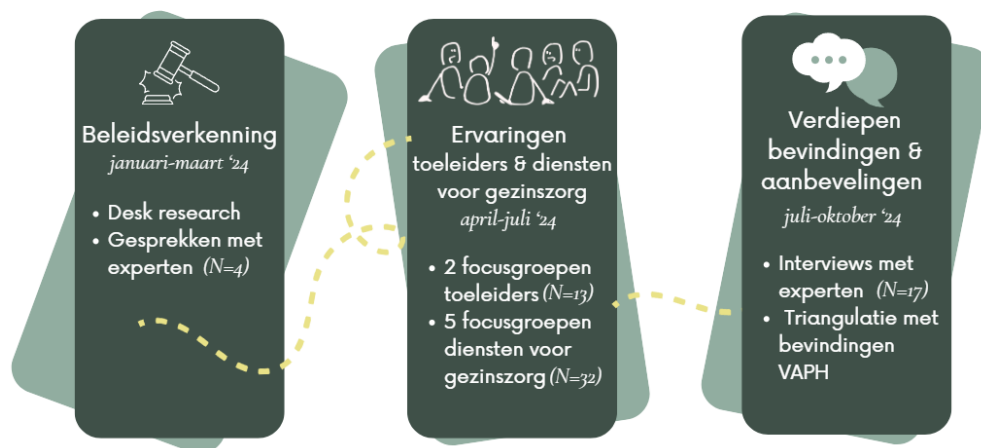
In 2017 maakte men in Vlaanderen binnen de sector personen met een handicap de overgang van financiering via de vergunde zorgaanbieders naar de persoonsvolgende financiering (PVF). Vanuit dit nieuwe meer vraaggestuurde financieringsmodel kunnen personen met een handicap zelf beslissen hoe ze hun ondersteuning organiseren. Heel wat personen met een handicap zijn echter nog wachtende op de effectieve terbeschikkingstelling van hun persoonsvolgend budget (PVB, trap 2 van de PVF). Deze wachtenden worden op basis van de relatieve dringendheid van hun ondersteuningsvraag ingedeeld in prioriteitengroepen (PG): PG1, PG2 en PG3. Prioriteitengroep 3 is de prioriteitengroep waarbij, binnen het huidige budgettaire kader en de actueel gehanteerde verdeelsleutels, de wachttijd voor de terbeschikkingstelling van hun PVB het langst is (meer dan 20 jaar). Een voorgaand onderzoek van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) toonde aan dat personen met een handicap uit PG3 over alle doelgroepen heen, allen blijken meer nood te hebben aan praktische hulp geboden door professionele diensten. Aangezien diensten voor gezinszorg praktische hulp bieden, zag het VAPH op basis van dit onderzoek een mogelijke rol weggelegd voor de diensten voor gezinszorg om tegemoet te komen aan deze ondersteuningsnoden van personen met een handicap in PG3. Om deze piste verder te verkennen, werd onderliggend onderzoek opgestart, met als doel een beter en meer volledig zicht krijgen op het gebruik en de toegankelijkheid van diensten voor gezinszorg voor personen met een handicap en dit vanuit het perspectief van de aanbodzijde.

Binnen het onderzoek stonden drie onderzoeksvragen centraal:

1. Wat is het bereik van personen met een handicap door diensten voor gezinszorg en hoe ervaren ze dit?
2. Welke drempels en risico's ervaren diensten voor gezinszorg voor het ondersteunen van personen met een handicap?
3. Welke opportuniteiten en hefboomen kunnen bijdragen tot het verhogen van het bereik en de toegankelijkheid van diensten voor gezinszorg voor personen met een handicap?

Om een antwoord te geven op bovenstaande vragen hanteerden we verschillende onderzoeksmethoden (zie figuur 1).

Figuur 1 Onderzoeksmethoden



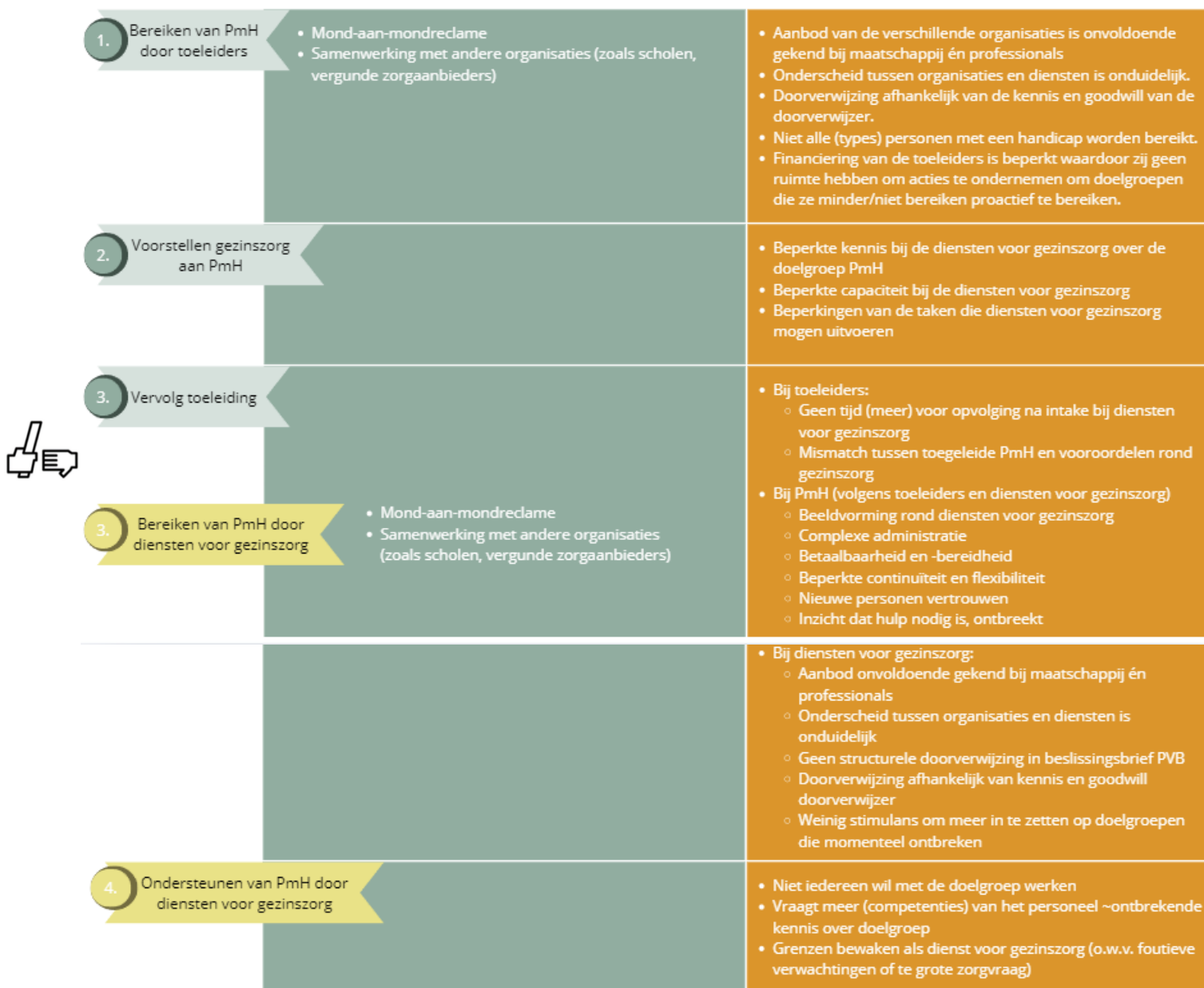
Parallel met dit onderzoek voerde het VAPH een nieuwe bevraging uit bij personen met een handicap in PG3 (vraagzijde).

In dit onderzoeksrapport verkenden we de aanbodzijde: de ervaringen van de toeleiders [Diensten Maatschappelijk Werk (DMW), Dienst ondersteuningsplan (DOP) en gebruikersverenigingen met informatieloket] en de diensten voor gezinszorg zelf.

Belangrijkste bevindingen

We kunnen stellen dat de onderzoeksvragen raken aan heel wat structurele uitdagingen. Zowel rond het bereiken van personen met een handicap als rond de hefboomen en drempels en risico's die de diensten voor gezinszorg ervaren, verzamelden we heel wat inzichten. Deze geven we samenvattend weer in onderstaande figuur en bespreken we onder de figuur uitgebreider.

Figuur 2 Hefbomen (groene kolom) en drempels (oranje kolom) voor het bereik en de toegankelijkheid van diensten voor gezinszorg voor personen met een handicap



Bereiken van personen met een handicap door toeleiders

‘Personen met een handicap’ is een doelgroep die zeker al bereikt wordt door de toeleiders. Mond-aan-mondreclame, door personen met een handicap of door professionals, en samenwerking met andere organisaties zoals o.a. ziekenhuizen, scholen, en vergunde zorgaanbieders zorgen ervoor dat sommige personen met een handicap hun weg vinden naar de toeleiders. Er is echter nog ruimte voor verbetering. Zo wordt zeker nog niet iedereen bereikt. Hiervoor worden volgende verklaringen gegeven:

Zowel het ruime publiek als externe professionals kennen volgens de respondenten het aanbod van de toeleiders onvoldoende of zij ervaren weinig onderscheid tussen de verschillende organisaties. Hierdoor is doorverwijzing naar de toeleiders (en in navolging hiervan naar de diensten voor gezinszorg) afhankelijk van de goodwill en de kennis van de doorverwijzers. Hierbij aansluitend geven de toeleiders

aan weinig financiële en/of capaciteitsruimte te hebben om acties te ondernemen om bepaalde doelgroepen die ze nu minder/niet bereiken nog meer proactief te gaan benaderen. Het niet bereiken van alle (type) personen met een handicap is dus geen bewuste keuze van de toeleiders, maar ontstaat eerder vanuit praktische overwegingen.

Het voorstellen van diensten voor gezinszorg

Diensten voor gezinszorg komen vaak relatief vroeg in het begeleidingstraject van de toeleiders aan bod. In bepaalde gevallen zijn de toeleiders echter terughoudend om diensten voor gezinszorg voor te stellen. Dit heeft dan voornamelijk te maken met het feit dat de diensten voor gezinszorg, aldus de respondenten, onvoldoende kennis en ervaring hebben met het begeleiden van personen met een handicap, de begeleiding door de diensten voor gezinszorg niet altijd onmiddellijk opgestart kan worden door capaciteitstekort (urencontingent of personeel) en/of de strikte afbakening van de taken die de diensten voor gezinszorg mogen/kunnen uitvoeren.

Het einde van de toeleiding en het bereiken van personen met een handicap door diensten voor gezinszorg

In een volgende stap geven de toeleiders de fakkel door aan de diensten voor gezinszorg. Ze kunnen hierbij op verschillende drempels botsen. Zelf hebben ze onvoldoende tijd om het verdere traject van de personen met een handicap op te volgen. Soms kunnen ze nog, indien gewenst, samen een afspraak maken voor een intakegesprek en eventueel hierop aanwezig zijn. In de meeste gevallen stopt de opvolging van zodra de intake bij de dienst voor gezinszorg heeft plaatsgevonden. Daarnaast zien we een mismatch tussen de profielen die de toeleiders volgens hun ervaring het vaakst bereiken en doorverwijzen (jongeren op het kantelpunt naar meerderjarigheid, personen met autismespectrumstoornis) en de personen die volgens de diensten voor gezinszorg het vaakst gebruik maken van gezinszorg. Dit zijn namelijk vaak ouderen; bij jongvolwassenen zou volgens de respondenten vaak het idee leven dat diensten voor gezinszorg er enkel zijn voor ouderen.

Deze beeldvorming rond diensten voor gezinszorg vormt ook meteen een eerste drempel die bij personen met een handicap en hun naasten leeft volgens de respondenten. Andere drempels die volgens hen aanwezig kunnen zijn bij personen met een handicap en diens naasten zijn de administratie die bij de opstart van een dienst voor gezinszorg komt kijken, de betaalbaarheid, de beperkte flexibiliteit en continuïteit in ondersteuning die geboden kan worden, het feit dat men iemand nieuw in huis moeten toelaten en het ontbreken van het inzicht dat hulp nodig is bij de persoon met handicap of diens naasten.

Een laatste groep van drempels heeft betrekking op de diensten voor gezinszorg zelf. Ook zij ervaren dat hun aanbod onvoldoende gekend is bij potentiële gebruikers met een handicap en hun naasten én externe professionals of dat het onderscheid tussen diensten voor gezinszorg, thuisverpleging en dienstenchequebedrijven onduidelijk is. Het is volgens de respondenten vaak niet geweten dat de diensten voor gezinszorg ook een aanbod hebben naar personen met een handicap. Deze doelgroep wordt namelijk niet altijd expliciet benoemd in de communicatie van de diensten voor gezinszorg, maar zit eerder vervat in de ruime doelgroep van “personen met een zorg- en ondersteuningsbehoefte”. Ook in de briefwisseling die personen met een handicap ontvangen naar aanleiding van de beslissing rond het persoonsvolgend budget worden reguliere diensten, waaronder diensten voor gezinszorg, nergens vermeld. Enkel handicapspecifieke zorg, Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH) en hulpmiddelen en aanpassingen, komt hierin aan bod.

Ook diensten voor gezinszorg bereiken dus niet alle personen met een handicap. Niet alle diensten voor gezinszorg zetten even actief in op personen met een handicap en net als de toeleiders ervaren zij weinig stimulansen om hier meer op in te zetten. Ze botsen namelijk omwille van het urencontingent en de krapte op de arbeidsmarkt reeds op de limieten van hun capaciteit. Tot slot zijn beleidsinitiatieven (DOP-uren: een extra subsidie voor diensten voor gezinszorg gedurende drie maanden bij het ondersteunen van personen met een handicap met een ondersteuningsplan) niet of minder gekend en gebruikt door diensten voor gezinszorg. De administratieve last van de DOP-uren weegt volgens sommige respondenten niet op tegen de baten.

Mond-aan-mond-reclame en samenwerking tussen de diensten voor gezinszorg en andere organisaties zoals scholen en voorzieningen, zorgen er desalniettemin voor dat heel wat personen met een handicap wel hun weg vinden naar diensten voor gezinszorg.

Ondersteunen van personen met een handicap door de diensten voor gezinszorg

De effectieve ondersteuning van personen met een handicap door de diensten voor gezinszorg vormt de laatste stap die we onderzochten. Tijdens deze stap botsen de diensten voor gezinszorg op verschillende drempels.

Ten eerste, het ondersteunen van personen met een handicap verschilt niet (veel) van de ondersteuning die de diensten voor gezinszorg bieden aan andere doelgroepen (bv. ouderen). Echter vergt het volgens de respondenten meer qua communicatie, educatie, samenwerking met andere zorgprofessionals, taakin-vulling ... van de medewerkers. Soms is daarbij de ondersteuningsvraag van de persoon met handicap uitgebreid en/of vergt deze handicapspecifieke kennis of hulp. De diensten voor gezinszorg erkennen dat bepaalde medewerkers kennis, competenties (specifieke vaardigheden en competenties) en ervaring met het werken met de doelgroep van personen met een handicap missen. Sommige medewerkers voelen zich hierdoor onzeker, en kiezen ervoor om niet met de doelgroep te werken. Inzicht in het ziektebeeld of enige achtergrondinformatie rond personen met een handicap zou er volgens de respondenten voor kunnen zorgen dat ze bepaald gedrag kunnen plaatsen en/of zich voldoende sterk voelen om de ondersteuning alsnog op te nemen. Daar de doelgroep personen met een handicap, volgens de respondenten, te beperkt aan bod komt in de basisopleiding voor verzorgenden, trachten de diensten voor gezinszorg zelf zo goed mogelijk aan de nood voor extra kennis en competenties tegemoet te komen. Ze trachten hun medewerkers te ondersteunen via opleidingen en intervisie rond de doelgroep personen met een handicap. De grote diensten voor gezinszorg zetten ook in op referentiepersonen "personen met een handicap" of coaches die inhoudelijk ondersteunen. De doelgroep personen met een handicap en hun noden zijn echter zo breed, dat dit niet haalbaar is in de beperkte tijd die ze hebben voor vorming, training en opleiding.

Een tweede belangrijke drempel is capaciteitstekort. Het urencontingent, dat bepaalt hoeveel uren gezinszorg de organisatie gesubsidieerd krijgt vanuit de Vlaamse overheid, is voor sommige diensten ontoereikend om aan alle vragen te kunnen voldoen. Andere diensten komen toe met hun urencontingent, maar krijgen hun vacatures niet ingevuld. Het capaciteitstekort is daardoor voor een deel een personeelsprobleem. Door dit capaciteitstekort kunnen ook niet alle diensten voor gezinszorg ondersteuning aanbieden tijdens avonden, nachten en weekenden terwijl dit soms wel noodzakelijk is voor personen met een handicap.

Er zijn echter ook verschillende helpende factoren voor het ondersteunen van personen met een handicap aangehaald door de respondenten. Zo zijn de taken vaak wel gelijkend t.o.v. andere doelgroepen en spreekt het sommige medewerkers aan als de taakin-vulling bij personen met een

handicap verschillen van de taken bij andere gebruikers. Daarnaast is het ook helpend als de ondersteuning opgenomen kan worden samen met andere organisaties. Tot slot is het helpend om de keuze voor het al dan niet werken met de doelgroep bij de medewerkers te leggen zodat er een poule ontstaat van medewerkers die ingezet kunnen worden bij personen met een handicap. Daarbij is een goede matching tussen medewerker en persoon met een handicap door het begeleidend personeel zeer helpend.

Aanbevelingen

In een laatste stap van het onderzoek werd gekeken waar er in het beleidskader en de praktijk mogelijkheden liggen om tegemoet te komen aan de hierboven aangehaalde drempels en hoe de helpende factoren verder versterkt kunnen worden. Deze werden vertaald naar concrete aanbevelingen voor het beleid en de praktijk. Deze worden opgesplitst naar aanbevelingen op macro-, meso- en microniveau.

Macroniveau

Een groot deel van de aanbevelingen heeft betrekking op het macroniveau. Het beleidsniveau heeft immers een aantal essentiële keuzes in handen om drempels weg te werken en hefboomen te versterken.

Gezinszorg: een als maar meer diverse doelgroep

Een eerste beleidsaanbeveling is om de programmatie van diensten voor gezinszorg meer af te stemmen op de meer diverse doelgroep die ze ondersteunen.

Ten tweede, gezien het huidige capaciteitstekort dat ervaren wordt bij diensten voor gezinszorg, kan men vaak geen extra inspanningen doen voor het bereiken van een meer diverse doelgroep, o.a. personen met een handicap. Het is dan ook belangrijk om ervoor te zorgen dat er voldoende gesubsidieerde uren naar de diensten voor gezinszorg gaan. Belangrijk om hierbij in het achterhoofd te houden is dat het oplossen van het capaciteitstekort bij de diensten voor gezinszorg een complex vraagstuk is. Niet alle diensten voor gezinszorg benutten momenteel al de gesubsidieerde uren omwille van personeelstekorten. Ook het trachten verminderen van deze personeelstekorten is dus belangrijk nu en in de toekomst met de krapte op de arbeidsmarkt.

Gezinszorg: voor welke personen met een handicap en welke noden?

Een volgende belangrijke beleidskeuze is “Voor welke personen met een handicap (in PG3) en voor welke noden worden diensten voor gezinszorg als oplossing gezien?”. Het VAPH schoof immers diensten voor gezinszorg naar voor als mogelijke oplossing voor de nood aan praktische hulp geboden door professionelen van personen met een handicap in PG3.

Op basis van ons onderzoek concluderen we dat er binnen de doelgroep personen met een handicap in PG3 een grote diversiteit heerst. We bevelen dan ook aan om een onderscheid te maken tussen personen met een handicap in PG3 waarvoor diensten voor gezinszorg (a) een onmiddellijke gedeeltelijke oplossing kan zijn, (b) een gedeeltelijke oplossing kan zijn mits enkele voorwaarden vervuld zijn, en (c) geen oplossing zijn.

We pleiten ervoor om er goed over te waken dat iedere zorgnood bij de juiste organisatie terechtkomt. En dat er meer wordt ingezet op het complementair inschakelen van diensten voor gezinszorg en RTH-aanbieders en/of vergunde zorgaanbieders voor het kwalitatief ondersteunen van personen met een handicap (in PG3).

Indien diensten voor gezinszorg voor personen met een handicap in PG3 gezien worden als hulp bij voornamelijk praktische noden dan is het aangewezen om bijkomend in te zetten op de nodige hulp en ondersteuning voor de andere, mogelijk meer handicapspecifieke noden. Indien deze beleidskeuze gemaakt wordt, zijn extra investeringen in handicapspecifieke zorg (RTH en PVB) wenselijk. Bij deze beleidskeuze is beperkte bijkomende opleiding voor het personeel van de diensten voor gezinszorg ook aangewezen. Indien hun taken zich beperken tot ondersteuning bij praktische taken, gecombineerd met handicapspecifieke hulp door VAPH-organisaties, is het voldoende dat zij basiskennis over PmH en achtergrondinformatie rond de persoon met een handicap hebben om het gedrag van de specifieke gebruiker te kunnen plaatsen en de eigen aanpak af te kunnen stemmen op de noden van de gebruiker. Informatie- en expertisedeling op niveau van de gebruiker van een dienst voor gezinszorg (casusniveau) wordt echter momenteel bemoeilijkt doordat de kennis over het beroepsgeheim en het delen van informatie bij (para)medische en welzijnsberoepen onvoldoende aanwezig is.

Wanneer er echter beleidsmatig geopteerd wordt om diensten voor gezinszorg ook in te zetten bij meer handicapspecifieke of complexe ondersteuningsnoden, dan vraagt dit de nodige bijsturing en aanpassing op vele fronten, zoals bijkomend personeel voor de diensten voor gezinszorg, aanpassing van de berekening van de programmatie, extra opleiding voor het personeel en voldoende ondersteuning vanuit de diensten in het werken met personen met een handicap.

Wie neemt welke rol op? Naar een duidelijke invulling

Het is aan te bevelen om samenwerking tussen diensten voor gezinszorg en VAPH-organisaties (RTH-aanbieders en vergunde zorgaanbieders) vanuit het beleid verder te stimuleren door afstemming en samenwerking over de beleidsdomeinen heen te faciliteren. In dat kader is het aangewezen om verder te verkennen hoe de gegevensdeling tussen de verschillende organisaties vlotter georganiseerd kan worden. Binnen de samenwerking is daarnaast ook een duidelijke invulling van ieders rol wenselijk. Het is belangrijk dat het voor de gebruikers en professionals duidelijk is voor wat men bij wie terecht kan en waar het onderscheid tussen gelijkaardige organisaties net zit.

Tot slot is het bij de samenwerking belangrijk dat de zorg en ondersteuning goed gecoördineerd wordt. Het is daarom belangrijk om aan het begin van een traject en wanneer de zorg- en ondersteuningsnoden of de eigen regiemogelijkheden van de persoon met een handicap en diens naaste veranderen tijd gemaakt worden om af te spreken wie de rol van zorgcoördinator opneemt. Dit kan zowel de persoon met een handicap zelf zijn als een persoon uit het persoonlijk netwerk van de persoon met een handicap zijn of een professionele actor. *Hoe beslissen?*

De keuze voor specifieke ondersteuningsnoden en specifieke doelgroepen vereist een duidelijk kader (met helder omschreven taken en rollen) dat personen met een handicap of diens (professionele) ondersteuners toelaat om in te schatten voor wie en voor welke noden diensten voor gezinszorg geschikt zijn. De input voor dit kader kan komen vanuit een betere opvolging van de huidige trajecten en/of bijkomend onderzoek naar de doelgroep voor de diensten voor gezinszorg, de noden waarop het een antwoord kan bieden en de voorwaarden waaronder de ondersteuning moet plaatsvinden.

Quick wins op macroniveau

Los van de bovenstaande beleidskeuzes, kunnen er op beleidsniveau nog stappen gezet worden om het bereiken en ondersteunen van personen met een handicap door de diensten voor gezinszorg op korte termijn te vergemakkelijken.

Ten eerste kan het beleid stimulansen geven aan de diensten voor gezinszorg om nog meer in te zetten op de gekozen doelgroepen¹ van personen met een handicap.

Een tweede quick win heeft betrekking op de kennis van het aanbod van de toeleiders en de diensten voor gezinszorg. In de officiële communicatie in het kader van de beslissing rond het persoonsvolgend budget kunnen reguliere diensten zoals diensten voor gezinszorg, naast RTH en hulpmiddelen en aanpassingen, vermeld worden als mogelijkheid tot ondersteuning. Ruimer bekeken kan ieder aanknopingspunt benut worden om diensten voor gezinszorg ter sprake te brengen.

Tot slot is het aan te bevelen om als beleid duidelijkheid te scheppen over de rollen en taken van de verschillende diensten (VAPH-organisaties, DMW, diensten voor gezinszorg) en dit ook te communiceren naar personen met een handicap en hun naasten én professionelen.

Mesoniveau

Aanvullend op de aanbevelingen op macroniveau, zien we mogelijkheden op organisatieniveau. Voldoende capaciteit, zowel op het vlak van personeel als op het vlak van urencontingent, vormt bij de onderstaande aanbevelingen een essentiële randvoorwaarde.

Personen met een handicap (nog meer) als expliciete doelgroep

In de eerste plaats is het belangrijk dat de toeleiders en de diensten voor gezinszorg nog meer inzetten op het bereiken van (die groepen van) personen met een handicap die ze nu minder of helemaal niet bereiken. Welke doelgroepen dat exact zijn, is afhankelijk van de beleidskeuzes van de Vlaamse Overheid, en de vertaling daarvan in organisaties hun eigen visie. Heel wat organisaties staan reeds open voor personen met een handicap maar deze openheid kan nog explicieter benadrukt worden.

Competente medewerkers

Samenhangend met de eerste aanbeveling op mesoniveau, dienen de diensten voor gezinszorg hun personeel vorming, training en opleiding aan te bieden over personen met een handicap. Ook hier hangt de concrete invulling (basiskennis of een uitgebreide opleiding) af van de beleidskeuzes die op Vlaams niveau gemaakt worden.

Bekendmaking van het eigen aanbod

Ook rond de kennis van het eigen aanbod kunnen de toeleiders en de diensten voor gezinszorg zelf stappen ondernemen. Zo kunnen ze informatie over het eigen aanbod verspreiden onder potentiële gebruikers. Hierbij moet er oog zijn voor de beeldvorming en het expliciet benoemen van de doelgroep personen met een handicap. De diensten voor gezinszorg moeten zich met andere woorden meer gaan profileren.

Ook naar andere organisaties in de buurt toe moet er ingezet worden op profilering. De toeleiders en de diensten voor gezinszorg kunnen hun werking voorstellen bij andere organisaties uit de buurt. De respondenten zien een eventuele rol weggelegd voor de eerstelijnszones en koepelorganisaties, die hiervoor een platform kunnen bieden. Dit kan mond-aan-mond-reclame, doorverwijzing en eventuele samenwerking doen ontstaan of versterken.

¹ De concrete doelgroep hangt af van de gemaakte beleidskeuzes

Microniveau

De laatste groep van aanbevelingen richt zich op het microniveau, op het niveau van en gericht op de gebruiker. Het is immers ook belangrijk dat op het niveau van de gebruiker, personen met een handicap, de drempels rond betaalbaarheid en betaalbaarheid, flexibiliteit en continuïteit, en vraagverlegenheid aangepakt worden.

Belangrijk is daarnaast dat financiële drempels (betaalbaarheid en betaalbaarheid) weggewerkt worden. Zorgen voor een betere betaalbaarheid kan op verschillende manieren. Dit kan door de gezinssamenstelling, de woonsituatie etc. anders in rekening te brengen bij de berekening van de gebruikersbijdrage voor gezinszorg bij personen met een handicap, rekening houdend met hun socio-demografisch profiel. Maar ook door de rechten van personen met een handicap in PG3 nog meer automatisch toe te kennen, en systematisch te verkennen en uit te putten. Daarbij moet er oog zijn voor alle mogelijke premies en tegemoetkomingen op alle verschillende niveaus (federaal, Vlaams en lokaal).

Naast het financiële moet de *continuïteit en de flexibiliteit van de dienstverlening door diensten voor gezinszorg verder versterkt* worden. Langs de ene kant kan hiervoor de programmatie en de arbeidsvoorwaarden tezamen met het beleid herbekeken worden, zodat ondersteuning tijdens het weekend, avonden en nachten mogelijk is. Langs de andere kant kunnen de randvoorwaarden rond samenwerking aangepakt worden, opdat de reeds bestaande samenwerkingsverbanden voor ondersteuning tijdens avonden, nachten en weekends versterkt en uitgebreid kunnen worden.

Tot slot is het van belang dat de toeleiders een warme overdracht garanderen en een verdere opvolging voorzien na het intakegesprek bij de diensten voor gezinszorg.

Inhoud		
Afkortingen	19	
Inleiding	21	
Hoofdstuk 1	Doelstelling, onderzoeksvragen, algemene onderzoeksmethode en opbouw van het onderzoeksrapport	23
1	Doelstelling	23
2	Onderzoeksvragen	23
3	Algemene onderzoeksmethode	23
4	Opbouw van het onderzoeksrapport	23
Hoofdstuk 2	Beleidsverkenning	25
1	Inleiding	25
2	Methode	25
3	Resultaten	26
	3.1 De persoonsvolgende financiering (PVF)	26
	3.2 Prioriteitengroep 3	31
	3.3 Ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen	39
	3.4 Erkende diensten voor gezinszorg	49
4	Conclusie	62
Hoofdstuk 3	Focusgroepen toeleiders	65
1	Inleiding	65
2	Methode	65
	2.1 Contact respondenten	65
	2.2 Opzet focusgroep	66
	2.3 Analyses focusgroepen	66
3	Resultaten	66
	3.1 Respons	66
	3.2 Bevindingen	66
4	Conclusie	71
Hoofdstuk 4	Focusgroepen erkende diensten voor gezinszorg	75
1	Inleiding	75
2	Methode	75
	2.1 Contact respondenten	75
	2.2 Opzet focusgroep	76
	2.3 Analyses focusgroepen	76
	2.4 Gebruikte terminologie	76

3	Resultaten	77
3.1	Respons	77
3.2	Bevindingen	79
4	Conclusie	94
4.1	Algemene drempels	94
4.2	Algemene helpende factoren	95
4.3	Helpende factoren en drempels per fase van de estafette	96
Hoofdstuk 5 Interviews met experts		99
1	Inleiding	99
2	Methode	99
2.1	Contact respondenten	99
2.2	Opzet interviews	99
2.3	Analyse interviews	100
3	Resultaten	100
3.1	Respons	100
3.2	Bevindingen	101
4	Conclusie	125
Hoofdstuk 6 Besluit		131
1	Bereiken van personen met een handicap	133
1.1	Wie wordt niet bereikt en waarom?	133
1.2	Diensten voor gezinszorg voor iedereen? Enkele kanttekeningen	134
2	Drempels	134
2.1	Drempels op macroniveau	134
2.2	Drempels op mesoniveau	135
2.3	Drempels op microniveau	136
3	Hefbomen	137
3.1	Macroniveau	137
3.2	Mesoniveau	138
3.3	Microniveau	138
Hoofdstuk 7 Aanbevelingen		139
1	Macroniveau	139
1.1	Gezinszorg: een als maar meer diverse doelgroep	139
1.2	Gezinszorg: voor welke personen met een handicap en welke noden?	140
1.3	Quick wins op macroniveau	142
2	Mesoniveau	144
2.1	PmH (nog meer) als expliciete doelgroep	144
2.2	Competente medewerkers	144
2.3	Bekendmaking van het eigen aanbod	144
3	Microniveau	145

Bronnenlijst	147
Bijlagen	153
Bijlage 1: Voorwaarden ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen specifiek voor PmH	153
Bijlage 2: Voorwaarden ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen bredere doelgroep	155
Bijlage 3: Gedetailleerd overzicht van de opdrachten van diensten voor gezinszorg	159
Bijlage 4: Topiclijst focusgroepen toeleiders	162
Bijlage 5: Topiclijst focusgroepen diensten voor gezinszorg	164
Bijlage 6: Invuldocument focusgroepen diensten voor gezinszorg	166
Bijlage 7: Topiclijst interviews met experts	167

Lijst Tabellen

Tabel 1	Hoofdstuk onderzoeksrapport met bijhorende bron voor input	24
Tabel 2	Types ondersteuning die ingekocht kunnen worden met een PVB	28
Tabel 3	Huidige gebruik van praktische hulp per categorie	33
Tabel 4	Huidig gebruik van thuiszorgvoorzieningen per categorie praktische hulp	35
Tabel 5	Drempels	36
Tabel 6	Ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen, specifiek voor personen met een handicap	40
Tabel 7	Premies en tegemoetkomingen voor een bredere doelgroep	44
Tabel 8	Combineerbaarheid ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen	47
Tabel 9	Overzicht respondenten focusgroepen toeleiders	66
Tabel 10	Samenvatting van drempels en helpende factoren vanuit de focusgroepen met toeleiders	72
Tabel 11	Gebruikte terminologie	76
Tabel 12	Achtergrond deelnemers focusgroepen	78
Tabel 13	Drempels bij het bereiken van personen met een handicap	80
Tabel 14	Helpende factoren en bijhorende drempels bij het bereiken van personen met een handicap	85
Tabel 15	Samenvatting drempels en helpende factoren bij ondersteunen PmH	88
Tabel 16	Overzicht geïnterviewde experts	100
Tabel 17	Mogelijke aanbevelingen rond kennis en competenties van het personeel van de diensten voor gezinszorg	107
Tabel 18	Mogelijke aanbevelingen continuïteit en flexibiliteit van de dienstverlening door diensten voor gezinszorg	111
Tabel 19	Mogelijke oplossingen financiële luik	115
Tabel 20	Mogelijke oplossingen voor het tekort aan kennis over het aanbod van de organisaties	116
Tabel 21	Mogelijke aanbevelingen rond afstemming/samenwerking/coördinatie	125
Tabel 22	Samenvatting bevindingen interviews met experts	126
Tabel 23	Voorwaarden ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen specifiek voor PmH	153
Tabel 24	Voorwaarden premies en tegemoetkomingen voor een bredere doelgroep	155
Tabel 25	Opdrachten diensten voor gezinszorg	159

Lijst Figuren

Figuur 1	Algemene onderzoeksmethode	23
Figuur 2	Concentrische cirkels	26
Figuur 3	Stappen van toeleiding tot effectieve begeleiding door de diensten voor gezinszorg	94
Figuur 4	Hefbomen (groene kolom) en drempels (oranje kolom) voor het bereik en de toegankelijkheid van diensten voor gezinszorg voor personen met een handicap	132
Figuur 5	Concentrische cirkels	135

Afkortingen

Afkorting	Betekenis
ADL	Activiteiten van het Dagelijks Leven
ASS	Autismespectrumstoornis
B-waarde	Begeleidingsnood
DOP	Dienst(en) ondersteuningsplan
DMW	Dienst(en) maatschappelijk werk
IADL	Instrumentele Activiteiten van het Dagelijks Leven
Infoloket	Gebruikersvereniging(en) met informatieloket voor personen met een handicap
MDT	Multidisciplinair team
MDV	Multidisciplinair verslag
MFC	Multifunctioneel centrum
MPI	Medisch-Pedagogisch Instituut
OP PVB	Ondersteuningsplan persoonsvolgend budget
PAB	Persoonlijke-assistentiebudget
PmH	Persoon/Personen met een handicap
PVB	Persoonsvolgend budget
PVF	Persoonsvolgende financiering
PG3	Prioriteitengroep 3
P-waarde	Permanentienood
RTH	Rechtstreeks toegankelijke hulp
Toeleiders	Organisaties die personen met een handicap ondersteunen bij hun vragen en kunnen toeleiden naar de meest gepaste hulp, o.a. diensten voor gezinszorg. In dit onderzoek zijn de toeleiders afgebakend tot de DMW, de DOP en de infoloketten.
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VTC	Vlaamse toeleidingscommissie
VTO	Vorming, training en opleiding
ZZI	Zorgzwaarte-instrument

Inleiding

In 2021-2022 nam het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) een bevraging af bij een representatieve steekproef van personen met een handicap (PmH) in prioriteitengroep 3 (PG3). Dit is de prioriteitengroep waarbij, binnen het huidige budgettaire kader en de actueel gehanteerde verdeelsleutels, de wachttijd voor de terbeschikkingstelling van hun (volledig of deel van hun) persoonsvolgend budget (PVB) het langste is (meer dan 20 jaar). In het onderzoek werd bekeken welke noden PmH in PG3 op dit moment hebben, hoe ze deze vandaag invullen en wie hen daarbij helpt. Uit de bevraging bleek dat PmH in PG3 een grote nood hebben aan praktische hulp die aangeboden wordt door professionele diensten.

Omwille van de bevinding dat PmH in PG3 een grote nood hebben aan praktische hulp aangeboden door professionele diensten en het vermoeden dat diensten voor gezinszorg hierin een rol kunnen betekenen, werd er een vervolgonderzoek opgestart. Het vervolgonderzoek heeft als doel 'een beter en meer volledig zicht krijgen op het gebruik en de toegankelijkheid van de thuiszorgvoorzieningen, en meer specifiek diensten voor gezinszorg, voor personen met een handicap'. Er wordt daarbij zowel naar de vraagzijde (PmH) als de aanbodzijde (de diensten voor gezinszorg en organisaties die PmH toeleiden naar diensten voor gezinszorg) gekeken. Het VAPH bevroegde PmH in PG3 over welke soorten praktische hulp ze vandaag gebruiken en welke extra noden ze hebben. Daarnaast werd gevraagd of PmH in PG3 thuiszorgvoorzieningen kennen, of ze er al gebruik van maken of zouden willen maken en wat de eventuele drempels daarbij zijn. Dit onderzoek richt zich op het luik van de aanbodzijde: wat zijn hun ervaringen omtrent het gebruik en de toegankelijkheid van diensten voor gezinszorg voor PmH en wat ziet de aanbodzijde als mogelijke drempels bij PmH om gebruik te maken van diensten voor gezinszorg. Dit doen we aan de hand van deskresearch en kwalitatieve onderzoeksmethoden (op basis van focusgroepen en interviews).

Dit onderzoek gericht op de aanbodzijde wordt uitgevoerd door Thomas More in opdracht van het VAPH, binnen de context van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Hoofdstuk 1

Doelstelling, onderzoeksvragen, algemene onderzoeksmethode en opbouw van het onderzoeksrapport

In dit hoofdstuk beschrijven we de doelstelling, concrete onderzoeksvragen en algemene onderzoeksmethode. Aan het slot van dit hoofdstuk lichten we ook de opbouw van dit rapport toe.

1 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is 'een beter en meer volledig zicht krijgen op het gebruik en de toegankelijkheid van de thuiszorgvoorzieningen, en meer specifiek diensten voor gezinszorg, voor personen met een handicap (PmH)'. Dit onderzoek richt zich tot de aanbodzijde, de diensten voor gezinszorg en organisaties die PmH toeleiden naar diensten voor gezinszorg.

2 Onderzoeksvragen

Om deze onderzoeksdoelstelling te realiseren, onderscheiden we volgende drie onderzoeksvragen:

1. Wat is het bereik van PmH door diensten voor gezinszorg en hoe ervaren ze dit?
2. Welke drempels en risico's ervaren diensten voor gezinszorg voor het ondersteunen van PmH?
3. Welke opportuniteiten en hefboomen kunnen bijdragen tot het verhogen van de toegankelijkheid en het bereik van diensten voor gezinszorg voor PmH?

3 Algemene onderzoeksmethode

In onderstaande figuur geven we de algemene onderzoeksmethode en -acties over de tijd heen weer. Deze acties worden in de desbetreffende hoofdstukken verder toegelicht.

Figuur 1 Algemene onderzoeksmethode



4 Opbouw van het onderzoeksrapport

In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) beschrijven we de beleidsverkenning. In het derde en vierde hoofdstuk komen de focusgroepen aan bod. Hoofdstuk 5 focust op de interviews met experts. In hoofdstuk 6 worden alle bevindingen geïntegreerd om een antwoord te bieden op de onderzoeksvragen en algemene conclusies te formuleren. Tot slot worden hieraan aanbevelingen gekoppeld (hoofdstuk 7).

Zoals Tabel 1 samenvat, werd in dit onderzoek input meegenomen vanuit verschillende invalshoeken. Tot en met hoofdstuk 6 geven we een afspiegeling van de informatie uit de beleidsdocumenten en

gesprekken met betrokken actoren. In hoofdstuk 7 reflecteren we hierop en formuleren we op basis van de onderzoeksresultaten aanbevelingen.

Belangrijk om in het achterhoofd te houden is dat we met dit onderzoek ons focussen op het perspectief van de diensten voor gezinszorg en toeleiders, en dus niet het perspectief van de gebruikers (PmH). Dit onderzoek is dan ook complementair met het onderzoek vanuit het perspectief van de gebruikers, uitgevoerd door het VAPH (Bleys et al., 2024a, 2024b; Brackx et al., 2024c, 2024a, 2024b).

Tabel 1 Hoofdstuk onderzoeksrapport met bijhorende bron voor input

Hoofdstuk	Inhoud hoofdstuk	Input vanuit ...
Hoofdstuk 2	Beleidsverkenning	Beleidsdocumenten Experten Voorgaande onderzoeken VAPH
Hoofdstuk 3	Focusgroepen toeleiders	Ervaringen toeleiders
Hoofdstuk 4	Focusgroepen erkende diensten voor gezinszorg	Ervaringen erkende diensten voor gezinszorg
Hoofdstuk 5	Interviews met experts	Ervaringen experts/stakeholders
Hoofdstuk 6	Besluit	Beleidsverkenning (H2), ervaringen betrokken actoren (H3 en H4) en experts (H5)
Hoofdstuk 7	Aanbevelingen	Besluit (H6) en brainstorm met onderzoeksteam

Hoofdstuk 2

Beleidsverkenning

1 Inleiding

Het onderzoek richt zich op het gebruik en de toegankelijkheid van erkende diensten voor gezinszorg voor personen met een handicap (PmH) in prioriteitengroep 3 (PG3) voor een persoonsvolgend budget (PVB). In dit hoofdstuk verkennen we enerzijds de doelgroep 'personen met een handicap in PG3 voor een PVB' en anderzijds de 'erkende diensten voor gezinszorg'. Deze verkenning biedt ons een belangrijke inhoudelijke basis over zowel de doelgroep PmH in PG3 als de erkende diensten voor gezinszorg om de onderzoeksresultaten en -inzichten te situeren.

Eerst beschrijven we de persoonsvolgende financiering (PVF): wat is het en hoe verloopt de aanvraagprocedure en beslissing van het PVB. Daarna beschrijven we PG3 en hun noden voor individuele praktische hulp. Vervolgens gaan we in op de ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen waarvan PmH in PG3 onder bepaalde voorwaarden gebruik kunnen maken. Hierbij maken we een opsplitsing tussen de ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen specifiek voor PmH en ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen voor een bredere doelgroep.

Daaropvolgend gaan we dieper in op de erkende diensten voor gezinszorg omdat zij mogelijk individuele praktische hulp kunnen aanbieden aan PmH in PG3. We beschrijven de programmatie, erkenningsvoorwaarden en subsidiëring van deze diensten, de doelstellingen en opdrachten van de diensten voor gezinszorg en de gebruikersbijdrage.

Tot slot eindigen we het hoofdstuk met de belangrijkste geleerde lessen voor het onderzoek.

2 Methode

Om inzicht te krijgen in zowel de doelgroep PmH in PG3 als de erkende diensten voor gezinszorg werd een desk research uitgevoerd. Hierbij werden voornamelijk de websites, rapporten en documenten van de bevoegde departementen, agentschappen en overheidsdiensten geraadpleegd, alsook de Vlaamse Codex voor de Vlaamse regelgeving. Daarnaast vonden er interviews plaats met twee experts op het vlak van (ondersteuning voor) PmH en twee experts van erkende diensten voor gezinszorg.

3 Resultaten

3.1 De persoonsvolgende financiering (PVF)

Op 1 januari 2017 werd de persoonsvolgende financiering ingevoerd (PVF) om de financiering van ondersteuning voor PmH meer vraaggestuurd te maken. Dat betekent dat personen met een handicap een budget krijgen op maat van hun vraag naar ondersteuning en zelf kunnen bepalen hoe ze hun ondersteuning organiseren. Met de komst van de PVF gaan de middelen van het VAPH niet langer rechtstreeks naar de vergunde zorgaanbieders maar naar de PmH zelf. Dat wil zeggen dat de PmH zelf bepaalt welke zorg en ondersteuning die wenst en bij wie die de zorg en ondersteuning wil inkopen. De ambitie is om ook zorggarantie te bieden aan PmH met de grootste ondersteuningsnood. De PVF bestaat uit twee trappen:

1. Trap 1: De rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) en het 'zorgbudget voor mensen met een handicap' voor PmH met een beperkte ondersteuningsnood;
2. Trap 2: Het persoonsvolgend budget (PVB) voor PmH die intensieve of frequente ondersteuning nodig hebben (VAPH, z.d.-e).

De PVF is een belangrijke pijler van het nieuwe ondersteuningsbeleid voor PmH, zoals beschreven in het Perspectiefplan 2020 (Kabinet van Vlaams minister van Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2010). In dat plan van Jo Vandeuren staan gedeelde zorg en ondersteuning, inclusie, vraagsturing en zelfregie centraal. Zorg en ondersteuning voor PmH is een gedeelde verantwoordelijkheid die gevisualiseerd wordt door vijf concentrische cirkels die representatief zijn voor de verschillende mogelijke bronnen van ondersteuning voor PmH die naast elkaar ingezet kunnen worden:

Figuur 2 Concentrische cirkels



(VAPH, z.d.-e)

3.1.1 Trap 1: Rechtstreeks toegankelijke hulp en het zorgbudget voor mensen met een handicap

De rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) en het zorgbudget voor mensen met een handicap stellen PmH en hun omgeving in staat om zorg en ondersteuning laagdrempelig te organiseren, zonder beroep te moeten doen op intensieve zorg en ondersteuning (VAPH, z.d.-e).

Personen met een (vermoeden van) handicap die voldoen aan bepaalde voorwaarden en af en toe handicapspecifieke ondersteuning nodig hebben, kunnen daarvoor gebruik maken van *RTH*. Hiervoor moeten PmH geen aanvraag indienen. Men kan rechte contact opnemen met RTH-aanbieders die erkend en gesubsidieerd worden door het VAPH. Elk kalenderjaar kunnen PmH maximaal acht RTH-punten besteden aan ondersteuning door RTH-aanbieders. In sommige gevallen kan men maximaal zeven RTH-punten inzetten, namelijk als de RTH-aanbieder structureel een beroep doet op een vrijwilliger voor de ondersteuning. Met RTH-punten kunnen PmH drie vormen van ondersteuning inkopen: individuele begeleiding (ambulante begeleiding, mobiele begeleiding, groepsbegeleiding, begeleid werken), dagopvang of verblijf (overnachting). De acht RTH-punten staan voor 51 begeleidingen of 36 mobiele begeleidingen of 36 begeleidingen begeleid werken of 91 groepsbegeleidingen of 91 dagen dagopvang of 61 nachten verblijf. Deze verschillende ondersteuningsvormen mogen gecombineerd worden. De RTH-aanbieder kan voor de ondersteuning een bijdrage vragen. De maximale bijdrage hiervoor is per ondersteuningsvorm vastgelegd. Of de gewenste ondersteuning geboden kan worden, is afhankelijk van de nog besteedbare RTH-punten van de PmH en de beschikbare capaciteit van de RTH-aanbieder (VAPH, 2023a).

Het *zorgbudget voor mensen met een handicap* is een vast bedrag van €300 dat maandelijks wordt uitbetaald door de zorgkassen aan PmH die voldoen aan bepaalde voorwaarden (zie ook 3.3.1) (VAPH, z.d.-e). Dit zorgbudget is uitdovend.

3.1.2 Trap 2: Persoonsvolgend budget (PVB)

Het persoonsvolgend budget (PVB) is een budget op maat waarmee meerderjarige personen die door hun handicap intensieve of frequente ondersteuning nodig hebben zorg en ondersteuning kunnen inkopen (VAPH, 2023b).

Tabel 2 geeft een overzicht van de types ondersteuning die ingekocht kunnen worden. Deze ondersteuning kan zowel door het netwerk van de persoon zelf geboden worden, als door vrijwilligersorganisaties, individuele begeleiders, professionele zorgverleners of door het VAPH vergunde zorgaanbieders (VAPH, 2023c).

Tabel 2 Types ondersteuning die ingekocht kunnen worden met een PVB

Type ondersteuning	Toelichting	Voorbeelden
Dagondersteuning	Begeleiding of permanentie in groep overdag. Frequentie: aantal (halve) dagen per week of een hele week	Dagbesteding bij een groenezorginitiatief, atelierwerking, activiteiten in een dagcentrum, begeleiding in groep, uitstappen in groep
Woonondersteuning	Begeleiding en permanentie in groep 's avonds, 's nachts en 's ochtends. Frequentie: aantal nachten per week, of een hele week	Bij een vergunde zorgaanbieder overnachten, samenwonen en samen ondersteuning krijgen in een kleine groep.
Individuele psychosociale begeleiding	Één-op-één-begeleiding om te helpen nadenken over de organisatie van het dagelijkse leven. Frequentie: aantal uur per week	Samen nadenken hoe het huishouden georganiseerd kan worden.
Individuele praktische hulp	Praktische hulp in een één-op-één-relatie bij activiteiten van het dagelijks leven (ADL). Frequentie: aantal uur per week	Praktische hulp op de werkvloer, hulp bij het eten, wassen of aankleden, voorwerpen oprapen of aanreiken.
Globale individuele ondersteuning	Ruime één-op-één-ondersteuning die meerdere levensdomeinen omvat. De aard van de ondersteuning kan verschillen en de verschillende vormen van ondersteuning (stimulatie, coaching, training, assistentie bij activiteiten) kunnen in mekaar doorlopen. Frequentie: aantal uur per week	De verschillende taken bij het koken bespreken en aanleren of samen uitvoeren.
Oproepbare permanentie	Beschikbaarheid van een begeleider om na een oproep binnen een bepaalde tijd één-op-één-ondersteuning te bieden die niet gepland kan worden.	Hulp oproepen na een val.

Bron: (VAPH, 2023c)

Het PVB wordt niet automatisch toegekend, maar moet aangevraagd worden. Enkel personen die erkend zijn als persoon met een handicap, die tussen de 18 en 65 jaar een eerste keer ondersteuning vragen aan het VAPH, die in Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen en voldoen aan de concrete verblijfsvoorwaarden, kunnen in aanmerking komen voor een persoonsvolgend budget. Zij dienen een aanvraag in bij het VAPH. De aanvraagprocedure kan gestart worden vanaf 17 jaar. Deze aanvraag verloopt in volgende stappen:

- *Stap 1: de vraag goed in kaart brengen = een proces van vraagverheldering.*

In deze stap wordt in kaart gebracht wat de PmH belangrijk vindt opdat het leven ervaren wordt als een kwaliteitsvol leven, hoe de PmH leeft en wil leven, wat de sterktes en zwaktes van de PmH zijn, welke activiteiten de PmH wil uitvoeren, bij welke activiteiten er wanneer problemen zijn, welke hulpmiddelen er al gebruikt worden, welke ondersteuning er al is, of de gekregen

ondersteuning voldoende is of niet en waarom niet, wie de PmH kan helpen nu, in de toekomst of als de huidige ondersteuning wegvalt, ...

Voor dit proces van vraagverheldering kan men de tool www.mijnondersteuningsplan.be gebruiken of hulp vragen aan naasten, een dienst ondersteuningsplan (DOP), een dienst maatschappelijk werk (DMW) van het ziekenfonds, een gebruikersvereniging met informatieloket voor PmH (infoloket), ...

Het resultaat van deze stap is een overzicht van wat de PmH zelf kan, welke ondersteuning al aanwezig is en welke ondersteuning er ontbreekt. In principe wordt hierbij ook gekeken naar ondersteuning van reguliere diensten. Indien er nood is aan intensieve en frequente handicap-specifieke ondersteuning kan men naar stap 2 gaan.

- *Stap 2: een ondersteuningsplan persoonsvolgend budget (OP PVB) invullen en indienen bij het VAPH.*

Het OP PVB bevat vijf delen: (1) identificatiegegevens, (2) vragen over de huidige situatie, (3) vraag naar zorg en ondersteuning, (4) enkele vragen over hoe men te werk is gegaan bij de vraagverheldering, en (5) informatie over de dringendheid van de vraag. Voor het invullen van het OP PVB kan men hulp vragen aan een DOP, DMW of een infoloket. De persoon zelf of deze diensten/verenigingen dienen het OP PVB in via het e-loket mijnvaph.be of sturen het op met de post naar het VAPH-kantoor in de provincie.

Uit het laatste jaarverslag van het VAPH blijkt dat 65.7% van de OP PVB wordt ingediend door of met behulp van een DMW, 18.6% door een DOP, 10% met behulp van anderen en 5.8% door de PmH zelf.

- *Stap 3: een multidisciplinair verslag (MDV) laten opmaken.*

Het MDV wordt opgemaakt door een multidisciplinair team (MDT) tijdens een gesprek met de persoon met (een vermoeden van) een handicap. Het MDT beschrijft objectief de handicap, ondersteuningsnoden en de dringendheid van de vraag. De objectivering van handicap gebeurt aan de hand van diagnostische gegevens. De objectivering van de ondersteuningsnood gebeurt aan de hand van het zorgzwaarte-instrument (ZZI). De afname hiervan resulteert in een B-waarde (= begeleidingsnood) en P-waarde (= permanentienood).

(Brackx et al., 2024b; VAPH, 2023b, 2024e)

De Vlaamse toeleidingscommissie (VTC) beslist over de erkenning als persoon met een handicap (als men nog niet erkend is door het VAPH) en over de prioriteit van de aanvraag (VAPH, 2023b). De VTC oordeelt op basis van de informatie aangeleverd door het multidisciplinair team (MDT) of de persoon voldoet aan de voorwaarden van een *erkenning als persoon met een handicap* (PmH) (VAPH, 2024g). Daarnaast bepaalt de VTC de *prioriteitengroep* op basis van de gegevens van het MDT en een aantal vragen over de dringendheid van de vraag in het OP PVB (VAPH, 2024g). Voor het bepalen van de prioriteitengroep hanteert de VTC volgende criteria: (1) “In welke mate heeft het uitblijven van een terbeschikkingstelling van een persoonsvolgend budget een impact op het netwerk van de persoon met een handicap?”, (2) “In welke mate heeft het uitblijven van een terbeschikkingstelling van een persoonsvolgend budget een impact op het functioneren van de persoon met een handicap?”, en (3) “In welke mate is er een kloof tussen de ondersteuning die de persoon met handicap nodig heeft en de ondersteuning die de persoon krijgt?” (VAPH, 2024g).

Er zijn drie prioriteitengroepen:

- Prioriteitengroep 1: de meest dringende vragen en minst lange wachttijd
- Prioriteitengroep 2: minder dringende vragen en langere wachttijd
- Prioriteitengroep 3: de minst dringende vragen en langste wachttijd

(VAPH, 2023b, 2024g)

Binnen de prioriteitengroep worden de vragen gerangschikt volgens de datum waarop het ondersteuningsplan persoonsvolgend budget is ingediend. Dit wordt de *prioriteringsdatum* genoemd (VAPH, 2024g).

De *budgetcategorie* wordt bepaald aan de hand van de vraag die de persoon met (een vermoeden van) een handicap aan het VAPH stelt in het OP PVB en het onderzoek van het MDT. In het OP PVB specificeert de persoon voor welke functies hij/zij/hun ondersteuning nodig heeft en de frequentie ervan. Het MDT gaat aan de hand van het ZZI na hoeveel zorg en ondersteuning er nodig is. Het ZZI bepaalt de nood aan begeleiding (B-waarde) en permanentie of toezicht van anderen (P-waarde). (VAPH, 2024g)

Na het beslissingsproces van de VTC ontvangt de persoon met (een vermoeden van) een handicap een brief met een beslissing over de erkenning als persoon met een handicap, de budgetcategorie en de B- en P- waarde, de prioriteitengroep en de prioriteringsdatum (VAPH, 2024).

Deze beslissing over de aanvraag van een PVB betekent echter niet dat de PmH onmiddellijk een PVB ontvangt (VAPH, 2023b). De Vlaamse Regering beslist namelijk over de middelen waarover het VAPH kan beschikken om nieuwe PVB ter beschikking te stellen en er zijn momenteel meer vragen dan beschikbare budgetten (VAPH, 2024h). Dit leidt tot wachttijden binnen de prioriteitengroepen waarbij op 15/02/2024 personen met volgende prioriteringsdatum bovenaan in de prioriteitengroepen staan en dus als eerste een PVB zullen ontvangen zodra er budget beschikbaar is vanuit de Vlaamse Regering:

- Prioriteitengroep 1: 01/01/2024
- Prioriteitengroep 2: 01/10/2016
- Prioriteitengroep 3: 16/01/2002

Op het moment dat de PmH aan de beurt is voor het ontvangen van een PVB wordt hij/zij/die op de hoogte gebracht via een brief met het budget waarop de PmH recht heeft en informatie over hoe men kan starten met het besteden van het PVB (VAPH, 2024h).

3.2 Prioriteitengroep 3

Dit onderzoek spitst zich toe op prioriteitengroep 3 (PG3). Dit zijn de personen met ondersteuningsvragen die beoordeeld worden als minst dringend en die bijgevolg het langst op de terbeschikkingstelling van hun budget moeten wachten (VAPH, 2023b, 2024f). Op 31 december 2023 waren er 10 162 wachtenden in PG3 waarvan 26% van de wachtenden aan het wachten zijn op een verhoging van hun PVB (VAPH, 2024e). In PG3 heeft 30% een lage ondersteuningsvraag (budgetcategorie III of lager) en 70% een hoge ondersteuningsvraag (Brackx & Bleys, 2022).

3.2.1 Prioriteitengroep 3 en hun nood voor individuele praktische hulp

Voorafgaand aan dit onderzoek ondernam het VAPH reeds een bevraging naar de hulpbronnen en de ondersteuning waarop personen uit PG3 een beroep doen. Bij een steekproef van 958 personen vroegen men naar de volgende punten:

- Noden van personen uit PG3 (gewenste en bijkomende ondersteuning);
- Hoe vullen ze die noden in (huidige ondersteuning);
- Wat helpt hen bij het invullen van de noden;
- Voor welke noden is er geen of onvoldoende ondersteuning;
- Welke soort initiatieven zouden volgens hen (of hun omgeving) oplossingen op korte termijn kunnen bieden? (Brackx & Bleys, 2022)

Uit het onderzoek blijkt dat de doelgroep PmH in PG3 heel divers is met ook diverse ondersteuningsnoden. Er is nood aan een ruimere rechtenverkenning zodat PmH in PG3 beter weten op welke premies en tegemoetkomingen ze recht hebben en waar ze terecht kunnen om ze aan te vragen (zie ook 3.3). Dit kan hen meer mogelijkheden bieden om terwijl ze wachten op een (verhoging van) PVB al (extra) zorg en ondersteuning in te kopen en zo hun kwaliteit van leven te verbeteren. Daarnaast is er nood aan vraagverheldering waarbij er gepaste oplossingen gezocht worden over de beleidsdomeinen heen. (VAPH, 2022b) Verschillende PmH in PG3 hebben nooit een proces van vraagverheldering doorlopen omdat hun ondersteuningsvraag dateert van voor de omschakeling naar de PVF. Tot slot is één van de bevindingen van dit voorafgaande onderzoek dat *personen uit PG3 vooral nood hebben aan meer praktische hulp in het dagelijkse leven* (Brackx & Bleys, 2022). Deze bevinding was de aanleiding voor het vervolgonderzoek waarvan dit onderzoek een onderdeel is. Daarom geven we de belangrijkste bevindingen uit het voorgaande onderzoek met betrekking tot individuele praktische hulp hieronder weer.

3.2.1.1 Huidige individuele praktische hulp

Bijna drie kwart van de respondenten uit PG3 (72.7%, n = 696) maakte op het moment van de bevraging gebruik van individuele praktische hulp. Het VAPH omschrijft deze hulp als *“praktische hulp in een een-op-een-relatie bij algemene dagelijkse activiteiten van het leven (ADL) gedurende een aantal uur per week”* (Brackx & Bleys, 2022).

Personen met een hoge ondersteuningsvraag maken vaker (80.3%, n = 449 vs. 61.9%, n = 247) en frequenter (vaker dagelijks) gebruik van individuele praktische hulp dan personen met een lage ondersteuningsvraag. De praktische hulp wordt vaak geboden door niet-professionelen, voornamelijk door het eigen gezin en/of familie/vrienden en in zeer beperkte mate door vrijwilligers. Opvallend is dat

de 'meerdere keren per week' tot 'dagelijkse' praktische hulp vaker geboden wordt door het eigen gezin (lage ondersteuningsvraag: 51.9%, n = 128 en hoge ondersteuningsvraag: 66.6%, n = 299) dan door professionele diensten (lage ondersteuningsvraag: 30.7%, n = 76 en hoge ondersteuningsvraag: 50.1%, n = 225). (Brackx & Bleys, 2022)

3.2.1.2 Gewenste individuele praktische hulp

Met het oog op het blootleggen van eventuele tekorten of niet ingevulde noden werd in de bevraging van het VAPH ook gevraagd naar de gewenste individuele praktische hulp. Dit gaf inzicht in de gewenste hoeveelheid hulp, de gewenste ondersteuner en de frequentie ervan. Over het algemeen is er vooral nood aan frequentere ondersteuning en een verschuiving van hulp door het gezin of familie naar professionele hulp. (Brackx & Bleys, 2022)

De meeste personen geven aan nood te hebben aan *meer individuele praktische hulp* (hoge ondersteuningsvraag: 95.2%, n = 532 en lage ondersteuningsvraag: 88.4%, n = 347). Er is daarbij ook vraag naar *frequentere ondersteuning*: bijvoorbeeld 53.5% (n = 299) van de personen met een hoge ondersteuningsvraag en 23.2% (n = 92) van de personen met een lage ondersteuningsvraag vraagt elke dag individuele praktische hulp. Personen met een hoge ondersteuningsvraag (71.7%, n = 256), vragen daarbij meer frequente ondersteuning (meermaals per week tot dagelijks) door een professionele dienst dan personen met een lage ondersteuningsvraag (49%, n = 102). De meest gewenste ondersteuner zijn de *professionele diensten* (lage ondersteuningsvraag: 86.1%, n = 179 en hoge ondersteuningsvraag: 89.9%, n = 321). Ook een grote groep wil het liefste door het eigen gezin ondersteund worden, zeker personen met een hoge ondersteuningsvraag (72.5%, n = 259). En meer dan de helft van personen met een hoge ondersteuningsvraag (51.8%, n = 185) geeft aan praktische hulp te willen van vrijwilligers. (Brackx & Bleys, 2022)

3.2.1.3 Bijkomende individuele praktische hulp

Tot slot werd in de bevraging van het VAPH de huidige individuele praktische hulp vergeleken met de gewenste individuele praktische hulp. Dit om te onderzoeken hoe groot de nood aan bijkomende individuele praktische hulp is. (Brackx & Bleys, 2022)

Daaruit blijkt dat personen met een hoge ondersteuningsvraag meer en frequentere individuele praktische hulp nodig hebben. Momenteel maakt 80.3% (n = 449) gebruik van individuele praktische hulp terwijl 95.2% (n = 532) aangeeft nood te hebben aan individuele praktische hulp. Ook personen met een lage ondersteuningsvraag hebben nood aan meer individuele praktische hulp. Vandaag heeft 61.9% (n = 247) individuele praktische hulp terwijl 88.4% (n = 347) er nood aan heeft. (Brackx & Bleys, 2022)

Tot slot geven de analyses aan dat de frequentie van ondersteuning door het eigen gezin licht mag dalen en die door familie/vrienden hetzelfde mag blijven. Er is echter wel een grote nood aan bijkomende ondersteuning vanuit professionele diensten en ook een kleinere nood aan extra individuele praktische hulp van vrijwilligers. (Brackx & Bleys, 2022)

3.2.2 Prioriteitengroep 3 en hun nood voor praktische hulp door professionelen

Daar één van de belangrijkste bevindingen uit het voorafgaand onderzoek van het VAPH (Brackx & Bleys, 2022) is dat PmH in PG3 nood hebben aan meer individuele praktische hulp geboden door professionelen, voerde het VAPH een vervolgbefraging (Bleys et al., 2024a, 2024b; Brackx et al., 2024c, 2024a, 2024b) uit met de focus hierop. Het onderzoek verkende via een vragenlijst welke categorieën praktische hulp PmH in PG3 nodig hebben, hoe gekend de reguliere diensten (thuiszorgvoorzieningen) zijn die praktische hulp aanbieden en de bereidheid om beroep te doen op deze reguliere diensten voor individuele praktische hulp. Bij een steekproef van 1069 PmH in PG3 vroeg men naar volgende punten:

- Welke categorieën praktische hulp gebruiken PmH in PG3 vandaag;
- Welke categorieën praktische hulp hebben PmH in PG3 nog extra nodig;
- Kennen PmH in PG3 thuiszorgvoorzieningen;
- Maken PmH in PG3 al gebruik van thuiszorgvoorzieningen;
- Zouden PmH in PG3 gebruik willen maken van thuiszorgvoorzieningen;
- Welke drempels ervaren PmH in PG3 om gebruik te maken van thuiszorgvoorzieningen;
- Overwegen PmH in PG3 om thuiszorgvoorzieningen te contacteren?

(Brackx et al., 2024c)

De belangrijkste bevindingen van het onderzoek worden hieronder weergegeven, alsook de beleidsconclusies en beleidsaanbevelingen van het VAPH op basis van het onderzoek. We nemen deze ook mee in onze algemene conclusie (H6) en beleidsaanbevelingen (H7).

3.2.2.1 Huidige soorten praktische hulp

De respondenten ontvangen momenteel voornamelijk ‘hulp in het huishouden’ (47.1%, n = 503) en het minste ‘hulp bij de opvoeding’ (10.3%, n = 110). Tabel 3 geeft de gegevens voor alle categorieën praktische hulp weer (Bleys et al., 2024a).

Tabel 3 Huidige gebruik van praktische hulp per categorie

Categorieën van praktische hulp	Ja	Nee	Totaal
Hulp in het huishouden	47.1% (n = 503)	52.9% (n = 566)	100% (n = 1069)
Verzorging	32.7% (n = 350)	67.3% (n = 719)	100% (n = 1069)
Hulp bij het verplaatsen zonder begeleiding	16.5% (n = 176)	83.5% (n = 893)	100% (n = 1069)
Hulp bij het verplaatsen met begeleiding	33.3% (n = 356)	66.7% (n = 713)	100% (n = 1069)
Oppashulp	13.3% (n = 142)	6.7% (n = 927)	100% (n = 1069)
Hulp bij karweien	27.4% (n = 293)	72.6% (n = 776)	100% (n = 1069)
Hulp bij de opvoeding	10.3% (n = 110)	89.7% (n = 959)	100% (n = 1069)
Geen van bovenstaande	36.3% (n = 388)	63.7% (n = 681)	100% (n = 1069)

(Bleys et al., 2024a)

Enkele categorieën van praktische hulp worden momenteel iets vaker gebruikt door personen met een ondersteuningsplan PVB (OP PVB) dan door personen zonder OP PVB, namelijk ‘oppashulp’, ‘hulp bij karweien’ en ‘hulp bij de opvoeding’ (Brackx et al., 2024b).

Daarnaast hebben personen met een PVB, die in PG3 wachten op een verhoging van hun budget, vaker geen ‘hulp in het huishouden’, ‘hulp bij het verplaatsen zonder begeleiding’, ‘hulp bij het verplaatsen met begeleiding’, ‘oppashulp’, ‘hulp bij karweien’ en ‘hulp bij de opvoeding’. Personen met een PVB hebben ook iets vaker aangeduid dat ze momenteel ‘geen van voormelde categorieën van praktische hulp’ ontvangen. (Brackx et al., 2024b)

3.2.2.2 *Kennis omtrent thuiszorgvoorzieningen*

De meerderheid van de respondenten (67.1%, n = 713) kende de thuiszorgvoorzieningen voorafgaand aan het onderzoek (Bleys et al., 2024a). Het al dan niet kennen van thuiszorgvoorzieningen is niet afhankelijk van het al dan niet hebben van een OP PVB of een PVB (Brackx et al., 2024b) en ook niet van het type handicap dat de persoon heeft (Brackx et al., 2024a). Opvallend is wel dat hoe ouder de respondenten zijn, hoe vaker ze thuiszorgvoorzieningen kennen (Brackx et al., 2024c).

Er zijn verschillen op te merken in de bekendheid van de verschillende categorieën van praktische hulp die aangeboden worden door thuiszorgvoorzieningen. Voornamelijk ‘hulp in het huishouden’ (61.4%, n = 652) en ‘verzorging’ (50%, n = 531) zijn het meest gekend. ‘Hulp bij het verplaatsen met begeleiding’, ‘hulp bij karweien’ en ‘oppashulp’ zijn door minder dan de helft (33.8-26.9%) van de respondenten gekend. ‘Hulp bij de opvoeding’ is slechts door 15.3% (n = 163) van de respondenten gekend. (Brackx et al., 2024c)

Personen met een OP PVB kennen iets vaker wel de ‘hulp bij de opvoeding’. Maar binnen die groep van personen met een OP PVB geven personen iets vaker aan ‘geen enkele van de categorieën’ te kennen, ook al kennen ze de thuiszorgvoorzieningen zelf wel. (Brackx et al., 2024b) Ook afhankelijk van het type handicap dat de persoon heeft, zijn er kleine verschillen in het al dan niet kennen van de verschillende categorieën van praktische hulp (Brackx et al., 2024a).

3.2.2.3 *Huidig gebruik van thuiszorgvoorzieningen voor praktische hulp*

De respondenten die momenteel reeds praktische hulp krijgen, werden gevraagd of ze die hulp al dan niet krijgen van thuiszorgvoorzieningen. Momenteel krijgen PmH in PG3 die praktische hulp krijgen voornamelijk ‘hulp in het huishouden’ (67.4%, n = 339) en ‘verzorging’ (63.1%, n = 221) van thuiszorgvoorzieningen (Bleys et al., 2024a). Personen met een OP PVB hebben daarbij iets minder vaak geen ‘hulp in het huishouden’ door thuiszorgvoorzieningen en personen zonder een PVB hebben vaker geen ‘hulp in het huishouden’ door thuiszorgvoorzieningen dan personen met een PVB (Brackx et al., 2024b). De tabel hieronder geeft het huidige gebruik van thuiszorgvoorzieningen voor alle categorieën praktische hulp weer. Het totaal per vraag is afhankelijk van het al dan niet krijgen van die categorie van hulp momenteel (Bleys et al., 2024a).

Tabel 4 Huidig gebruik van thuiszorgvoorzieningen per categorie praktische hulp

Categorieën van praktische hulp door thuiszorgvoorzieningen	Ja	Nee	Ik weet het niet	Totaal
Hulp in het huishouden	67.4% (n = 339)	23.5% (n = 118)	9.1% (n = 46)	100% (n = 503)
Verzorging	63.1% (n = 221)	28.3% (n = 99)	8.6% (n = 30)	100% (n = 350)
Hulp bij het verplaatsen met begeleiding	47.2% (n = 168)	43.5% (n = 155)	9.3% (n = 33)	100% (n = 356)
Oppashulp	38.7% (n = 55)	50.7% (n = 72)	10.6% (n = 15)	100% (n = 142)
Hulp bij karweien	52.6% (n = 154)	40.6% (n = 119)	6.8% (n = 20)	100% (n = 293)
Hulp bij de opvoeding	46.4% (n = 51)	46.4% (n = 51)	7.3% (n = 8)	100% (n = 110)

(Bleys et al., 2024a)

3.2.2.4 Extra noden voor praktische hulp per categorie

De nood voor extra praktische hulp is bij de respondenten het grootst voor ‘hulp in het huishouden’ (57.1%, n = 610), gevolgd door ‘hulp bij karweien’ (46.7%, n = 499) en ‘hulp bij het verplaatsen met begeleiding’ (42.8%, n = 457). Daarnaast heeft ongeveer 1/3^{de} van de respondenten extra nood aan ‘verzorging’ (34.4%, n = 368). De nood aan extra hulp voor de overige categorieën van praktische hulp is beduidend minder (13% - 27%). (Bleys et al., 2024a) Daarbij hebben personen met een OP PVB nog vaker extra noden bij enkele categorieën praktische hulp dan personen zonder OP PVB, namelijk de categorieën ‘hulp in het huishouden’, ‘hulp bij karweien’ en ‘hulp bij de opvoeding’. Ook personen zonder een PVB hebben vaker nog extra nood aan ‘hulp bij de opvoeding’ dan personen met een PVB. (Brackx et al., 2024b)

Daarnaast werd bevraagd hoe vaak men extra hulp nodig had per categorie. De frequenties verschillen afhankelijk van de categorie praktische hulp. Bijvoorbeeld voor extra hulp in het huishouden geeft men het vaakst de frequenties één dag (25.3%), twee dagen (19%) of zeven dagen (21.8%) per week extra aan terwijl bij de categorieën ‘verzorging’, ‘oppashulp’ en ‘hulp bij de opvoeding’ overduidelijk de meest aangeduide frequentie ‘zeven dagen per week extra’ is (respectievelijk 48.9%, 34.4% en 46.3%). (Bleys et al., 2024a) De frequenties verschillen niet tussen personen met of zonder OP PVB of tussen personen met of zonder een PVB (Brackx et al., 2024b).

Tot slot werd gevraagd of men nog nood had aan andere categorieën van praktische hulp dan diegene die eerder vermeld werden. 63% (n = 673) van de respondenten gaf aan van niet, maar 37% (n = 396) gaf aan wel nog nood te hebben aan andere categorieën van praktische hulp (Bleys et al., 2024a). Daarbij geven personen met een OP PVB vaker aan dat ze nog andere soorten praktische hulp nodig hebben. Aan alle 396 respondenten die nog nood hadden aan andere categorieën van praktische hulp werd gevraagd om die praktische hulp te omschrijven. Er kwamen daarbij heel wat categorieën van praktische hulp naar boven die vallen onder de noemer van de eerder vermelde categorieën, bv. hulp in huishouden. De nieuwe categorieën van praktische hulp die naar boven kwamen zijn: ‘hulp bij administratie’ (n = 118), ‘begeleiding of buddy bij vrije tijd en hobby’ (n = 44) en ‘andere: tuinonderhoud, klusjes, telefonische permanentielijn, ...’ (n = 16). Honderdzevenveertig respondenten gaven ook aan

andere hulp dan praktische hulp nodig te hebben, zoals bv. psychosociale hulp, logopedie, dagopvang, (Bleys et al., 2024a)

3.2.2.5 *Bereidheid om gebruik te maken van thuiszorgvoorzieningen voor extra praktische hulp*

Ook het antwoord van de respondenten op de vraag of ze voor hun nood aan extra praktische hulp thuiszorgvoorzieningen zouden willen inschakelen, is afhankelijk van de categorie praktische hulp. Met uitzondering van de categorie ‘hulp bij de opvoeding’ (43.8%) geven meer dan de helft van de respondenten aan dat ze voor hun nood aan extra hulp gebruik zouden maken van thuiszorgvoorzieningen. 69.3% is bereid om gebruik te maken van thuiszorgvoorzieningen voor hun nood aan extra ‘hulp in het huishouden’. Voor ‘verzorging’ is dat 65.2%. Respectievelijk 62.1%, 57.3% en 53.2% is bereid om voor hun extra nood aan ‘hulp bij karweien’, hulp bij verplaatsen met begeleiding’ en ‘oppashulp’ gebruik te maken van thuiszorgvoorzieningen. Er werd opgemerkt bij de respondenten dat ze het moeilijk vonden om expliciet ‘nee’ te antwoorden op deze vraag naar bereidheid om gebruik te maken van thuiszorgvoorzieningen. Er wordt dan ook vanuit gegaan dat een deel van de respondenten omwille van die reden gekozen hebben voor ‘ik weet het niet’ en mogelijks hebben sommige respondenten ‘ja’ aangeduid, maar ervaart men toch nog drempels om thuiszorgdiensten effectief in te schakelen. (Bleys et al., 2024a)

De bereidheid om voor de extra nood aan praktische hulp (per categorie) gebruik te maken van thuiszorgvoorzieningen is voor bijna alle categorieën niet afhankelijk van het al dan niet hebben van een OP PVB of PVB. Enkel voor ‘oppashulp’ geven personen met een OP PVB en personen zonder een PVB vaker ‘nee of ik weet het niet’ aan op de vraag of thuiszorgvoorzieningen het mag aanbieden. (Brackx et al., 2024b)

3.2.2.6 *Drempels om gebruik te maken van thuiszorgvoorzieningen voor extra praktische hulp*

Tot slot werd er bij de respondenten die aangaven dat de thuiszorgvoorzieningen geen hulp mochten bieden (n = 106), nagegaan welke drempels ze ervaren om beroep te doen op thuiszorgvoorzieningen. Ze kregen hiervoor een door de onderzoekers opgestelde lijst met mogelijke drempels die ze konden aanduiden. De antwoorden worden weergegeven in onderstaande tabel (Bleys et al., 2024a).

Tabel 5 Drempels

Drempels	Ja	Nee	Totaal
Ik kan de eigen bijdrage niet betalen met mijn persoonlijk inkomen	34.9% (n = 37)	65.1% (n = 69)	100% (n = 106)
Ik kan de eigen bijdrage wel betalen, maar ik wil dat niet met mijn persoonlijk inkomen doen	10.4% (n = 11)	89.6% (n = 95)	100% (n = 106)
De thuiszorgvoorzieningen komen niet langs op tijdstippen waarop ik ondersteuning nodig heb (bijvoorbeeld hulpverlening op avonden, weekenduren).	31.1% (n = 33)	68.9% (n = 73)	100% (n = 106)
Ik denk of heb ervaren dat de thuiszorgvoorzieningen mij met mijn problematiek niet willen of kunnen ondersteunen.	24.5% (n = 26)	75.5% (n = 80)	100% (n = 106)
Ik kies niet voor de hulp van thuiszorgvoorzieningen wegens persoonlijke redenen.	29.2% (n = 31)	70.8% (n = 75)	100% (n = 106)
Anders	29.2% (n = 31)	70.8% (n = 75)	100% (n = 106)

(Bleys et al., 2024a)

Respondenten die 'Ik denk of heb ervaren dat de thuiszorgvoorzieningen mij met mijn problematiek niet willen of kunnen ondersteunen.' of 'Ik denk of heb ervaren dat de thuiszorgvoorzieningen mij met mijn problematiek niet willen of kunnen ondersteunen.' aanduiden, konden hun antwoord verduidelijken via een open tekstveld. Hieruit kwamen volgende extra drempels naar voor: 'onduidelijke verwachtingen', 'anders: schaamte, wachtlijst, slechte tijdstippen, ...' en 'weigering door thuiszorgvoorzieningen'. (Brackx & Bleys, 2022)

Daarnaast werd ook per categorie van praktische hulp nagegaan welke drempels de respondenten ervaren om beroep te doen op thuiszorgvoorzieningen. De volgende thema's werden weerhouden: 'niet weten dat dit kon', 'te grote hulpvraag voor het aanbod van thuiszorgvoorzieningen', 'er is reeds ondersteuning door anderen/voorziening', 'wil dat hulp aangeboden wordt door voorziening', 'financieel: niet kunnen of willen betalen met eigen middelen', 'aanbod van thuiszorgvoorzieningen is onvoldoende handicapspecifiek', 'geen continuïteit in personeel' en 'andere, bv. schaamte, wachtlijst'. Afhankelijk van de categorie van praktische hulp worden er bepaalde thema's meer of minder prominent, maar over het algemeen komen de thema's 'er is reeds ondersteuning door anderen/voorziening' en 'te grote hulpvraag voor het aanbod van thuiszorgvoorzieningen' het vaakst voor. (Bleys et al., 2024a)

Ten slotte werd ook aan de respondenten die niet weten of thuiszorgvoorzieningen de praktische hulp mogen aanbieden, bevraagd met een open tekstveld naar de drempels (in het algemeen, niet per categorie van praktische hulp). Volgende drempels werden aangegeven: 'wist niet dat dit kon', 'er is reeds ondersteuning door anderen/voorziening', 'anders, bv. tijdstip van hulp, is voor de toekomst, aanbod niet afgestemd op noden', 'financieel: middelen niet voldoende om eigen bijdrage te betalen', 'geen continuïteit in personeel', 'te grote hulpvraag' en 'de hulp is niet handicapspecifiek'. De drempels staan in volgorde van voorkomen (van meest naar minst). (Bleys et al., 2024a)

3.2.2.7 *Contacteren van thuiszorgvoorzieningen*

Aan de respondenten die 'ja' of 'ik weet het niet' aangaven op de vraag of thuiszorgvoorzieningen de praktische hulp mogen aanbieden, werd gevraagd of men overweegt om de thuiszorgvoorziening effectief te contacteren. Slechts de helft van de respondenten (52.1%, n = 404) geeft aan dat ze de thuiszorgvoorzieningen zullen contacteren, 40% (n = 310) weet het niet en 7.9% (n = 61) gaat de thuiszorgvoorzieningen niet contacteren. Ondanks de nood aan extra praktische hulp en eventuele bereidheid om deze te ontvangen van thuiszorgvoorzieningen, zal mogelijk een groot deel van de respondenten toch geen contact opnemen met thuiszorgvoorzieningen. (Bleys et al., 2024a)

3.2.2.8 *Beleidsconclusies en beleidsaanbevelingen*

Op basis van de onderzoeksresultaten formuleert het VAPH vier beleidsconclusies.

1. “Het huidige gebruik van professionele praktische ondersteuning is groot, maar de bijkomende nood is nog groter.”
2. “Ruim 47% van de deelnemers heeft nood aan professionele ondersteuning bij een bepaalde soort praktische hulp, terwijl ze niet wisten dat thuiszorgvoorzieningen hier een aanbod voor hebben.”
3. “Slechts 10% van de mensen met bijkomende noden zegt uitdrukkelijk geen gebruik te willen maken van thuiszorgvoorziening.”
4. “Slechts 63% van de deelnemers die noden hebben bij een bepaalde soort praktische hulp, en duidelijk aangeeft dat thuiszorgvoorzieningen dit mogen aanbieden (n = 434), zal daadwerkelijk contact opnemen met een thuiszorgvoorziening.”

Het VAPH formuleert op basis van de onderzoeksresultaten volgende vijf beleidsaanbevelingen:

1. “Geef snel en voldoende informatie aan personen in prioriteitengroep 3 en hun context over de mogelijkheden van professionele ondersteuning bij praktische hulp.”
2. “Werk naar een mindshift: zorg dat alle (professioneel) betrokkenen bewust nadenken over zowel reguliere oplossingen als meer handicapspecifieke oplossingen.”
3. “Wees alert voor de gedifferentieerdheid in de groep van personen in de prioriteitengroep 3 en bouw mogelijkheden uit om daarop in te spelen.”
4. “Werk samen tussen sectoren en tussen personen.”
5. “Vul de nodige randvoorwaarden in om de effecten van professionele praktische hulp voor personen met een handicap in PG3 beter te laten renderen.”

Meer duiding bij de beleidsconclusies en de concrete acties die het VAPH aanbeveelt bij de beleidsaanbevelingen, zijn te vinden in hun syntheserapport met beleidsvoorstellen (Brackx et al., 2024c).

3.3 Ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen

PmH (in PG3) kunnen, als ze voldoen aan bepaalde voorwaarden, recht hebben op verschillende premies en tegemoetkomingen en gebruik maken van verschillende ondersteuningsmogelijkheden. Deze premies en tegemoetkomingen kunnen meer financiële ruimte creëren voor PmH in PG3 om tijdens het wachten op een PVB bepaalde zorg en ondersteuning in te kopen. Hieronder splitsen we deze ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen op in degene die enkel gebruikt kunnen worden door personen met een erkende handicap en degene die door een bredere doelgroep gebruikt kunnen worden.

Om te bekijken welke organisaties de nodige hulp of ondersteuning kunnen bieden, kunnen PmH te rade gaan bij een DOP (VAPH, 2022), gebruikersverenigingen met informatieloket voor personen met een handicap (VAPH, z.d.-b) en diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds (Departement Zorg, z.d.-c).

Indien de PmH voor het eerst een (deel-)PVB ontvangt, kan een bijstandsorganisatie helpen bij het opstarten en beheren van dit budget en de organisatie van de ondersteuning. Deze bijstand is de eerste vier sessies gratis gedurende het eerste jaar als de PmH zich binnen het jaar na toekenning van het (deel-)PVB aansluit bij de bijstandsorganisatie. Nadien zijn de sessies te betalen met het (deel-)PVB (VAPH, z.d.-a).

3.3.1 Specifiek voor personen met een erkende handicap

PmH die (nog) geen volledig PVB hebben, kunnen in bepaalde gevallen gebruik maken van andere ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen die er specifiek zijn voor personen met een erkende handicap. Deze vallen onder verschillende bevoegdheden: federaal, Vlaams, Provinciaal of lokaal. Dit bemoeilijkt het vinden van alle ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen waarop de PmH recht heeft. Daarnaast mogen niet alle ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen met elkaar gecombineerd worden (zie tabel 8, pag. 45-46).

Tabel 6 geeft een overzicht van de ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen met een toelichting, het bedrag en bevoegde instantie. De voorwaarden per ondersteuningsmogelijkheid, premie en tegemoetkoming zijn te vinden in Bijlage 1.

Tabel 6 Ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen, specifiek voor personen met een handicap

Naam ondersteuning	Toelichting	Bedrag	Bevoegde instantie	Bronnen
Inkomensvervangende tegemoetkoming	Een tegemoetkoming voor personen waarbij het verdienvermogen verminderd is door een handicap. De tegemoetkoming vervangt het inkomen dat de persoon zou krijgen als die geen handicap zou hebben. Om de tegemoetkoming te krijgen, moet er een online aanvraag ingediend worden via het digitale loket My Handicap die wordt beoordeeld door de Directie-generaal Personen met een handicap.	Maandelijks bedrag waarvan de hoogte afhankelijk is van de gezinssamenstelling, het belastbaar inkomen van het gezin en de impact van de handicap op het verdienvermogen.	Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid – Directie-generaal Personen met een handicap	(Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid – Directie-generaal Personen met een handicap, 2024)
Integratietegemoetkoming voor personen met een handicap	Tegemoetkoming die de extra kosten draagt om toch te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven voor personen met een handicap die moeilijkheden ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Om de tegemoetkoming te krijgen, moet er een online aanvraag ingediend worden via het digitale loket My Handicap die wordt beoordeeld door de Directie-generaal Personen met een handicap.	Jaarlijks bedrag waarvan de hoogte afhankelijk is van de gezinssamenstelling, het belastbaar inkomen van het gezin en de impact van de handicap op het dagelijks leven.	Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid – Directie-generaal Personen met een handicap	(Digitaal Vlaanderen, 2023; Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid – Directie-generaal Personen met een handicap, 2023)

Zorgbudget voor mensen met een handicap	Ook wel basisondersteuningsbudget (BOB) genoemd. Maandelijks vast onbelastbaar bedrag dat automatisch door de zorgkas wordt uitbetaald aan PmH die voldoen aan de voorwaarden. Dit zorgbudget is uitdovend. Het kan niet meer aangevraagd worden, maar er kan nog wel een lopend recht zijn.	€300 /maand	Vlaamse sociale bescherming	(Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, 2024b, 2024a)
Rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH)	<p>Beperkte, handicapspecifieke ondersteuning voor wie dit laag-frequent nodig heeft. De PmH kan zonder een voorafgaande aanvraag bij het VAPH ondersteuning inkopen bij een door het VAPH erkende en gesubsidieerde RTH-aanbieder voor:</p> <p>Begeleiding:</p> <p>Mobiel of ambulante: individueel gesprek (twee uur) over de organisatie van huishouden, administratie, werksituatie ...</p> <p>Groepsbegeleiding: een sessie van één tot twee uur met een groep van personen met een handicap en/of hun netwerk</p> <p>Begeleid werken: begeleid werken met begeleiding door iemand van buiten de werkplek</p> <p>Dagopvang: zinvolle dagbesteding in groep</p> <p>Verblijf: ondersteuning 's avonds, 's nachts en 's ochtends</p>	<p>De PmH kan acht punten per jaar besteden (goed voor 51 begeleidingen of 36 mobiele begeleidingen of 36 begeleidingen begeleid werken of 91 groepsbegeleidingen of 91 dagen dagopvang of 61 nachten verblijf).</p> <p>Als de RTH-aanbieder structureel een beroep doet op een vrijwilliger voor de begeleiding, mag de PmH maar zeven punten per jaar besteden.</p> <p>Daarnaast kan de RTH-aanbieder een bijdrage vragen voor begeleiding, dagopvang of verblijf. De maximale bijdrage in euro ligt per ondersteuningsvorm vast maar kan jaarlijks geïndexeerd worden:</p> <p>Begeleiding: max. €6,34 per sessie Dagopvang: max. €12,05 per dag Verblijf: max. €30,32 per nacht (bedragen geldig vanaf 01/01/2024)</p>	VAPH	(VAPH, 2023a, 2024b, 2024a)
Deel-PVB	Er is sprake van een deel-PVB als de persoon met een handicap al een PVB heeft, maar nog niet ter waarde van de totale zorgvraag.	Het bedrag is afhankelijk van de beslissing van het VAPH op basis van de beschikbare middelen om te besteden aan (deel-)PVB.	VAPH	(Brackx & Bleys, 2022; VAPH, 2023b)

Tegemoetkoming voor de aankoop van hulpmiddelen of (woning)aanpassingen	Tegemoetkomingen voor hulpmiddelen en aanpassingen in de thuissituatie via de refertelijst. Tegemoetkomingen voor onderhouds- en herstellingskosten voor sommige hulpmiddelen. Tegemoetkomingen voor vervoers- en verblijfkosten voor leerlingen met een handicap die les volgen in het gewoon onderwijs. Tegemoetkomingen voor innovatieve en bijzondere hulpmiddelen die niet in de refertelijst staan maar goedkeuring krijgen na een onderzoek van de Bijzondere bijstandsc commissie (BBC).	Het bedrag van de tegemoetkoming is afhankelijk van het hulpmiddel of aanpassing.	VAPH	(VAPH, 2024c, 2024d)
Zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte	Een maandelijkse toeslag op het Groeipakket voor een kind < 21 jaar met meer zorg of ondersteuning.	Het bedrag is afhankelijk van de zorg- of ondersteuningsnood.	FONS, Vlaamse overheidsdienst die het Groeipakket uitbetaalt	(Agentschap Uitbetaling Groeipakket, z.d.-b)
Ondersteuningstoeslag	Een maandelijkse toeslag op het Groeipakket voor een kind < 21 jaar met een beperking of handicap.	€331,22 per maand	FONS, Vlaamse overheidsdienst die het Groeipakket uitbetaalt	(Agentschap Uitbetaling Groeipakket, z.d.-a)

3.3.2 Voor een bredere doelgroep

Naast ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen specifiek voor personen met een handicap, kan de persoon met een handicap ook recht hebben op premies en tegemoetkomingen die niet enkel voor personen met een handicap bedoeld zijn.

Tabel 7 geeft een overzicht van de ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen met een toelichting, het bedrag en bevoegde instantie. De voorwaarden per ondersteuningsmogelijkheid, premie en tegemoetkoming zijn te vinden in Bijlage 2.

Tabel 8 geeft een overzicht van welke ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen wel of niet met elkaar te combineren zijn.

Tabel 7 Premies en tegemoetkomingen voor een bredere doelgroep

Naam ondersteuning	Toelichting	Bedrag	Bevoegde instantie	Bronnen
Zorgforfait voor chronisch zieken	Personen die hoge medische kosten hebben en sterk afhankelijk zijn van hulp van anderen, kunnen recht hebben op dit automatisch zorgforfait, uitbetaald door het ziekenfonds.	Het jaarlijkse zorgforfait verschilt naargelang de mate van verlies van de zelfredzaamheid en bedraagt in 2024 €371.55 of €557.36 of €743.12. Het zorgforfait wordt jaarlijks geïndexeerd.	RIZIV, uitbetaling via ziekenfonds	(Digitaal Vlaanderen, z.d.-d; RIZIV, 2024)
Incontinentieforfait	Een jaarlijkse tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal van zwaar zorgbehoevenden of niet-afhankelijke personen. Bij zwaar zorgbehoevenden wordt de aanvraag jaarlijks gedaan door de thuisverpleegkundige of de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds. Bij niet-afhankelijke personen moet de huisarts het aanvraagformulier invullen en moet de persoon zelf het formulier bezorgen aan de adviserend arts van het ziekenfonds. De adviserend arts geeft goedkeuring voor drie jaar en na drie jaar moet er een nieuwe aanvraag ingediend worden.	In 2024: Zwaar zorgbehoevenden: €610.53 per jaar Niet-afhankelijke personen: €199.27 per jaar De bedragen worden jaarlijks geïndexeerd.	RIZIV, uitbetaling via ziekenfonds	(Digitaal Vlaanderen, z.d.-a)

Tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen	De Vlaamse sociale bescherming komt voor een groot stuk tussen in de kosten voor de aankoop of de huur van een mobiliteitshulpmiddel en de onderhoud- en herstellingskosten van dat hulpmiddel.	Voor elk type mobiliteitshulpmiddel ligt het bedrag van de aankoopprijs dat betaald wordt door de Vlaamse sociale bescherming vast.	Vlaamse Sociale Bescherming	(Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, z.d.-a, z.d.-c, z.d.-b)
Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden	Dit is de vroegere zorgverzekering. Het is een onbelastbaar bedrag dat maandelijks door de zorgkas wordt uitgekeerd aan zij die veel zorg of ondersteuning nodig hebben. Als de persoon niet verblijft in een residentiële zorgvoorziening in Vlaanderen moet het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden aangevraagd worden bij de zorgkas. Er is hierbij geen leeftijdsgrens (minimum- of maximumleeftijd).	€140 /maand	Vlaamse Sociale Bescherming	(Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, 2019)
Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood	Dit is de vroegere tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. Het is een onbelastbaar bedrag voor 65-plussers met een beperkt inkomen en gezondheidsproblemen (5 categorieën van zorgzwaarte). Het zorgbudget moet online aangevraagd worden.	Max. €696 /maand (maar afhankelijk van de hoeveelheid zorg en het (gezins)inkomen)	Vlaamse Sociale Bescherming	(Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, z.d.-d)
Vlaamse aanpassingspremie	Een verbouwingspremie voor (inwonende) 65+ers die een woning in het Vlaamse Gewest willen aanpassen aan hun noden bv. de woning toegankelijker maken of installeren van technische hulpmiddelen. De aanpassingspremie heeft twee categorieën: (1) technische en sanitaire uitrusting en (2) verbouwingswerken. De premie kan aangevraagd worden via het aanvraagformulier op de website van Wonen-Vlaanderen.	Per categorie bedraagt de premie 50% van de kostprijs van de werken (max. tegemoetkoming: €1250) als het totale aanvaarde factuurbedrag minimaal €1200 (inclusief btw) is.	Agentschap Wonen in Vlaanderen	(Wonen in Vlaanderen, 2023c)
Advies en begeleiding woningaanpassing aan verminderd tarief (Provincie Antwerpen)	Ouderen en personen met een beperking kunnen gespecialiseerd advies en/of begeleiding krijgen om de woning grondig aan te passen aan verminderd tarief.	De persoon zelf betaalt €50 per dossier aan het adviesbureau. De provincie betaalt het resterende bedrag met een maximum van €533 voor een advies- of begeleidingsdossier. Als de persoon advies en begeleiding aanvraagt, komt de provincie tussen voor maximaal €1153.	Provincie Antwerpen	(Wonen in Vlaanderen, 2023a)

<p>Aanpassingspremie voor ouderen en personen met een handicap (Provincie Vlaams-Brabant)</p>	<p>Premie voor ouderen en personen met een handicap die werken aan hun woning uitvoeren om de woning functioneel aan te passen aan hun fysieke toestand.</p>	<p>50% van de kostprijs van de werken met een maximum van €2500. 75% van de kostprijs van de werken met een maximum van €2500 als de aanvrager voldoet aan de inkomstenvoorwaarden van het statuut van de Verhoogde Tegemoetkoming (VT) bij het ziekenfonds.</p>	<p>Provincie Vlaams-Brabant</p>	<p>(Wonen in Vlaanderen, 2023b)</p>
<p>Tegemoetkoming voor woningaanpassingen</p>	<p>Sommige steden/gemeenten voorzien een tegemoetkomingen voor kwetsbare groepen voor woningaanpassingen.</p>	<p>Afhankelijk van de aanpassingen en de stad of gemeente waarin de persoon woont.</p>	<p>Lokale besturen</p>	<p>(Ma-zo, 2024b)</p>
<p>Gemeentelijke mantelzorgpremie</p>	<p>Een premie die aangeboden wordt door heel wat gemeenten om extra kosten, die vaak gepaard gaan met mantelzorg, op te vangen.</p>	<p>Het bedrag is afhankelijk van gemeente tot gemeente.</p>	<p>Lokale besturen</p>	<p>(Digitaal Vlaanderen, z.d.-b; Ma-zo, 2024a)</p>

Tabel 8 Combineerbaarheid ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen

	Zorgbudget voor mensen met een handicap	Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden	Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood	Inkomensvervangende tegemoetkoming	Integratie-tegemoetkoming	Zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte	Ondersteuningstoeslag Groeipakket	RTH	Hulpmiddelen en aanpassingen VAPH	Deel-PVB
Zorgbudget voor mensen met een handicap		Ja	Ja	Ja, behalve leeftijd tussen 18 en 21 jaar	Ja, behalve leeftijd tussen 18 en 21 jaar	Ja	Nee	Ja	Ja	Nee
Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee, tenzij overgangsmaatregel
Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood	Ja	Ja		Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
Inkomens-vervangende tegemoetkoming	Ja, behalve leeftijd tussen 18 en 21 jaar	Ja	Nee		Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja

Integratie- tegemeetkoming	Ja, behalve leeftijd tussen 18 en 21 jaar	Ja	Nee	Ja		Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
Zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteunings- behoefte	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee		Ja	Ja	Ja	Ja
Ondersteuningstoeslag Groepakket	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja		Ja	Ja	Ja
RTH	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Nee
Hulpmiddelen en aanpassingen VAPH	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Soms
Deel-PVB	Nee	Nee, tenzij overgangs- maatregel	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Soms	

Bron: van de auteurs

Tot slot kan de PmH voor (praktische) hulp ook beroep doen op (professionele) ondersteuning die voor een bredere groep in de maatschappij wordt aangeboden, zoals onder andere het eigen netwerk, vrijwilligers (Digitaal Vlaanderen, z.d.-c), buddywerking (KVG Buddy, z.d.), vervoersdiensten voor personen met mobiliteitsproblemen (MeerMobiel, z.d.), dienstencheques (Departement Werk en Sociale Economie, z.d.) en thuiszorgvoorzieningen (Departement Zorg, z.d.-e). Thuiszorgvoorzieningen omvatten daarbij verschillende diensten: dienst voor gezinszorg, dienst voor oppashulp, dienst voor thuisverpleging, dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds, dienst voor gastopvang, centrum voor dagverzorging, centrum voor kortverblijf en centrum voor herstelverblijf (Decreet betreffende de woonzorg, 2019)

Omwille van de onderzoeksdoelstelling en onze onderzoeksvragen, focussen we ons op de erkende diensten voor gezinszorg. We gaan hieronder dieper in op:

- de programmatie, erkenningsvoorwaarden en subsidiëring van een dienst voor gezinszorg;
- de doelstellingen en opdrachten van een dienst voor gezinszorg;
- de gebruikersbijdrage voor personen die gebruik maken van een dienst voor gezinszorg.

Dit biedt ons een inhoudelijke houvast voor het verdere onderzoek en het formuleren van beleidsaanbevelingen.

3.4 Erkende diensten voor gezinszorg

Het woonzorgdecreet van 2019 omschrijft een dienst voor gezinszorg als *“een woonzorgvoorziening die als doelstelling heeft aan gebruikers met een zorg- en ondersteuningsvraag aan huis of buitenshuis individueel of collectief gezinszorg te bieden die er specifiek op gericht is de gebruiker en zijn mantelzorg te ondersteunen en te handhaven in zijn natuurlijk thuismilieu.”* (Decreet betreffende de woonzorg, 2019).

Er zijn zowel private als openbare diensten voor gezinszorg die erkend zijn. Het voornaamste verschil tussen beiden, naast hun rechtsvorm, situeert zich in de subsidiëring. Daarom gaan we hieronder eerst dieper in op de programmatie, erkenningsvoorwaarden en subsidieregeling van diensten voor gezinszorg.

3.4.1 Programmatie, erkenningsvoorwaarden en subsidieregeling van diensten voor gezinszorg

De programmatie, erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling van diensten voor gezinszorg zijn vastgelegd in het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers (2019). De voornaamste elementen van de programmatie, erkenningsvoorwaarden en subsidieregeling van diensten voor gezinszorg worden hieronder weergegeven.

3.4.1.1 Programmatie

Diensten voor gezinszorg kunnen enkel erkend worden als er voldoende ruimte is in de programmatie. Het programma van de diensten voor gezinszorg bestaat uit programmacijfers en evaluatiecriteria (Besluit van de Vlaamse Regering Betreffende de Programmatie, de Erkenningsvoorwaarden En de Subsidieregeling Voor Woonzorgvoorzieningen En Verenigingen Voor Mantelzorgers En Gebruikers, 2019).

Per kalenderjaar worden de programmacijfers voor de uren persoonsverzorging en huishoudelijke hulp, inclusief de daarmee verband houdende algemene psychosociale en (ped)agogische ondersteuning en begeleiding, bepaald. Deze programmacijfers worden per provincie en per gemeente bepaald op basis van *de leeftijd van de inwoners* uitgaande van de bevolkingsprojectie van het jaar na het jaar waarop de programmatie betrekking heeft. Daarnaast legt de minister de evaluatiecriteria vast die gebruikt worden om te beoordelen of een ontvankelijke aanvraag tot erkenning als dienst voor gezinszorg in de programmatie past. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

3.4.1.2 *Erkenningsvoorwaarden*

Om erkend te worden als dienst voor gezinszorg, moet de dienst voldoen aan verschillende specifieke voorwaarden. Deze richten zich zowel op de zorg en ondersteuning, de organisatie en de werking, de personeelsomkadering als de registraties in Vesta.

Hieronder willen we enkele belangrijke bepalingen uit de erkenningsvoorwaarden weergeven die relevant zijn in functie van onze onderzoeksvragen. De volledige voorwaarden zijn raadpleegbaar in het Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers (2019).

- Voorwaarden voor de zorg en ondersteuning

Bij gebruik van gezinszorg moet alvorens de start van de hulpverlening de gebruikersbijdrage berekend worden. Hiervoor moet er jaarlijks een sociaal onderzoek in het thuismilieu van de gebruiker verricht worden door het begeleidend personeel. Tijdens het sociaal onderzoek brengt het begeleidend personeel het zelfzorgvermogen van de gebruiker in kaart a.d.h.v. de BelRAI Screener en het Sociaal Supplement, eventueel aangevuld met de meest aangewezen BelRAI-instrumenten. Het sociaal onderzoek mag tweejaarlijks plaatsvinden als de gebruiker enkel gebruik maakt van schoonmaakhulp, karweihulp of oppashulp. Het sociaal onderzoek mag ook plaatsvinden in een centrum voor dagopvang als de gebruiker uitsluitend daar gezinszorg krijgt. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

Indien op basis van het sociaal onderzoek blijkt dat de draagkracht van de gebruiker of diens omgeving onvoldoende is, biedt de dienst op verzoek van de gebruiker of diens vertegenwoordiger persoonsverzorging, huishoudelijke hulp, schoonmaakhulp en psychosociale en (ped)agogische ondersteuning aan. Daarnaast kan de dienst ook karweihulp en oppashulp bieden. Als de dienst zelf de ondersteuning niet kan bieden, leidt ze de gebruiker en diens mantelzorgers naar de gepast zorg van hun keuze. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

Persoonsverzorging, huishoudelijke hulp en de bijhorende psychosociale en (ped)agogische ondersteuning wordt geboden door verzorgend personeel. Schoonmaakhulp, karweihulp en oppashulp wordt uitgevoerd door logistiek personeel of doelgroepwerknemers (evt. via een samenwerkingsverband met andere voorzieningen/ondernemingen) tenzij het doel van de zorg of de zorgsituatie de competentie van een verzorgende vereisen of als de taken van het verzorgend personeel overwegend blijft bestaan uit persoonsverzorging en huishoudelijke hulp. Naast schoonmaakhulp kunnen logistiek personeel en

doelgroepwerknemers op vraag van de gebruiker ook occasioneel wassen, strijken, kledij verstellen, zorgen voor het woon- en leefklimaat en boodschappen doen. Dit kan enkel als 4/5^{de} van de tijd besteed wordt aan schoonmaakhulp en de activiteiten verantwoord zijn door het zorg- en ondersteuningsplan dat werd opgemaakt tijdens het sociaal onderzoek. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

“De dienst stemt de zorg en ondersteuning af op de reële behoeften van de gebruiker binnen de wettelijke en maatschappelijke grenzen, rekening houdend met het principe van de subsidiariteit en het principe van de minst ingrijpende zorg. De zorg en ondersteuning kunnen een preventief, versterkend, herstellend, verzorgend of palliatief karakter hebben, en kunnen ondersteunend, aanvullend of vervangend zijn.” (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019) De dienst heeft daarbij oog voor de hele zorgsituatie, met respect voor het zelfbeschikkingsrecht van de gebruiker. De zorg en ondersteuning wordt daarbij op een gebruikersgerichte wijze verleend. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

“In functie van de geboden gezinszorg heeft de dienst de volgende taken:

- het informele zorg- en ondersteuningsnetwerk van de gebruiker ondersteunen en versterken;
- op aangeven van en in samenspraak met de gebruiker en zijn mantelzorgers, zorg-, ondersteunings- en ontwikkelingsdoelen in het zorg- en ondersteuningsplan bepalen en die opvolgen;
- in uitzonderlijke omstandigheden en binnen een afgestemd integraal zorg- en ondersteuningsaanbod een aanklampende aanpak hanteren;
- op verzoek van de gebruiker de integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning coördineren, waarbij de dienst instaat voor informatieoverdracht aan en onderlinge afstemming met het informele en professionele zorg- en ondersteuningsnetwerk.”

(Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

De dienst bepaalt het aantal uren zorg en ondersteuning aan de gebruiker afhankelijk van de prioriteit van de vastgestelde behoeften, de beperkingen op vlak van zelfzorg en beschikbaarheid en draagkracht van de mantelzorg. De dienst heeft daarbij bijzondere aandacht voor maatschappelijk kwetsbare doelgroepen. Kwetsbare personen zijn personen die niet zelfredzaam zijn en daardoor onvoldoende kunnen participeren op één of meerdere levensdomeinen, waaronder ook mensen met een beperking. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

Per gepresteerd uur gezinszorg door verzorgend personeel vordert de dienst een gebruikersbijdrage die berekend wordt a.d.h.v. het inkomen, de gezinssamenstelling en zorgintensiteit. De Vlaamse Regering bepaalt de bijdragesystemen voor het vaststellen van de gebruikersbijdrage (zie ook 3.4.3.1). Per gepresteerd uur schoonmaakhulp (evt. aangevuld met andere huishoudelijke activiteiten), karweihulp of oppashulp door logistiek personeel of doelgroepwerknemers vordert de dienst een bijdrage die minstens rekening houdt met het inkomen en de gezinssamenstelling (zie ook 3.4.3.2). De dienst vordert ook een bijdrage van de gebruiker voor de verplaatsingstijd van het personeel als twee hulpverleningsmomenten aansluitend zijn. De verplaatsingstijd wordt daarbij gelijk verdeeld over beide gebruikers. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

Er is voldoende overleg en persoonlijk contact tussen de gebruiker en de dienst. Zo is er een intake en worden er in overleg met de gebruiker en diens mantelzorgers tussentijdse evaluaties gehouden. Bij de intake en evaluaties wordt een schriftelijk verslag gemaakt van de afspraken over de uitvoering van het zorg- en ondersteuningsplan waarvan elke partij een kopie krijgt. Er wordt schriftelijk gecommuniceerd over de frequentie van hulp en aantal uren per beurt. Aan de gebruiker en diens mantelzorgers worden de mogelijkheden en beperkingen van de zorg en ondersteuning duidelijk gemaakt. Ze worden ook geïnformeerd over de prioriteitsregeling en de criteria hiervoor. De gebruiker en diens mantelzorgers ontvangen maximaal de zorg en ondersteuning op het afgesproken moment. Tot slot waarborgt de dienst het vertrouwelijke karakter van de gesprekken tussen de dienst en de gebruiker en diens mantelzorgers. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

De gebruiker kan de geplande zorg tot de werkdag voordien voor 15 uur annuleren. Bij latere annulering en geen aantoonbare overmacht, kan een gebruikersbijdrage gevraagd worden die maximaal gelijk is aan de bijdrage voor de geplande zorg. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

- Voorwaarden voor de organisatie en de werking

De opdracht en zorg- en ondersteuningsaanbod wordt samen met de mogelijkheden en voorwaarden ervan bekend gemaakt door de dienst. De werking van de dienst wordt continu georganiseerd en de zorg en ondersteuning wordt continu verleend waarbij de gebruiker tijdig op de hoogte wordt gebracht als er hiaten in de zorg en ondersteuning zijn. De dienst is, minstens voor diens gebruikers, altijd bereikbaar tijdens de werkuren. Als er verschillende functies of medewerkers betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning van de gebruiker, zorgt de dienst voor een goede overdracht van informatie en goede interne afspraken. De dienst voor gezinszorg heeft een kwaliteitshandboek en gebruikers kunnen klachten uiten en hebben de garantie dat de klacht wordt geregistreerd, geanalyseerd en dat de oorzaak wordt onderzocht. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

- Voorwaarden voor de personeelsomkadering

Om zorg en ondersteuning te bieden, werken er volgende functies bij een dienst voor gezinszorg:

- Verzorgend personeel: de personeelsleden van een dienst voor gezinszorg die persoonsverzorging en huishoudelijke hulp aanbieden aan de gebruiker, alsook de psychosociale en (ped)agogische ondersteuning die verband houdt met die zorg en hulp;
- Logistiek personeel en doelgroepwerknemers: de personen die schoonmaakhulp, karweihulp en/of oppashulp aanbieden aan de gebruiker;
- Begeleidend personeel: de personeelsleden van een dienst voor gezinszorg die belast zijn met één of meer van volgende opdrachten: verrichten van sociale onderzoeken, ondersteunen en versterken van de gebruikers en hun mantelzorgers bij het opnemen van de eigen zorgregie, opvolgen van de zorg-, ondersteunings- en ontwikkelingsdoelen in het zorg- en ondersteuningsplan, coördineren van de integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning op vraag van de gebruiker, opvolgen van het kwaliteitsbeleid en begeleiden van het verzorgend en logistiek personeel en de doelgroepwerknemers;
- Leidinggevend personeel: de personeelsleden van een dienst voor gezinszorg die belast zijn met de leiding en de algemene beleidsvoering.

(Besluit van de Vlaamse Regering Betreffende de Programmatie, de Erkenningsvoorwaarden En de Subsidieregeling Voor Woonzorgvoorzieningen En Verenigingen Voor Mantelzorgers En Gebruikers, 2019)

Een dienst stelt doorlopend minstens 10 voltijdsequivalent (VTE) verzorgend personeel tewerk. Elk verzorgend personeelslid is bij de indiensttreding in bezit van één van de diploma's, attesten, of buitenlands studiebewijzen dat volgens de minister in aanmerking komt. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

Een dienst stelt per 105 gebruikers van gezinszorg door verzorgend personeel één VTE begeleidend personeel tewerk en per 53 extra gebruikers komt daar één 0.5VTE bij. Begeleidend personeel beschikt over de nodige competenties voor de opdrachten en heeft de graad van bachelor of master of een buitenlands studiebewijs dat door het NARIC-Vlaanderen hieraan gelijkgesteld is. Een begeleidend personeelslid dat het sociaal onderzoek uitvoert, heeft een bachelor in het studiegebied gezondheidszorg, sociaal-agogisch werk of gezinswetenschappen, of een diploma dat zowel naar inhoud als naar niveau door het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming gelijkgesteld is met een diploma van één van voorgaande studiegebieden. Daarnaast is het personeelslid opgeleid omtrent de BelRAI-screener conform de wettelijk bepaalde voorwaarden. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019; Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, 2018)

Een dienst stelt per 75VTE verzorgend personeel één 0.5VTE leidinggevend personeel tewerk. Leidinggevend personeel heeft de graad van master of een buitenlands studiebewijs dat door het NARIC-Vlaanderen hieraan gelijkgesteld is of minstens vijf jaar ervaring als begeleidend personeelslid in een dienst of een dienst voor logistieke hulp of als leidinggevende in een andere woonzorg- of welzijnsvoorziening. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkennings-

voorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

Voor logistiek personeel en doelgroepwerknemers zijn er geen kwalificatievereisten (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019).

Alle personeelsleden zijn gekwalificeerd voor hun opdrachten en de dienst biedt personeelsleden permanente vorming en ondersteuning aan, met het oog op werkbaar werk en zorg op maat (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019).

De private diensten voor gezinszorg past minimaal de loon- en arbeidsvoorwaarden toe van het bevoegde paritair comité (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019). Dit is verschillend met de openbare diensten voor gezinszorg.

- Voorwaarden in verband met Vesta

De dienst maakt gebruik van Vesta om personeelsgegevens en gegevens van gebruikers aan de administratie te bezorgen die nodig zijn om de subsidies te berekenen en operationele en beleidsinformatie te genereren. Het doorsturen van deze gegevens naar Vesta gebeurt zoals beschreven in de handleiding die de administratie ter beschikking stelt. De dienst houdt daarbij rekening met het informatieveiligheidsbeleid. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

3.4.1.3 *Subsidieregeling*

Binnen de beschikbare begrotingskredieten kan de secretaris-generaal subsidies toekennen aan de diensten voor gezinszorg op voorwaarde dat (1) aan alle erkenningsvoorwaarden voldaan wordt en (2) het financiële verslag volgens de regels aan de administratie bezorgd wordt (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019).

Bij de subsidieregeling van diensten voor gezinszorg wordt er een onderscheid gemaakt tussen: (a) subsidiëring van gezinszorg geboden door verzorgend personeel, (b) subsidiëring van schoonmaakhulp, karweihulp of oppashulp en (c) subsidiëring van een functionaris voor gegevensbescherming voor Vesta.

Hieronder willen we enkele belangrijke bepalingen uit de subsidieregeling weergeven die relevant zijn in functie van onze onderzoeksvragen. Deze weergave is echter geen volledige weergave van de volledige subsidiëring. Daarvoor verwijzen we naar het Besluit van de Vlaamse Regering Betreffende de Programmatie, de Erkenningsvoorwaarden En de Subsidieregeling Voor Woonzorgvoorzieningen En Verenigingen Voor Mantelzorgers En Gebruikers (2019).

- Gezinszorg geboden door verzorgend personeel

De Vlaamse Regering legt elk jaar het totale aantal subsidiabele uren vast en daarvan zijn er maximaal 32 265 uren DOP-uren. Jaarlijks bepaalt de minister per regionale stad en per dienst het max. aantal subsidiabele uren gezinszorg waarover een dienst kan beschikken, rekening houdend met een evenredige beschikbaarheid van uren in relatie tot de behoeften die vastgesteld worden per regionale stad. Een erkende dienst mag de onbenutte uren gezinszorg van een bepaalde regionale stad gebruiken in een andere regionale stad. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

Op 21 december 2012 keurde de Vlaamse Regering de regelgeving goed om DOP-uren te voorzien zodat PmH met een inclusief ondersteuningsplan van bij de start van de gezinszorg kunnen beschikken over voldoende en passende zorg (Vlaams Parlement, 2014). DOP's hebben de taak om de diensten voor gezinszorg te stimuleren om zich ook duidelijk tot PmH te richten (VAPH, z.d.-d). Er zijn momenteel jaarlijks 32.265 uur (DOP-contingent) beschikbaar om gezinszorg te bieden aan personen met een handicap via DOP-uren. De minister bepaalt de procedure voor de aanvraag en toewijzing van de DOP-uren aan diensten voor gezinszorg. Een dienst voor gezinszorg kan maximaal 3 maanden DOP-uren bieden aan een persoon met een handicap die beschikt over een ondersteuningsplan van een DOP. Voor een DOP-uur ontvangt de dienst 2 euro subsidies meer dan voor een gewoon uur gezinszorg. Na de periode van 3 maanden valt de gezinszorg aan die gebruiker onder het gewone urencontingent gezinszorg. Gedurende die 3 maanden heeft de dienst de tijd om voldoende personeel vrij te maken om de zorg verder te zetten. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

Als een dienst voor gezinszorg DOP-uren toegewezen heeft gekregen moet het jaarverslag per gebruiker die een ondersteuningsplan van een DOP heeft de volgende gegevens bevatten: het aantal DOP-uren, de leeftijd, het geslacht, de aard van de beperking, de score op de BEL-profielschaal, het gemiddelde aantal uren gezinszorg in de periode dat er DOP-uren waren toegekend, het gemiddelde aantal uren gezinszorg in de periode dat er geen DOP-uren waren toegekend en de reden van de eventuele stopzetting van de gezinszorg. (Departement Zorg, z.d.-d; Ministerieel besluit tot bepaling van de nadere regels voor de registratie van gegevens over de activiteiten in het jaarverslag van de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, 2013)

In 2024 ligt het totaal aantal subsidiabele uren gezinszorg vast op 19 187 849 uren (Besluit Vlaamse Regering van 19/07/2024). Op de ministerraad van 7 juni 2024 en 19 juli 2024 werd beslist om extra uren gezinszorg ter beschikking te stellen om het zorgaanbod voor PmH in PG3 te versterken (Vlaamse Overheid, 2024). Vanaf 1 juli 2024 worden 24 776 uren gezinszorg, als onderdeel van het totale aantal subsidiabele uren gezinszorg, toegekend aan de diensten voor gezinszorg voor PmH in PG3 (Besluit Vlaamse Regering van 19/07/2024). Vanaf 2025 worden er op jaarbasis 49 552 uren toegekend aan de diensten voor gezinszorg voor PmH in PG3.

Hierboven ging het eerst specifiek over de DOP-uren, maar hieronder gaan we dieper in op de algemene subsidieregeling van diensten voor gezinszorg.

De subsidie voor gezinszorg geboden door verzorgend personeel bestaat uit:

- Een forfaitair bedrag per gepresteerd uur en per uur bijscholing, als subsidiëring van het verzorgend personeel en van het bevorderen van de deskundigheid van het verzorgend personeel. De tijd die het verzorgend personeel nodig heeft om zicht te verplaatsen tussen twee aansluitende hulpverleningsmomenten of een hulpverleningsmoment en werkvergadering wordt in aanmerking genomen voor het berekenen van de gepresteerde uren. Dit bedrag kan verhoogd worden met €2 per gepresteerd DOP-uur binnen het aantal toegewezen DOP-uren.

Binnen het toegekende urencontingent worden volgende uren gelijkgesteld met gepresteerde uren: uren die besteed zijn aan de deelname aan de ondernemingsraad en het comité voor preventie en bescherming op het werk, uren besteed aan syndicale verplichtingen, werkvergaderingen, wijkwerking, uren die vrijgesteld zijn van prestaties wegens de maatregel arbeidsduurvermindering vanaf 45 jaar en wachturen van de verzorgende personeelsleden die kraamzorg verstrekken.

Het aantal uren bijscholing dat in aanmerking komt voor subsidiëring wordt per dienst begrensd tot 2.5% van het toegekende urencontingent. Dat urencontingent bijscholing komt bovenop het toegekende urencontingent.

- een forfaitair bedrag per jaar en per 105 geholpen gebruikers, als subsidiëring van het begeleidend personeel. Ook subsidiefractie $x/105$ van het subsidiebedrag is mogelijk. Voor het bepalen van het aantal geholpen gebruikers wordt het aantal gebruikers in aanmerking genomen dat is geholpen (min. gedurende 4 uur) in het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarop de subsidie betrekking heeft.
- een forfaitair bedrag per jaar en per 75 VTE verzorgend personeel, als subsidiëring van het leidinggevend personeel. Ook subsidiefractie $x/75$ van het subsidiebedrag is mogelijk vanaf 75 VTE. Voor het bepalen van het VTE verzorgend personeel wordt het gemiddeld aantal VTE verzorgend personeel in aanmerking genomen dat in dienst is in het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarop de subsidie betrekking heeft.
- een forfaitair bedrag per jaar en per 200 geholpen gebruikers als subsidiëring van de administratie- en coördinatiekosten. Ook subsidiefractie $x/200$ van het subsidiebedrag is mogelijk. Voor het bepalen van het aantal geholpen gebruikers wordt het aantal gebruikers in aanmerking genomen dat is geholpen (min. gedurende 4 uur) in het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarop de subsidie betrekking heeft. Het forfaitaire bedrag wordt voor de periode 2021 – 2025 verhoogd om de maatregel administratieve optimalisatie uit het zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021 voor de social/non-profitsectoren uit te voeren.

(Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

Elke dienst voor gezinszorg voert onregelmatige prestaties uit afhankelijk van de noodwendigheden. Bij onregelmatige prestaties verhoogt het forfaitair bedrag als subsidiëring van het verzorgend personeel op volgende wijze: 30% voor uren die gepresteerd worden op een zaterdag of op weekdays tussen 20 uur en 7 uur en 100% voor uren die gepresteerd worden op een zon- of feestdag. Daarbij worden prestaties op zaterdagen, zon- en feestdagen die korter zijn dan 2 uur, binnen het urencontingent, gelijkgesteld met een prestatie van 2 uur. En prestaties tussen 22 uur en 7 uur die korter zijn dan 8 uur worden gelijkgesteld met een prestatie van 8 uur. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

In de periode 2021 – 2025 wordt er een budget evenredig verdeeld tussen de erkende diensten voor gezinszorg op basis van het aantal effectief gepresteerde uren gezinszorg tussen 18 uur en 20 uur op werkdagen om tegemoet te komen aan de maatregel flexibiliteit tussen 18 uur en 20 uur uit het zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021 voor de social/non- profitsectoren. Dit budget stijgt jaarlijks met hetzelfde percentage als het percentage waarmee het urencontingent gezinszorg voor dat jaar stijgt. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

Bijkomend worden nog extra budgetten evenredig verdeeld tussen de erkende diensten voor gezinszorg op basis van gegevens (van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar waarop het budget betrekking heeft) die de dienst of Zorggezind bezorgt aan de administratie: vergoeding van verplaatsingen in opdracht met de (brom)fiets en privéwagens en maatregelen voor milieubewuste verplaatsingen. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

Daarnaast worden nog extra budgetten evenredig verdeeld tussen de erkende *private* en *openbare* diensten voor gezinszorg op basis van gegevens (van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar waarop het budget betrekking heeft) die de dienst of Zorggezind bezorgt aan de administratie. De maatregelen waarvoor extra budgetten worden verdeeld zijn verschillend voor private en openbare diensten. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

- Schoonmaakhulp, karweihulp of oppashulp

Jaarlijks legt de Vlaamse Regering het totale aantal subsidiabele uren schoonmaakhulp, karweihulp of oppashulp vast. Voor het jaar 2024 zijn dit 3 979 218.23 uren. Alsook de diensten die in aanmerking komen voor subsidiëring en per dienst het aantal VTE logistiek personeel en het aantal VTE doelgroepwerknemers. (Besluit van de Vlaamse Regering Betreffende de Programmatie, de Erkenningsvoorwaarden En de Subsidieregeling Voor Woonzorgvoorzieningen En Verenigingen Voor Mantelzorgers En Gebruikers, 2019; Vlaamse Overheid, 2024)

De jaarsubsidie bestaat uit een enveloppe die afhankelijk is van het toegewezen aantal VTE logistiek personeel (Besluit van de Vlaamse Regering Betreffende de Programmatie, de Erkenningsvoorwaarden En de Subsidieregeling Voor Woonzorgvoorzieningen En Verenigingen Voor Mantelzorgers En Gebruikers, 2019).

Bijkomend ontvangen alle diensten extra budgetten voor de verhoging van de eindejaarspremie en de ondersteuning van het management, per kilometer die het personeel heeft afgelegd met een privéwagen voor de dienst en voor het uitbreiden van de managementondersteuning, de permanente vorming, de maatregel extra aanvullend verlof en de maatregel carendagen. In de periode 2021 – 2025 wordt dit laatste bedrag verhoogd om tegemoet te komen aan de maatregel innovatie en digitalisering uit het zesde Vlaamse intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021 voor de social/nonprofitsectoren. (Besluit van de Vlaamse Regering Betreffende de Programmatie, de Erkenningsvoorwaarden En de Subsidieregeling Voor Woonzorgvoorzieningen En Verenigingen Voor Mantelzorgers En Gebruikers, 2019)

Daarnaast ontvangen *private* diensten extra budgetten op basis van gegevens (van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar waarop het budget betrekking heeft) die de dienst of Zorggezind bezorgt aan de administratie. Dit voor de maatregel eindejaarspremie, de maatregel werkdrukvermindering en voor de managementondersteuning en de baremaverhoging voor omkadering. In de periode 2021 – 2025 wordt dit laatste bedrag verhoogd om tegemoet te komen aan de maatregel innovatie en digitalisering uit het zesde Vlaamse intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021 voor de social/nonprofitsectoren. (Besluit van de Vlaamse Regering Betreffende de Programmatie, de Erkenningsvoorwaarden En de Subsidieregeling Voor Woonzorgvoorzieningen En Verenigingen Voor Mantelzorgers En Gebruikers, 2019)

Tot slot ontvangen *openbare* diensten tot 2025 een extra budget op basis van gegevens (van het kalenderjaar dat voorafgaat aan het kalenderjaar waarop het budget betrekking heeft) die de VVSG bezorgt aan de administratie. Dit voor de maatregel koopkracht uit het zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021 voor de social/non-profitsectoren. (Besluit van de Vlaamse Regering Betreffende de Programmatie, de Erkenningsvoorwaarden En de Subsidieregeling Voor Woonzorgvoorzieningen En Verenigingen Voor Mantelzorgers En Gebruikers, 2019)

Indien een dienst doelgroepwerknemers in dienst heeft, ontvangen ze boven op de enveloppe nog toeslagen zoals vermeld op pagina 53-54 van het Besluit van de Vlaamse Regering Betreffende de Programmatie, de Erkenningsvoorwaarden En de Subsidieregeling Voor Woonzorgvoorzieningen En Verenigingen Voor Mantelzorgers En Gebruikers (2019).

- Subsidiëring van een functionaris voor gegevensbescherming voor Vesta

Binnen de beschikbare begrotingskredieten kan de secretaris-generaal een subsidie per kalenderjaar toekennen aan Zorggezind voor de vergoeding van de kosten van een functionaris voor gegevensbescherming (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019).

De functionaris is verantwoordelijk voor het informatieveiligheidsbeleid van alle erkende diensten voor gezinszorg. Zorggezind zorgt ervoor dat de functionaris voor gegevensbescherming in alle onafhankelijkheid de informatieveiligheid kan beoordelen bij de diensten. Door de toepassing van het informatieveiligheidsbeleid zijn de diensten gemachtigd om het INSZ-nummer te gebruiken binnen Vesta. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

3.4.2 Doelstellingen en opdrachten van een dienst voor gezinszorg

De doelstellingen en opdrachten van een dienst voor gezinszorg worden beschreven in het Woonzorg-decreet van 2019 (Decreet betreffende de woonzorg, 2019). Een dienst voor gezinszorg heeft als doel de autonomie en levenskwaliteit van de gebruiker te waarborgen door de zelfzorg of de mantelzorg te ondersteunen. Ze nemen daarbij de gebruiksgerichte en organisatorische werkingsprincipes die beschreven staan in het woonzorgdecreet in acht. Een dienst gezinszorg biedt de volgende zorg en ondersteuning aan gebruikers:

- Persoonsverzorging;
- Huishoudelijke hulp;
- Schoonmaakhulp, karweihulp en/of oppashulp eventueel via een samenwerkingsverband met een andere dienst voor gezinszorg of een lokale diensteneconomieonderneming;
- Algemene psychosociale en (ped)agogische ondersteuning, samenhangend met de geboden gezinszorg;
- Ondersteuning en versterking van gebruikers en hun mantelzorgers bij het opnemen van de eigen zorgregie, het op vraag van en in samenspraak met de gebruiker bepalen en opvolgen van zorg-, ondersteunings- en ontwikkelingsdoelen in het zorg- en ondersteuningsplan, en op vraag van de gebruiker het coördineren van de integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning;
- Het zelfzorgvermogen van de gebruiker evalueren en objectiveren in functie van het toekennen van zorgbudgetten (Decreet betreffende de woonzorg, 2019; Departement Zorg, z.d.-f).

Bijlage 3 geeft een meer gedetailleerd overzicht van de verschillende opdrachten van een dienst voor gezinszorg.

3.4.3 Gebruikersbijdrage voor gezinszorg

Elke gebruiker die ondersteuning krijgt van een dienst voor gezinszorg, betaalt daarvoor een gebruikersbijdrage per uur. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen gezinszorg geboden door verzorgend personeel en schoonmaakhulp, karweihulp of oppashulp geboden door logistiek personeel of doelgroepwerknemers.

3.4.3.1 *Gezinszorg geboden door verzorgend personeel*

De gebruikersbijdrage voor gezinszorg geboden door verzorgend personeel is vastgelegd volgens het ministerieel besluit van 26 juli 2001 en de bijhorende bijlagen (Bijdrageschaal gezinszorg, 2014; Ministerieel besluit tot vaststelling van het bijdragesysteem voor de gebruiker van gezinszorg, 2001).

Bij acute zorg, die gemotiveerd moet worden door het begeleidend personeelslid, geldt er een forfaitaire bijdrage van €7.58 per gepresteerd uur gezinszorg of €4.55 per uur als de gebruiker recht heeft op verhoogde tegemoetkoming. Deze forfaitaire bijdrage kan maximaal 14 dagen gebruikt worden. Na deze periode geldt de bijdrage voor gezinszorg zoals hieronder beschreven. De dienst brengt de gebruiker hiervan op de hoogte alvorens de hulpverlening start. (Ministerieel besluit tot vaststelling van het bijdragesysteem voor de gebruiker van gezinszorg, 2001)

Bij gebruik van gezinszorg wordt alvorens de start van de hulpverlening de gebruikersbijdrage berekend. Hiervoor moet er jaarlijks een sociaal onderzoek in het thuismilieu van de gebruiker verricht worden door het begeleidend personeel. Tijdens het sociaal onderzoek brengt het begeleidend personeel het

zelfzorgvermogen van de gebruiker in kaart a.d.h.v. de BelRAI Screener en het Sociaal Supplement, eventueel aangevuld met de meest aangewezen BelRAI-instrumenten. Het sociaal onderzoek mag tweejaarlijks plaatsvinden als de gebruiker enkel gebruik maakt van schoonmaakhulp, karweihulp of oppashulp. Het sociaal onderzoek mag ook plaatsvinden in een centrum voor dagopvang als de gebruiker uitsluitend daar gezinszorg krijgt. (Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 2019)

De gebruikersbijdrage voor gezinszorg houdt rekening met vijf parameters:

1. De middelen en lasten van de gebruiker waardoor het maandelijkse netto-inkomen berekend kan worden

Bij het berekenen van het maandelijkse netto-inkomen van de gebruiker moet er rekening gehouden worden met alle inkomsten van de gebruiker en, indien van toepassing, *de personen van dezelfde generatie die een huishouden vormen*. Onder inkomsten wordt verstaan: beroepsinkomsten, roerende inkomsten, inkomsten uit onroerende goederen, sociale uitkeringen (bv. ziekte-, werkloosheids- en invaliditeitsvergoedingen, ouderdoms- of overlevingspensioenen en renten, gewaarborgd inkomen, bestaansminimum, tegemoetkomingen voor mindervaliden, oorlogspensioenen en inkomsten van frontstreden, tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden, integratietegemoetkoming, tegemoetkoming voor hulp aan derden plus alle andere mogelijke bestaande en toekomstige uitkeringen) en andere inkomens zoals ongevallenvergoeding, renten of onderhoudsgelden. De wettelijke gezinsbijslagen, studiebeurzen, toelagen voor het bijhouden van pleegkinderen, mantelzorg- en thuiszorgpremies en/of -toelagen, toegekend door lokale en/of provinciale overheden, ziekenfondsen en de Vlaamse gemeenschapscommissie worden niet meegeteld. Ook het PVB en zorgbudget voor personen met een handicap worden niet meegeteld.

Facultatief kunnen bepaalde lasten in mindering van het inkomen worden gebracht, namelijk uitzonderlijke medische en farmaceutische onkosten gedurende de periode van gezinszorg. Het uitzonderlijk karakter van de lasten wordt beoordeeld en gedocumenteerd door het begeleidend personeelslid.

2. De gezinssamenstelling

Er wordt een gezinscode toegekend op basis van de feitelijke toestand van de gebruiker op het moment van de aanvraag. Iemand die alleenstaand en alleenwonend is, krijgt de basiscode 1. In alle andere gevallen is de basiscode 2. Er wordt een extra punt bijgeteld bij deze basiscode voor:

- elke volwassene (uitgezonderd de partner van de persoon voor wie de hulp wordt ingeroepen) die samenleeft met de gebruiker in dezelfde woning, en die zelf geen eigen inkomsten heeft;
- elk kind dat samenleeft met de gebruiker in dezelfde woning, en dat zelf geen eigen inkomsten heeft, en voor elk kind op internaat of geplaatst in een instelling, als de ouders instaan voor de financiële vergoeding van dat verblijf;
- het nog ongeborn kind, vanaf de zesde maand zwangerschap;
- elke persoon (ook de gebruiker zelf) met een invaliditeitspercentage of een arbeidsongeschiktheid van minstens 65%, een vermindering van de zelfredzaamheid met minstens negen punten of een vermindering van het verdienvermogen tot een derde of minder, en voor elk kind dat

minstens vier punten behaalt in pijler 1 (lichamelijke en geestelijke gevolgen van de handicap of aandoening).

“Uitgezonderd: in het geval van bejaarde(n) die samenwonen met een andere generatie en waar, voor de bijdrageberekening, het inkomen van deze bejaarde(n) in rekening wordt genomen. In dit geval zijn bijkomende codepunten enkel mogelijk wanneer de bejaarde(n) een invaliditeitspercentage heeft (hebben) van minstens 65% of een vermindering van de zelfredzaamheid met minstens negen punten.”

3. De score van de gebruiker op de BelRAI-Screener en het Sociaal Supplement

Een totaalscore van $\geq 13/30$ of de somscore van ADL en IADL $\geq 5.5/12$ bij de BelRAI-Screener geeft de gebruiker recht op een korting van €0.65 per uur en indien van toepassing andere verplichte kortingen (zie 4. en 5.).

4. De duur van de hulp- en dienstverlening

Vanaf één jaar ononderbroken gezinszorg, hulpverlening wordt minder dan 13 weken onderbroken, krijgt de gebruiker een korting van €0.25 per uur. Deze verplichte korting wordt enkel toegepast als de gebruiker een totaalscore heeft van $\geq 13/30$ en/of de somscore van ADL en IADL $\geq 5.5/12$ is bij de BelRAI-Screener.

5. De intensiteit van de hulp- en dienstverlening

Als het aantal effectief gepresteerde uren gezinszorg ≥ 60 uur per maand is, krijgt de gebruiker een korting van €0.35 per uur. Deze verplichte korting wordt enkel toegepast als de gebruiker een totaalscore heeft van $\geq 13/30$ of de somscore van ADL en IADL $\geq 5.5/12$ is bij de BelRAI-Screener.

(Departement Zorg, z.d.-a; Ministerieel besluit tot vaststelling van het bijdragesysteem voor de gebruiker van gezinszorg, 2001)

De dienst voor gezinszorg kan in functie van het verlenen van gebruiksgerichte, doelmatige, doeltreffende, continue en maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning wijkwerking organiseren. Wijkwerking is het op regelmatige basis organiseren van overlegmomenten met een groep personeelsleden van een dienst voor gezinszorg, die onder supervisie van een begeleidend personeelslid staat, en verantwoordelijk is voor de zorg en ondersteuning in een bepaald gebied (één of meerdere (deel)gemeenten). Als de dienst wijkwerking organiseert in de gemeente/stad waar de gebruiker woont, mag men een toeslag van 5% aanrekenen op elk gepresteerd uur gezinszorg. (Departement Zorg, z.d.-a; Ministerieel besluit tot vaststelling van het bijdragesysteem voor de gebruiker van gezinszorg, 2001) Daarnaast mag de dienst voor gezinszorg facultatieve toeslagen aanrekenen aan de gebruiker als de hulp- en dienstverlening plaatsvindt op onregelmatige uren: 15% op de uren gepresteerd op weekdays tussen 18 uur en 20 uur, 30% op de uren gepresteerd op weekdays tussen 20 uur en 7 uur of op zaterdag, en 100% voor de uren gepresteerd op zon- en feestdagen (Departement Zorg, z.d.-a; Ministerieel besluit tot vaststelling van het bijdragesysteem voor de gebruiker van gezinszorg, 2001).

Er kan enkel afgeweken worden van de bijdrageschalen van Bijlage I van het ministeriële besluit op basis van een gemotiveerd verslag, opgesteld door het begeleidend personeelslid en goedgekeurd door het leidinggevend personeelslid van de dienst voor gezinszorg (Departement Zorg, z.d.-a; Ministerieel besluit tot vaststelling van het bijdragesysteem voor de gebruiker van gezinszorg, 2001).

3.4.3.2 *Schoonmaakhulp, karweihulp of oppashulp geboden door logistiek personeel of doelgroepwerknemers*

Voor schoonmaakhulp, karweihulp of oppashulp geboden door logistiek personeel of doelgroepwerknemers is er geen algemeen geldend berekeningssysteem. Elke dienst bepaalt zelf hoe de bijdrage berekend wordt, maar moet daarbij wel rekening houden met het inkomen en de gezinssamenstelling van de gebruiker (Departement Zorg, z.d.-b).

4 Conclusie

We nemen onderstaande geleerde lessen vanuit de beleidsverkenning mee in het vervolg van het onderzoek.

Ten eerste, het PVB, de tweede trap van de PVF, is een budget op maat dat PmH kunnen aanvragen wanneer ze nood hebben aan intensieve of frequente ondersteuning in de vorm van dagondersteuning, woonondersteuning, individuele psychosociale begeleiding, individuele praktische hulp, globale individuele ondersteuning en/of oproepbare permanentie. De aanvraagprocedure van het PVB bestaat uit drie stappen: (1) de vraag goed in kaart brengen, (2) een OP PVB invullen en indienen, en (3) Objectivering handicap en ondersteuningsnood in een MDV. Op basis van het OP PVB en MDV wordt de budgetcategorie en prioriteitengroep bepaald. Er zijn drie prioriteitengroepen (PG1, PG2 en PG3) waarbij PG1 de meest dringende vragen zijn en PG3 de minst dringende vragen met de langste wachttijd tot terbeschikkingstelling van een PVB. De PVF is ingevoerd op 1 januari 2017. Hierdoor hebben verschillende personen in PG3, die hun aanvraag indienden voor 01/01/2017, nooit de huidige aanvraagprocedure doorlopen. Er is daardoor nood aan een grondige rechtenverkenning en vraagverheldering van deze PmH in PG3. Uit het voorgaande onderzoek van het VAPH blijkt onder andere dat PmH in PG3 vooral nood hebben aan meer praktische hulp in het dagelijkse leven die geboden wordt door professionele zorgverleners.

Ten tweede, tijdens een sociaal onderzoek van de dienst voor gezinszorg wordt het zelfzorgvermogen van de gebruiker van gezinszorg in kaart gebracht a.d.h.v. de BelRAI screener en het Sociaal Supplement, eventueel aangevuld met de meest aangewezen BelRAI-instrumenten. Tijdens het sociaal onderzoek wordt ook de gebruikersbijdrage bepaald. De gebruikte instrumenten zijn andere inschalingsinstrumenten dan het ZZI bij een aanvraag van een PVB.

Ten derde, de Vlaamse Regering legt elk jaar het totale aantal subsidiabele uren vast en de minister bepaalt per regionale stad en per dienst het maximaal aantal subsidiabele uren gezinszorg waarover een dienst kan beschikken. Jaarlijks zijn er maximaal 32 265 uren DOP-uren beschikbaar. Een dienst voor gezinszorg kan maximaal drie maanden DOP-uren bieden aan een persoon met een handicap die beschikt over een ondersteuningsplan van een DOP. Voor een DOP-uur ontvangt de dienst 2 euro subsidies meer dan voor een gewoon uur gezinszorg. Na de periode van drie maanden valt de gezinszorg aan die gebruiker onder het gewone urencontingent gezinszorg. Gedurende die drie maanden heeft de dienst de tijd om voldoende personeel vrij te maken om de zorg verder te zetten. Tot slot werd op de ministerraad van 7 juni 2024 en 19 juli 2024 beslist om extra subsidiabele uren gezinszorg ter beschikking te stellen om het zorgaanbod voor PmH in PG3 te versterken.

Ten vierde, een dienst voor gezinszorg biedt persoonsverzorging, huishoudelijke hulp, schoonmaakhulp, algemene psychosociale en (ped)agogische ondersteuning en ondersteuning en versterking van de gebruikers en hun mantelzorgers. Daarnaast kan de dienst ook karweihulp en oppashulp aanbieden en

mag de dienst voor gezinszorg ook het zelfzorgvermogen van de gebruiker evalueren en objectiveren in functie van het toekennen van zorgbudgetten. Een dienst voor gezinszorg bepaalt tijdens een sociaal onderzoek (BelRAI-Screener en Sociaal Supplement) het aantal uren zorg en ondersteuning aan de gebruiker afhankelijk van de prioriteit van de vastgestelde behoeften, de beperkingen op vlak van zelfzorg en beschikbaarheid en draagkracht van de mantelzorg. De dienst heeft daarbij bijzondere aandacht voor maatschappelijk kwetsbare doelgroepen. Kwetsbare personen zijn personen die niet zelfredzaam zijn en daardoor onvoldoende kunnen participeren op één of meerdere levensdomeinen, waaronder mensen met een beperking. Om zorg en ondersteuning te bieden, werken volgende functies bij een dienst voor gezinszorg: verzorgend personeel, logistiek personeel, doelgroepwerknemers, begeleidend personeel en leidinggevend personeel. Een dienst voor gezinszorg krijgt voor alle functies een vastgelegde subsidie van de Vlaamse Overheid.

Ten vijfde, elke dienst voor gezinszorg voert onregelmatige prestaties (prestaties op wekdagen tussen 20 uur en 7 uur, zaterdag, zondag en feestdag) uit afhankelijk van de noodwendigheden. Bij onregelmatige prestaties verhoogt het forfaitair bedrag als subsidiëring van het verzorgend personeel. Bijkomend wordt er in de periode 2021 – 2025 een budget evenredig verdeeld tussen de erkende diensten voor gezinszorg op basis van het aantal effectief gepresteerde uren gezinszorg tussen 18 uur en 20 uur op werkdagen om tegemoet te komen aan de maatregel flexibiliteit tussen 18 uur en 20 uur uit het zesde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 30 maart 2021 voor de social/non- profitsectoren.

Ten zesde, een dienst voor gezinszorg biedt personeelsleden permanente vorming en ondersteuning aan, met het oog op werkbaar werk en zorg op maat. Dit biedt kansen om ook vorming te organiseren in kader van de doelgroep PmH in PG3.

Ten slotte, elke gebruiker die ondersteuning krijgt van een dienst voor gezinszorg, betaalt daarvoor een gebruikersbijdrage per uur. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen gezinszorg geboden door verzorgend personeel en schoonmaakhulp, karweihulp of oppashulp geboden door logistiek personeel of doelgroepwerknemers. Per gepresteerd uur gezinszorg door verzorgend personeel vordert de dienst een gebruikersbijdrage die berekend wordt a.d.h.v. het inkomen, de gezinssamenstelling en zorgintensiteit. De Vlaamse Regering bepaalt de bijdragesystemen voor het vaststellen van de gebruikersbijdrage. Per gepresteerd uur schoonmaakhulp (evt. aangevuld met andere huishoudelijke activiteiten), karweihulp of oppashulp door logistiek personeel of doelgroepwerknemers vordert de dienst een bijdrage die minstens rekening houdt met het inkomen en de gezinssamenstelling. De dienst vordert ook een bijdrage van de gebruiker voor de verplaatsingstijd van het personeel als twee hulpverleningsmomenten aansluitend zijn. De verplaatsingstijd wordt daarbij gelijk verdeeld over beide gebruikers. De bijdrage voor de gebruiker verhoogt als er wijkwerking is en/of er onregelmatige prestaties worden verleend aan de gebruiker.

Hoofdstuk 3

Focusgroepen toeleiders

1 Inleiding

In het kader van het bereiken van personen met een handicap door diensten voor gezinszorg spelen de toeleiders, organisaties die PmH doorverwijzen naar diensten voor gezinszorg, een belangrijke rol. In samenspraak met de stuurgroep van dit onderzoek werd beslist om te focussen op Diensten Maatschappelijk Werk (DMW), Diensten Ondersteuningsplan (DOP) en gebruikersverenigingen met informatieloket voor personen met een handicap (infoloket). Deze organisaties ondersteunen de personen met een handicap immers bij het omschrijven van hun (zorg- en ondersteunings)vraag en gaan samen met hen op zoek naar de meest gepaste oplossing. Zij hebben vanuit die opdracht ook een belangrijke doorverwijs- en toeleidingfunctie naar, onder meer, de diensten voor gezinszorg. Alvorens we stilstaan bij de ervaringen van de diensten voor gezinszorg, bekijken we de ervaringen van toeleiders rond het toeleidingproces. De resulterende input zal in de interviews met experts (hoofdstuk 5) meegenomen worden om beleidsaanbevelingen op te stellen.

In de volgende paragrafen bespreken we hoe we de ervaringen gecapteerd hebben, welke bevindingen hieruit resulteerden en welke conclusies we hieruit kunnen trekken rond het toeleiden naar de diensten voor gezinszorg.

2 Methode

2.1 Contact respondenten

In de periode april-mei 2024 werden alle toeleiders (DMW, DOP en de infoloketten) via mail uitgenodigd voor één van onze focusgroepen eind juni. De wijze van contactname werd afgestemd op de voorkeuren van de organisatie in kwestie. Bij de DOP werd de uitnodiging verspreid via de contactpersonen van het VAPH. De infoloketten werden gecontacteerd via de online te raadplegen contactgegevens, terwijl de vraag bij de DMW via het intermutualistisch verbond verspreid werd. Via de hierboven beschreven wegen, aangevuld met gericht aanspreken via de leden van de stuurgroep, werden de organisaties in een latere fase nogmaals herinnerd aan onze oproep.

Aangezien er verhoudingsgewijs minder DMW aansloten op de eerste twee focusgroepen werd beslist om eind augustus een bijkomende online focusgroep te organiseren waarop specifiek de DMW konden aansluiten. Omwille van de beperkte interesse, is deze laatste focusgroep echter niet doorgegaan. De geïnteresseerde kon echter via mail input geven en werd meegenomen in de expertinterviews in een volgende stap van het onderzoek.

Bij uitnodiging voor deelname aan de focusgroep bezorgden we ook een formulier voor geïnformeerde toestemming.

2.2 Opzet focusgroep

De focusgroep besloeg twee uur. Tijdens een door de onderzoekers gemodereerd (zie topiclijst in bijlage 4) groepsgebesprek stonden we stil bij de verschillende stappen in het toeleidingproces. We gingen na wanneer en op welke manier diensten voor gezinszorg in het toeleidingsproces aan bod komen. We hadden hierbij aandacht voor de drempels en helpende factoren. Met toestemming van de respondenten via een formulier voor geïnformeerde toestemming werd het interview opgenomen.

Aangezien de toeleiders vanuit heel Vlaanderen verspreid moesten komen, hebben we ervoor gekozen om naast een fysieke focusgroep in Hasselt ook een online focusgroep te organiseren.

2.3 Analyses focusgroepen

De input van de verschillende respondenten werd ter plaatse door één van de onderzoekers in een verslag genoteerd, dat nadien aan de hand van de geluidsopname verder aangevuld werd. De verslagen werden in Nvivo verwerkt, om zo tot enkele overkoepelende thema's te komen.

3 Resultaten

3.1 Respons

In totaal namen 13 medewerkers van verschillende toeleiders deel aan de focusgroepen. Tabel 9 geeft een overzicht van de samenstelling naar type toeleider en de provincie waar zij actief zijn.

Tabel 9 Overzicht respondenten focusgroepen toeleiders

Focusgroep	Type toeleider			Provincie waar toeleider actief is				
	DMW	DOP	Infoloket	Antwerpen	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams-Brabant & Brussel	West-Vlaanderen
Hasselt	2	2	2	0	3	0	3	0
Online 1	2	2	3	1	0	1	3	2
Totaal	4	4	5	1	3	1	6	2

3.2 Bevindingen

Doorheen de verschillende focusgroepen stonden we stil bij de toeleiding van personen met een handicap naar de diensten voor gezinszorg. Om een beter zicht te krijgen op de bijhorende drempels en helpende factoren, deelden we het toeleidingproces op in verschillende stappen: (1) het bereiken van personen met een handicap, (2) het voorstellen van diensten voor gezinszorg en (3) het einde van de toeleiding. In het vervolg van dit hoofdstuk bespreken we bij iedere stap de belangrijkste bevindingen. De aangehaalde thema's en citaten geven steeds de meningen en ervaringen van de respondenten zelf

weer. Voor verdere interpretatie en gevolgtrekkingen uit deze bevindingen verwijzen we naar hoofdstukken 6 en 7.

3.2.1 Het bereiken van personen met een handicap door toeleiders

Alvorens er kan toegeleid worden, moeten de toeleiders de personen met een handicap bereiken. Dit kunnen we in twee richtingen bekijken: de toeleiders moeten personen met een handicap vinden en bereiken, maar ook omgekeerd moeten personen met een handicap de toeleiders kennen en naar hen toe kunnen stappen.

De toeleiders bereiken niet alle personen met een handicap even goed of vaak. Hun cliënteel is divers, zeker bij DMW die zich niet enkel richten op PmH. Bij de infoloketten en DOP zijn de grootste groepen personen met autismespectrumstoornis (ASS) en/of jongeren. Deze laatste zitten vaak op het kantelpunt van minderjarigheid naar meerderjarigheid. Oudere personen met een handicap of personen met een visuele, auditieve of fysieke beperking worden minder vaak bereikt. Welke persoon met een handicap (type beperking) men bereikt, lijkt daarnaast af te hangen van de type vergunde zorgaanbieders die in de buurt aanwezig zijn.

[DOP]: “De doelgroep met visuele beperkingen zit er minder bij. Als we ze bereiken dan is het in combinatie met een verstandelijke beperking. Mensen met auditieve handicaps zien we ook weinig. De grootste doelgroep is jongeren in transitie.”

De respondenten hebben de indruk dat slechts weinig personen met een handicap zelf de stap naar hen zetten. Het contact wordt eerder gelegd door de omgeving van de persoon met een handicap, wanneer het teveel wordt. Hier speelt, net als bij de diensten voor gezinszorg (zie hoofdstuk 4), mond-aan-mondreclame en bereikbaarheid een belangrijke rol. Daarnaast wijzen andere organisaties zoals vergunde zorgaanbieders, ziekenhuizen, OCMW's en scholen personen door naar de toeleiders. Bij deze doorverwijzing wordt er soms al gesproken over diensten voor gezinszorg, maar doordat deze organisaties, ongewild, onvolledige of foutieve informatie geven, ontstaan er foutieve verwachtingen ten aanzien van diensten voor gezinszorg.

Daarbij aansluitend zijn niet alle organisaties op de hoogte van wat de toeleiders kunnen bieden. Zij weten vaak niet dat de toeleiders meer doen voor personen met een handicap dan enkel het ondersteuningsplan PVB opstellen en een PVB aanvragen. Personen met een handicap kunnen ook met andere vragen bij hen terecht. Om hier een antwoord op te bieden, zetten sommige toeleiders in op PR (public relations) en bekendmaking bij andere organisaties. Dat doen ze via outreach, PR, aanwezigheid op fora (eerstelijnszone, netwerkevents ...) etc. Daarnaast verwijzen bepaalde DOP en DMW afhankelijk van de zwaarte/complexiteit van de hulpvraag personen naar mekaar door en neemt ofwel de DOP ofwel de DMW het dossier op. De PmH kan al dan niet ingaan op deze doorverwijzing en behoudt altijd de keuze hoe het OP PVB ingediend wordt (zelf, met hulp van DOP, DMW of infoloket).

Of de toeleiders van hun kant uit actief inzetten op het bereiken van personen met een handicap, verschilt van respondent tot respondent. Bepaalde toeleiders zetten hier niet actief op in, omdat er geen ruimte voor is of omdat het niet nodig is: er is al voldoende vraag zonder dat ze actief op zoek gaan naar nieuwe doelgroepen.

[DOP]: “We zijn niet zoekende naar nieuwe doelgroepen [types van handicaps die ze nu niet/minder bereiken]. We zouden dat wel willen, om meer diversiteit in onze populatie te krijgen, maar het is niet nodig om onze aantallen te halen.”

Anderen proberen dan weer meer personen met een handicap te bereiken. Dit gebeurt deels vanuit een verplichting: DMW moeten bepaalde groepen (bv. personen met palliatief forfait of een dossier bij het VAPH) proactief contacteren. Zij doen dit op basis van gegevens die de mutualiteit verzamelt/ontvangt. De andere toeleiders (DOP en infoloketten) beschikken niet over dergelijke informatie, waardoor dit bij hen niet gebeurt. Bepaalde organisaties richten zich daarnaast expliciet op die doelgroepen (waaronder subgroepen van PmH) die ze momenteel minder bereiken. Zij trachten de drempels weg te werken.

Deze bevindingen kunnen voor een deel verklaard worden door het feit dat er veel onduidelijkheid leeft bij personen met een handicap over waar men ondersteuning moet gaan zoeken. Voor personen met een handicap is het vaak onduidelijk bij wie ze terecht kunnen, en ook voor toeleiders is het, zoals onderstaande conversatie aantoont, moeilijk om te weten wie ze allemaal moeten benaderen en hoe ze zich kunnen onderscheiden van de andere ondersteuners.

[DOP]: “De overheid is erin geslaagd om het stuk “Waar vind je je doelgroep” te versplinterd te maken. Onthaal en rechtenverkenning [kan gebeuren] door veel verschillende partners. Voor personen met een handicap is het een bos: “Naar waar voor wat?” Nu met de piloten RTH [zijn er] nog meer bomen in het bos gezet. Dat zorgt voor onduidelijkheid voor personen met een handicap en voor ons naar wie we ons moeten richten. Voor het bereiken van personen met een handicap moet het duidelijk zijn voor iedereen waar de looplijnen zijn: “Waar ga je naartoe?”. In plaats van mensen in het midden van het bos te zetten en “Zoek uwe weg”. Dat is ontbrekend. Je kan naar zoveel gaan. Iedereen weet iets, maar niet alles. Niet iedereen heeft altijd de tijd, de goesting, om ermee bezig te zijn en expertise. [...] Erin geslaagd om niet te kunnen gaan samenzitten met 4 à 5 partners die kunnen zeggen: “We hebben zicht op het hele veld”.”

[DMW]: Je zou verder kunnen gaan: we gaan een aantal lampjes hangen en daar staat iemand. Maar als je teveel lampjes hangt: “Waar ga je naartoe?”. Dat is even verwarrend. “Ik weet niet waar naartoe want ik zie te veel”.”

[DOP]: “Zeker voor personen met een handicap. Het is wetenschappelijk bewezen: Hoe meer keuze, hoe moeilijker om aan de slag te gaan of iets te kiezen.”

[DMW]: “Iedere instantie moet dan ten aanzien van de overheid zijn bestaansrecht verdedigen: “Kom maar bij ons”.”

[DOP]: “Het is heel commercieel geworden. Ze springen er gewoon op, ook al hebben ze de tijd niet om hulp te bieden. Maar gewoon om die punten [subsidie] binnen te halen.”

3.2.2 Diensten voor gezinszorg voorstellen aan personen met een handicap

In het tweede luik van de focusgroep gingen we na of en wanneer diensten voor gezinszorg worden voorgesteld aan personen met een handicap. Dit gebeurt relatief vroeg in het traject dat de persoon met de toeleider loopt. Vaak vormen diensten voor gezinszorg een gedeeltelijke oplossing voor zij die geen PVB nodig hebben. De toeleiders werken volgens de concentrische cirkels, waarbij de verschillende ondersteuningscirkels beschouwd worden als complementair: naast de ondersteuning die vaak al geboden wordt vanuit het netwerk van de persoon met een handicap bekijkt men ook de mogelijkheden vanuit de reguliere diensten, waaronder de diensten voor gezinszorg, en gespecialiseerde aanbod vanuit RTH-aanbieders. In de mate van het mogelijke wordt er gezorgd dat er niet naar de tweede trap (PVB) gegaan moet worden als dat niet nodig is (principe van subsidiariteit).

[DMW]: “Het VAPH vraagt voor[aleer] we een PVB aanvragen, reguliere diensten in te zetten. Enkel bij handicapspecifieke ondersteuning [heeft de persoon recht op] een budget. Als een persoon komt vragen voor een persoonsvolgend budget voor gezinszorg, dan zal er voor ons geen dossier ondersteuningsplan persoonsvolgend budget opgesteld worden. Dat is geen handicap-specifieke ondersteuning, dus mensen moeten dat met eigen middelen ondersteunen. [...]”

[DMW]: [dat is] niet het doel van het PVB

[DMW]: “VAPH stelt als voorwaarde dat de reguliere diensten uitgeput zijn alvorens we kunnen bijspringen met PVB. In theorie, maar in de praktijk zie je dat personen met een handicap de uren gezinszorg beperken omdat ze niet genoeg middelen hebben. Eens ze die wel hebben, dan gaan ze de gezinszorg uitbreiden.”

[DMW]: mensen op de wachtlijst [voor PVB] gebruiken hun RTH-middelen.

[DOP]: Als overgang, aangezien het zolang wachten is op budget. Combo RTH en gezinszorg kan even overbruggen. Want RTH is niet voldoende, maar gecombineerd, dan kan je even overbruggen. Staat er eigenlijk ook los van, want je kan gezinszorg altijd inschakelen. Heeft niets te maken met handicapspecifieke. Maar ik snap wel dat het door veel mensen gezien wordt als overgang omdat het sneller opgestart kan worden.”

In de praktijk worden diensten voor gezinszorg dus ook gebruikt als overbrugging tot er een/meer PVB is. Dit komt voor een deel omdat er veel variatie is in prioriteitengroep drie. In PG3 zit volgens de respondenten een deel personen die eigenlijk in een andere groep moeten zitten, maar die vergeten zijn om een herziening van prioritering aan te vragen of die het risico dat bij een herziening komt kijken (nieuwe prioriteringsdatum) niet willen nemen. Voor deze groep zijn diensten voor gezinszorg alleen onvoldoende, maar voor anderen in PG3 is reguliere ondersteuning voldoende.

Over het algemeen wordt er volgens de respondenten door het VAPH en de andere organisaties onvoldoende op gewezen dat diensten voor gezinszorg een optie kunnen zijn. Reguliere diensten zoals diensten voor gezinszorg worden volgens de respondenten bijvoorbeeld niet vermeld in de beslissingsbrief rond het PVB. Personen die wachtende zijn op hun PVB of geen recht hebben op het PVB weten hierdoor vaak onvoldoende waar ze terecht kunnen voor verdere ondersteuning. Daarom zetten bepaalde toeleiders zelf initiatieven op, zoals inloopmomenten of telefonische opvolging voor personen die op hun wachtlijst staan.

De toeleiders stellen in verschillende situaties diensten voor gezinszorg voor aan de persoon met een handicap. Dit gebeurt op vraag van de persoon met een handicap zelf, wanneer deze nood heeft aan: nabijheid of toezicht, ondersteuning bij (het managen van) het huishouden of het structureren van zijn leven. Daarnaast komen diensten voor gezinszorg ook ter sprake wanneer het netwerk van de PmH overbevraagd is.

Bepaalde respondenten zijn echter terughoudend om diensten voor gezinszorg voor te stellen omdat zij het gevoel hebben dat deze diensten onvoldoende kennis hebben over personen met een handicap, of dat zij onvoldoende aanklappend werken. Zij geven volgens de respondenten te snel op wanneer de begeleiding moeizaam verloopt. Daarnaast wordt dit in bepaalde regio's verder versterkt door capaciteitstekorten bij verschillende diensten voor gezinszorg waarnaar doorverwezen kan worden.

[DMW]: “Er zijn op heel wat plaatsen wachtlijsten. Het ziekenhuis belt [ons]: “Persoon gaat naar huis”. Als we die persoon willen inschrijven bij gezinszorg: wachtlijst! De thuisbegeleidings-diensten [mobiele begeleiding door aanbieders van RTH] hebben een wachtlijst van 2 à 3 jaar ...”

Heeft het dan nog zin om contact op te nemen met een specifieke thuisbegeleidingsdienst [mobiele begeleiding door aanbieders van RTH]? Ik durf bijna niet meer zeggen: "Ga daar". Zeker voor mensen met ASS die mits omkadering thuis kunnen wonen: "Je kan in die richting kijken, maar je moet 3 jaar wachten." Als jij morgen iets nodig hebt, maar je moet een half jaar wachten ..."

De personen met een handicap reageren overwegend positief op het voorstel van de diensten voor gezinszorg. Wanneer zij negatief reageren, heeft dit meestal te maken met de financiële drempel (betaalbaarheid en betaalbaarheid), de beperkte flexibiliteit in uren/dagen waarop de begeleiding geboden kan worden, de beperkte continuïteit van de begeleiding, de connotatie met ouderen, of het feit dat er (weer) iemand nieuw in huis komt. In de mate van het mogelijke wordt hiervoor een oplossing gezocht. Het voorstel moet soms wat rijpen. De respondenten dringen diensten voor gezinszorg echter niet op. Het blijft steeds de beslissing van de persoon met een handicap zelf. Al vinden de respondenten dit soms moeilijk, voornamelijk in schrijnende situaties.

[DMW]: "Ik vind het vaak een moeilijke in die situaties waarbij een overleg wordt bijeengeroepen en die cliënt zit daar en daar wordt overgegaan "want wij vinden dat". Niemand de tijd genomen om te luisteren en te vragen [wat de cliënt wil]. Want dat is voor die persoon ook een drempel, een verlies van zelfstandigheid. De cliënt betrekken in het gesprek kan ertoe leiden dat de persoon er minder weigerachtig tegenover staat. Of zelf het inzicht krijgt [dat hulp nodig is]."

3.2.3 Het einde van de toeleiding

De begeleiding van de toeleiders stopt niet altijd van zodra diensten voor gezinszorg zijn voorgesteld. Ze zoeken soms samen met de persoon met een handicap naar de meest geschikte dienst voor gezinszorg en zijn soms ook aanwezig op het intakegesprek. Op deze manier verzekeren ze een warme overdracht waarbij zij de nodige achtergrondinformatie en eventuele ervaring rond de aanpak van het gezin meegeven of de persoon ondersteunen om deze informatie zelf te delen. Zo vermijden ze dat de persoon met een handicap het hele verhaal opnieuw moet doen. En wordt er voor een deel tegemoet gekomen aan de drempel om steeds nieuwe gezichten te moeten toelaten in huis. Het nadeel is, aldus de respondenten, dat deze intakegesprekken plaatsvinden met de regioverantwoordelijke (begeleidend personeelslid) en niet met de medewerker(s) die de effectieve begeleiding voor zijn/haar rekening zal/zullen nemen.

De betrokkenheid van de toeleiders stopt in de meeste gevallen van zodra het intakegesprek heeft plaatsgevonden. Er wordt immers weinig structureel opgevolgd welke ondersteuning ook effectief wordt opgestart. Dit behoort namelijk niet tot de opdracht van de toeleiders, waardoor zij hier geen tijd (en financiering) voor hebben. Daarenboven is de duurtijd van de begeleiding door een DOP beperkt tot 1 jaar. Nochtans heeft voorgaand onderzoek (DOP Limburg, 2014) aangetoond dat een nauwere opvolging van personen op de wachtlijst voor een PVB wel degelijk effect heeft.

3.2.4 Algemeen: drempels bij de toeleiding

Doorheen de verschillende stappen kwamen enkele drempels aan bod. Deze hebben tevens een invloed op de andere besproken stappen. Daarom lijkten we ze hieronder nogmaals op en illustreren we hoe de verschillende drempels met elkaar vervlochten zijn.

Een eerste drempel zijn de *capaciteitstekorten bij de verschillende diensten voor gezinszorg* waarnaar doorverwezen kan worden. Of het idee dat er capaciteitstekorten zullen zijn. Daarnaast zijn er volgens

de respondenten heel wat *restricties op wat de diensten voor gezinszorg mogen, kunnen en willen doen*, terwijl de benodigde hulp heel breed gaat en niet altijd opgesplitst kan worden in taken voor verzorgenden (persoonsverzorging, huishoudelijke taken, psychosociale en (ped)agogische ondersteuning en beperkte poetshulp) en taken voor logistiek personeel (oppashulp, poetshulp en karweihulp). Zo kan het gebeuren dat de persoon met een handicap tijdens het oppassen verzorgd moet worden (bv. sondezak legen, helpen met medicatie, ...), of dat huishoudelijke taken zoals koken, poetstaken met zich meebrengen. Te strikte afbakening van de taken is in de praktijk dus niet werkbaar.

Een derde drempel is het feit dat de respondenten het gevoel hebben dat de medewerkers van diensten voor gezinszorg *te weinig kennis hebben over de doelgroep personen met een handicap*.

Tot slot hebben de *toeleiders geen of onvoldoende tijd om de personen na de toeleiding verder op te volgen*.

[DMW]: "Als ik spreek vanuit ons perspectief [als dienst maatschappelijk werk]: wij doen vooral de administratieve ondersteuning [in het begin, wanneer er een persoonsvolgend budget wordt aangevraagd]: "Wat wil je? En hoe vertalen we dat naar het VAPH?". We blijven wel in contact [na de toeleiding], maar we hebben niet de mogelijkheid om... We gaan wel toeleiden maar niet in dezelfde mate als DOP. [...] De mutualiteit [waar de respondent werkt] gaat niet 1 à 2 keer per jaar alle mensen in PG3 aanschrijven."

[DMW]: "Als je ze aanschrijft, moet je ook een aanbod kunnen doen. Als je nu al met aanmeldingslijsten zit die je niet verwerkt krijgt, hoe zou je dat er dan nog kunnen bijdoen?! Dat zie ik eerlijk gezegd ook niet zitten."

[DMW]: "Nauwere samenwerking opzetten"

[DMW]: "Of regulier meer tijd voor begeleidingswerk om toe te leiden en het ook op te volgen. Eerst elke maand eens horen en nadien losser."

4 Conclusie

Door de respondenten werden verschillende drempels en helpende factoren voor het bereiken en toeleiden van PmH naar diensten voor gezinszorg aangehaald. Deze vatten we hieronder samen in tabel 10. De tabel biedt ook een overzicht van het aantal respondenten dat een specifieke drempel of factor aanhaalde. Belangrijk om daarbij in het achterhoofd te houden is dat het om kwalitatief onderzoek gaat waarbij in de focusgroepen gepeild werd naar verschillende ervaringen en meningen. Wanneer een thema in bv. een bepaalde focusgroep niet of minder aan bod kwam, betekent dit dus niet noodzakelijk dat het minder belangrijk is voor de respondenten. De aantallen geven dus aanvullend een indicatie maar moeten met enige nuance en voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Tabel 10 Samenvatting van drempels en helpende factoren vanuit de focusgroepen met toeleiders

Drempels	Helpende factoren
<i>Bereiken van PmH</i>	
Niet alle PmH worden bereikt door de toeleiders (N=9, van de 13 respondenten)	Samenwerkingen met en doorverwijzingen vanuit gezondheids- en welzijnsorganisaties (N=7)
Toeleiders die reeds voldoende cliënten bereiken en daardoor niet extra inzetten op doelgroepen die ze minder/niet bereiken en die niet beschikken over de nodige gegevens om doelgroepen proactief te benaderen (N=4)	DMW die bepaalde doelgroepen proactief moeten benaderen op basis van gegevens die de mutualiteit verzamelt (N=3)
Gezondheids- en welzijnsorganisaties die bij doorverwijzing ongewild onvolledige of foutieve informatie geven over diensten voor gezinszorg waardoor er foutieve verwachtingen ontstaan (N=4)	Mond-aan-mondreclame (N=9)
Aanbod van toeleiders is (onvoldoende) gekend bij andere organisaties (N=3)	PR en bekendmaking van aanbod bij andere organisaties (N=3)
Onduidelijkheid bij PmH en hun naasten bij wie ze terecht kunnen met vragen en wat het onderscheid is tussen verschillende organisaties (N=5)	
<i>Diensten voor gezinszorg voorstellen</i>	
Reguliere diensten zoals diensten voor gezinszorg worden niet vermeld in de beslissingsbrief rond het PVB van het VAPH (N=2)	Werken volgens de concentrische cirkels waardoor diensten voor gezinszorg vroeg in het traject aanbod komen (N=6)
Wachlijsten bij de toeleiders zelf (N=7)	Inloopmomenten of telefonische opvolging van PmH op de wachtlijst van toeleiders (N=3)
Diensten voor gezinszorg hebben te weinig kennis over PmH (N=6)	
Onvoldoende aanklappend werken bij PmH vanuit de diensten voor gezinszorg (N=1)	
Capaciteitstekorten bij diensten voor gezinszorg (N=6)	
Restricties op wat de diensten voor gezinszorg mogen, kunnen en willen doen, (N=7)	

PmH reageren soms negatief als diensten voor gezinszorg voorgesteld worden door toeleiders. Voornamelijk omwille van financiële drempels (betaalbaarheid en betaalbaarheid; N=7), beperkte flexibiliteit in uren/dagen waarop de begeleiding geboden kan worden (N=7), de beperkte continuïteit van de begeleiding (N=5), de connotatie met ouderen (N=2), of het feit dat er (weer) iemand nieuw in huis komt (N=3)	PmH reageren overwegend positief als diensten voor gezinszorg voorgesteld worden door toeleiders (N=3)
<i>Einde van de toeleiding</i>	
Intakegesprek (sociaal onderzoek) gebeurt niet door de medewerker(s) die de ondersteuning zullen bieden (N=4)	Indien gewenst door de PmH samen zoeken naar de meest geschikte dienst voor gezinszorg en/of aanwezig zijn op het intakegesprek (sociaal onderzoek) als warme overdracht (N=4)
Weinig structurele opvolging welke ondersteuning start en of de ondersteuning duurzaam is (N=6)	

Bron: van de auteurs

Omwille van de grote overlap en samenhang tussen de bevindingen uit de focusgroepen met toeleiders en focusgroepen met diensten voor gezinszorg formuleren we een gezamenlijke conclusie (zie hoofdstuk 4, 4. Conclusie).

Hoofdstuk 4

Focusgroepen erkende diensten voor gezinszorg

1 Inleiding

Het onderzoek spitst zich toe op de ervaringen van de diensten voor gezinszorg en de organisaties die personen met een handicap toeleiden naar diensten voor gezinszorg. Dit hoofdstuk behandelt de ervaringen van de eerste groep.

Aan de hand van focusgroepen met verscheidene diensten voor gezinszorg gingen we na in welke mate diensten voor gezinszorg personen met een handicap bereiken, wat hen hierbij geholpen heeft en op welke drempels ze stuiten. Verder stonden we stil bij de ervaringen met het ondersteunen van personen met een handicap: wat is hierbij helpend en met welke aandachtspunten moet er rekening gehouden worden? De resulterende input zal in de interviews met experts (hoofdstuk 5) meegenomen worden om beleidsaanbevelingen op te stellen.

Eerst lichten we toe hoe de focusgroepen in zijn werk gingen, waarna we de belangrijkste resultaten presenteren met betrekking tot de respons, het bereiken van personen met een handicap en het begeleiden van personen met een handicap. Tot slot formuleren we enkele samenvattende reflecties.

2 Methode

In juni 2024 organiseerden we vijf focusgroepen verspreid over Vlaanderen. Om eventuele geografische verschillen mee te nemen in ons onderzoek hielden we in iedere provincie² een focusgroep.

2.1 Contact respondenten

In april 2024 ontvingen alle Vlaamse erkende diensten voor gezinszorg via mail een uitnodiging (en herinnering) om deel te nemen aan de focusgroepen. We maakten geen voorselectie maar deden een brede oproep naar alle diensten. We zagen er echter wel op toe dat er op verschillende vlakken voldoende variatie was onder de respondenten. Op basis van de urencontingenten (Vlaamse minister van Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 2023), categoriseerden we de diensten naar grootte (grootste, grotere of kleinere diensten). Daarnaast zorgden we ervoor dat zowel private (vzw), publieke (OCMW) als verzelfstandigde diensten (verz.) aansloten. De koepelorganisaties (Zorggezin en VVSG) verspreidden onze oproep mee naar hun achterban. Tot slot nodigden we diverse profielen van medewerkers uit: verzorgend personeel, logistiek personeel, begeleidend personeel en leidinggevend personeel. Indien een bepaalde subgroep ontbrak, werden bepaalde diensten gericht opgebeld. Dankzij deze inspanningen gingen heel wat diensten in op de uitnodiging. Op basis van hun beschikbaarheden werd een geschikte datum gekozen.

² Aangezien de respons in het Brussels hoofdstedelijk gewest laag uitviel, namen we Brussel en Vlaams-Brabant samen in de focusgroepen. De focusgroep voor de provincie West-Vlaanderen vond online plaats, om zo ook deelnemers uit andere provincies – die niet konden op de datum in hun provincie – alsnog de kans te geven aan te sluiten. De andere focusgroepen vonden op een centrale plaats in de provincie plaats.

Bij uitnodiging voor deelname aan het interview bezorgden we ook een formulier voor geïnformeerde toestemming.

2.2 Opzet focusgroep

Tijdens een twee uur durend groeps gesprek gingen we met de respondenten in gesprek over hun ervaringen met het bereiken en begeleiden van personen met een handicap. Eén van de onderzoekers modereerde het gesprek aan de hand van een topiclijst (zie bijlage 5) met een bijhorend invuldocument (zie bijlage 6). De topiclijst was geen vaststaand gegeven, maar werd eerder als leidraad gebruikt. Hierdoor was er voldoende ruimte om in te gaan op de door de respondenten aangehaalde thema's. Met toestemming van de respondenten via een formulier voor geïnformeerde toestemming werd het interview opgenomen.

2.3 Analyses focusgroepen

Naast de moderator was een tweede onderzoeker aanwezig op de focusgroepen. Deze persoon stond in voor de notulen. Het verslag van iedere focusgroep werd nadien aan de hand van de audio-opname verder aangevuld. Met behulp van Nvivo werd de input van de respondenten verder verwerkt en onderverdeeld in (sub)thema's met betrekking tot het bereiken en begeleiden van personen met een handicap.

2.4 Gebruikte terminologie

Tabel 11 Gebruikte terminologie

Gebuchte terminologie	Verwijst naar
Diensten (voor gezinszorg)	Erkende diensten voor gezinszorg
Medewerkers of verzorgenden	Medewerkers van de erkende diensten voor gezinszorg die bij de gebruiker thuis ondersteuning bieden. Dit kan zowel gaan over zowel verzorgenden als logistiek personeel.
Gebruikers	De personen (met een handicap) die gebruik maken van diensten voor gezinszorg. In andere contexten soms ook naar verwezen als "cliënten". Personen met een handicap worden soms ook wel personen met een beperking genoemd.
Poetshulp	Poetshulp die vanuit een dienstenchequebedrijf werkt of als logistiek medewerker binnen de gezinszorg poetstaken opneemt. Het is niet altijd duidelijk in de antwoorden van de respondenten of ze spreken over poetshulp via dienstencheques of via logistiek personeel van de dienst voor gezinszorg.
Urencontingent	Maximaal aantal uren gezinszorg en maximaal uren poetshulp, oppashulp en karweihulp waarvoor de dienst voor gezinszorg subsidies kan ontvangen van de Vlaamse overheid.

3 Resultaten

Alvorens we ingaan op de input die de focusgroepen opleverden, staan we eerst even stil bij de respons. Deze schetst immers de achtergrond van waaruit de bevindingen geïnterpreteerd moeten worden.

3.1 Respons

In totaal sloten 32 respondenten aan op de focusgroepen. Tabel 12 geeft een overzicht van het aantal deelnemers per focusgroep. De tabel schetst daarnaast de samenstelling van de focusgroep naar de grootte van de dienst, het type dienst en de functie van de respondent. We zijn er ons van bewust dat er geen verzorgend of logistiek personeel aansloot op een focusgroep. Ondanks onze inspanningen (tijdens de mailing en belrondes) bereikten we enkel begeleidend en leidinggevend personeel. Desalniettemin konden we het perspectief van deze personeelsgroep meenemen via hun begeleidend personeelslid. Heel wat respondenten stemden immers voorafgaand aan de focusgroep af binnen hun team. Hierdoor, maar ook dankzij wijkwerking (overleg van een groep verzorgenden en logistieke personeelsleden o.l.v. het begeleidend personeel op regelmatige basis), hebben zij een goed zicht op wat er leeft bij deze medewerkers. Daarnaast sloten er ook enkele coaches of “referentiepersonen” aan die één-op-één-begeleiding en coaching geven aan verzorgenden en logistiek personeel, en zo een vinger aan de pols houden. Op die manier komt het perspectief van de verzorgenden en logistiek personeel aan bod in het onderzoek.

Tabel 12 Achtergrond deelnemers focusgroepen

		Grootte dienst voor gezinszorg			Type dienst			Type personeel		
Focusgroep	Aantal deelnemers	Grootste	Grotere	Kleinere	Vzw	OCMW	Verz.	Verzorgenden/logistiek personeel	Begeleidend personeel	Leidinggevend personeel
Fysieke focusgroepen										
Antwerpen	7	2	4	1	3	2	2	0	4	3
Limburg	7	2	0	5	5	2	0	0	6	1
Oost-Vlaanderen	6	3	1	2	5	0	1	0	2	4
Vlaams-Brabant & Brussel	3	1	0	2	1	2	0	0	1	2
Online focusgroepen										
Totaal online	9	2	1	6	6	3	0	0	6	3
<i>Antwerpen</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>
<i>Limburg</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Oost-Vlaanderen</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Vlaams-Brabant & Brussel</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
<i>West-Vlaanderen</i>	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	<i>2</i>
Totaal	32	10	6	16	20	9	3	0	19	13

3.2 Bevindingen

Op basis van de verschillende focusgroepen leerden we heel wat over het bereiken van personen met een handicap door diensten voor gezinszorg en de ervaringen met het ondersteunen van personen met een handicap.

Hieronder gaan we in op de belangrijkste bevindingen. We starten met de mate waarin de diensten voor gezinszorg personen met een handicap bereiken, wat hierin helpt, maar ook waar er zich drempels situeren. In een tweede deel gaan we dieper in op de ervaringen van de diensten met het ondersteunen van personen met een handicap. We vertrekken daarbij steeds vanuit het standpunt van de diensten voor gezinszorg, onze respondenten.

3.2.1 Het bereiken van personen met een handicap

In het eerste deel van de focusgroepen gingen we na in welke mate de diensten voor gezinszorg personen met een handicap bereiken. De meeste diensten voor gezinszorg bereiken personen met een handicap, maar zij maken slechts een klein deel uit van het totale aantal gebruikers. De diensten voor gezinszorg zien over het algemeen wel een evolutie in de doelgroepen die ze bereiken. Waar het vroeger hoofdzakelijk ouderen waren, bereiken ze nu ook meer personen met een handicap, jonge gezinnen en/of personen met een psychische kwetsbaarheid. In heel wat gevallen is er sprake van een multiproblematiek. Bepaalde diensten zetten actief in op het bereiken van deze “nieuwe” doelgroepen. Bij anderen loopt het bereiken van personen met een handicap eerder spontaan.

3.2.1.1 *Drempels bij het bereiken van personen met een handicap*

Doorheen de focusgroepen kwamen verschillende factoren aan bod die ervoor zorgen dat de diensten voor gezinszorg personen met een handicap moeilijker of niet bereiken. We maken daarbij een opsplitsing tussen factoren die te maken hebben met (1) de dienst voor gezinszorg zelf, (2) de persoon met een handicap en/of diens naasten (mantelzorgers, familieleden ...) en (3) de organisatie- en beleidscontext rond zorg voor PmH.

Tabel 13 geeft de drempels weer en biedt een overzicht van het aantal respondenten dat een specifieke factor aanhaalde. Belangrijk om daarbij in het achterhoofd te houden is dat het om kwalitatief onderzoek gaat waarbij in de focusgroepen gepeild werd naar verschillende ervaringen en meningen. Wanneer een thema in bv. een bepaalde focusgroep niet of minder aan bod kwam, betekent dit dus niet noodzakelijk dat het minder belangrijk is voor de respondenten. De aantallen geven dus aanvullend een indicatie maar moeten met enige nuance en voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Onder de tabel gaan we op iedere groep van factoren dieper in.

Tabel 13 Drempels bij het bereiken van personen met een handicap

Drempels
<i>Factoren m.b.t. de diensten voor gezinszorg</i>
Externe professionals kennen (inhoud van aanbod) van diensten voor gezinszorg niet (N=7, van de 32 respondenten)
Capaciteitstekorten van de organisaties (N=11)
Diensten voor gezinszorg zetten niet allemaal in op personen met een handicap als doelgroep (N=6)
Beperkte flexibiliteit (in uren en dagen waarop ondersteuning geboden kan worden door diensten voor gezinszorg) (N=15)
DOP-uren niet gekend of onderbenut (N=5)
<i>Factoren m.b.t. de persoon met een handicap en diens naasten</i>
Diensten voor gezinszorg en/of inhoud van aanbod is niet gekend bij alle personen met een handicap en diens naasten (N=11)
Invulling aanbod van diensten voor gezinszorg verschilt tussen de verschillende diensten/aanbieders (N=1)
Gebruikersbijdrage voor gezinszorg is niet voor iedereen betaalbaar of er is geen betaalbaarheid (N=11)
Inzicht dat hulp nodig is, ontbreekt bij persoon met een handicap en/of diens naasten (N=6)
<i>Factoren m.b.t. de organisatie- en beleidscontext rond zorg voor personen met een handicap</i>
Geen structurele doorverwijzing naar diensten voor gezinszorg bij brief beslissing PVB (N=7)
Hokjesdenken tussen de verschillende organisaties, departementen, sectoren ... (N=4)
Administratieve last en complexiteit (N=5)
Weinig kennis over mogelijke premies en tegemoetkomingen (N=4)

Bron: van de auteurs

- Drempels m.b.t. de diensten voor gezinszorg

Binnen de drempels zijn er een aantal factoren die te maken hebben met de wijze waarop de diensten voor gezinszorg zelf georganiseerd zijn. Zo zetten heel wat (voornamelijk kleine) diensten niet specifiek in op de doelgroep personen met een handicap. Zij richten zich op alle personen met een zorg- en ondersteuningsnood, maar benoemen personen met een handicap niet expliciet. De communicatie focust dan ook voornamelijk, al dan niet bewust, op ouderen.

[leidinggevend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: “Als ik kijk naar het verleden: als wij iets deden aan onze naambekendheid, dan waren wij nog meer geneigd om naar die oudere doelgroep te stappen, OKRA etc. Dus wij moeten daar zelf ook meer op inzetten.”

[leidinggevend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: “We hebben de nadruk op ouderen gelegd. Misschien ook uit gemakzucht: als de ouderen toestromen, waarom dan anderen zoeken? Hetzelfde met kraamzorg. Dus die doelgroep wordt gemakkelijker doorverwezen [vanuit andere organisaties] naar het lokaal bestuur en het OCMW dan mensen met een beperking.”

Al zijn er volgens de respondenten zeker mogelijke ingangspoorten om ook de jongere doelgroepen (personen met een handicap, personen met een psychische kwetsbaarheid, jonge gezinnen ...) te bereiken.

[begeleidend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: “Wat ik wel merk is dat onze gezinszorg inderdaad voornamelijk op die ouderenzorg zit, maar dat die poetsdienst en dat tuinonderhoud dat er nu bijkomt wel een jonger publiek aantrekt. En dat we misschien wel van daaruit nog meer in contact gaan komen met die mensen met een beperking.”

Het niet expliciet inzetten op de doelgroep personen met een handicap hangt voor een deel samen met het feit dat verschillende diensten voor gezinszorg geen extra gebruikers kunnen aannemen, omdat er capaciteitstekorten zijn. Het urencontingent van sommige diensten is reeds volledig opgebruikt en sommige diensten hebben personeelstekorten. Hierdoor moet de ondersteuning van de huidige en de nieuwe gebruikers verminderd worden, of wordt de persoon met een handicap doorverwezen naar een andere dienst voor gezinszorg.

[begeleidend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: “Waar dat wij soms op botsen is dat ons pakketje uren soms te weinig is. Meestal als iemand met een beperking opstart, is dat een intensieve opstart. Dan is dat meestal niet voldoende met één keer in de week. Doordat wij een kleine dienst zijn, is het niet altijd haalbaar om die mensen te helpen omdat je voelt dat er eigenlijk meer gevraagd wordt dan wij op dat moment open hebben staan, of wat we kunnen bieden. En dan moeten wij inderdaad gaan doorverwijzen naar grote organisaties die nog meer uren vrij hebben. Dat is iets waar wij intern enorm op botsen. En ook wel de combinatie waar dat ik soms de vraag krijg van mensen die bijvoorbeeld in de week in een instelling verblijven en in het weekend naar huis komen. Om dan in het weekend te gaan ondersteunen. Onze dienst is vrij klein. Wij hebben momenteel geen verzorgende die in het weekend komt. Dus ook daar kunnen wij dan opnieuw niet gaan ondersteunen omdat onze dienst daarvoor te klein is.”

Bovenstaande quote raakt ook meteen de volgende drempels aan: de soms beperkte flexibiliteit en continuïteit in de uren waarop ondersteuning geboden kan worden. Hierin zien we veel variatie: bepaalde diensten krijgen hier geen vragen rond, anderen kunnen de vragen niet inwilligen. Bij de grote diensten is avond-, nacht- en weekendwerk dan weer minder een probleem.

[leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Bij ons wordt er veel buiten de uren en in het weekend gewerkt, want die mensen zijn ook dán gehandicapt [...] Dat is één van de nadelen: bij deze groep is continuïteit van de zorg erg nodig, meer dan bij andere doelgroepen. Omdat veel van de personen met een handicap er helaas alleen voor staan. Die hebben niet altijd zo’n netwerk en dat is dag en nacht nodig.”

Deze moeilijkheid om voldoende personeel te vinden, zeker voor de avonden, nachten en de weekends wordt verder versterkt door de krapte op de arbeidsmarkt. Dit versterkt immers de onderhandelingspositie van de sollicitanten, waardoor diensten voor gezinszorg minder geneigd zijn afwijkende uren ter sprake te brengen tijdens het sollicitatieproces.

Naast de eigen interne organisatie vormt ook de perceptie bij externen een drempel. Ondanks dat bepaalde diensten voor gezinszorg inzetten op het bekendmaken van hun aanbod en samenwerking met andere zorg- en welzijnsorganisaties, zijn er ook heel wat situaties waar de professionals in de buurt minder of niet op de hoogte zijn van het aanbod van de diensten voor gezinszorg. Zij hebben ofwel geen weet van het bestaan van de diensten voor gezinszorg, kennen niet het volledige aanbod van diensten voor gezinszorg of zij leggen de link niet dat een dienst voor gezinszorg ook ondersteuning kan bieden aan personen met een handicap. Dit is voornamelijk het geval bij de kleine, lokale diensten voor gezinszorg. Dat zorgt er dan voor dat er niet (zo makkelijk) doorverwezen wordt naar de dienst voor gezinszorg.

Tot slot zijn beleidsinitiatieven (DOP-uren: een extra subsidie voor diensten voor gezinszorg van €2 per uur gezinszorg gedurende maximum drie maanden bij het ondersteunen van een PmH met een ondersteuningsplan, zie ook hoofdstuk 2, 3.4.1.3) om te zorgen dat PmH met een ondersteuningsplan bij de start van de gezinszorg kunnen beschikken over voldoende en passende zorg niet of minder gekend en gebruikt door diensten voor gezinszorg. De administratieve last van de DOP-uren weegt volgens sommige respondenten niet op tegen de baten.

- Drempels m.b.t. de persoon met handicap en diens naasten

Een tweede groep van drempels heeft betrekking op de persoon met een handicap en diens omgeving.

[leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Een andere drempel is de beeldvorming over gezinszorg. We merken soms een onderschatting van wat een dienst voor gezinszorg kan betekenen, ook voor de zorg voor personen met een beperking. Dat buitenstaanders niet altijd goed kunnen inschatten dat onze verzorgenden echt wel een meerwaarde kunnen zijn.”

Zoals bovenstaand citaat mooi illustreert, is gezinszorg nog niet bij alle personen met een handicap en hun omgeving gekend. Net als bij de professionals wordt de link nog vaak gelegd met de ouderensector, en zien personen met een handicap en hun omgeving niet altijd in dat gezinszorg ook iets voor hen kan betekenen. Ze verenigen diensten voor gezinszorg namelijk vaak enkel tot poetshulp en huishoudelijke taken, terwijl een dienst voor gezinszorg veel meer kan bieden. Daarnaast is het onderscheid met poetshulp via dienstenchequebedrijven of thuisverpleging onduidelijk, mede door de versnippering van de verschillende diensten en de variatie in de taakinfilling tussen de verschillende diensten voor gezinszorg.

Hierbij aansluitend erkennen niet alle personen met een handicap en hun naasten dat er hulp nodig is, aldus de respondenten. Hier spelen verschillende zaken. Het eerste is het accepteren van de handicap/ziekte of de achteruitgang. Toegeven dat het niet (meer) zelf lukt. Maar het heeft ook te maken met het ontbreken van het inzicht dat er hulp nodig is. Zoals onderstaand citaat aangeeft, is dit echter een moeilijk evenwicht.

[begeleidend personeelslid, grotere dienst voor gezinszorg]: “Het heeft ook te maken met de normen die ze zichzelf opleggen: “Ik wil geen hulp van buitenaf, ik kan dat nog op mijn manier.”. We moeten daar respect voor hebben soms. Wie zijn wij om te zeggen: “Je mag op deze manier niet verder leven”. Hoe schrijnend het soms ook is.”

Bij mantelzorgers gaat het volgens de respondenten voornamelijk over het loslaten en de hulp overlaten aan een externe. Vaak nemen ouders of familieleden de hulp zo lang mogelijk zelf op, maar is dit op een bepaald punt niet meer mogelijk (omdat de ouders wegvallen, moeten gaan werken, ouder worden, ...).

Wanneer de personen met een handicap of hun naasten wel tot bij de diensten voor gezinszorg geraken, loopt het volgens de diensten voor gezinszorg nadien vaak spaak op de kostprijs (betaalbaarheid en betaalbaarheid). De gebruikersbijdrage wordt berekend op basis van het gezinsinkomen. Deze bijdrage is volgens de respondenten niet meer afgestemd op de huidige gezinsamenstelling (tweeverdieners). De respondenten merken ook een groot contrast tussen zij die (nog) geen PVB ontvangen en zij die een (gedeeltelijk) PVB ter beschikking hebben.

[begeleidend personeelslid, grotere dienst voor gezinszorg]: “Bij personen met een persoonsvolgend budget is dat allemaal geen probleem, wat het ook kost. Maar als er geen persoonsvolgend budget is, dan mogen we maar één keer in de week komen en willen ze er alles uit halen. [...] Dan wordt het vaak taakgericht.”

Tot slot loopt het soms ook spaak op de beperkte flexibiliteit, aanbod tijdens de avond, nachten en weekend, van diensten voor gezinszorg en een gebrek aan continuïteit van zorg door ziekte of personeelsverloop bij diensten voor gezinszorg. Met continuïteit van zorg wordt zowel de garantie om steeds de afgesproken ondersteuning te krijgen bedoeld als ondersteuning geboden door vaste medewerker(s).

- Drempels m.b.t. de organisatie- en beleidscontext rond zorg voor personen met een handicap

Tot slot zijn er ook enkele factoren met betrekking tot de organisatie- en beleidscontext rond zorg voor personen met een handicap die het bereiken van personen met een handicap bemoeilijken. Zo wijzen de respondenten erop dat de *administratieve last en complexiteit* die komt kijken bij het aanvragen van ondersteuning door een dienst voor gezinszorg een drempel kan zijn voor PmH en hun naasten. Dit is echter vaak gekoppeld aan het besteden van het PVB (bv. verzamelen van de nodige formulieren, facturatie en de kosten bezorgen aan het VAPH).

Daarnaast geven de respondenten aan dat het voor PmH en hun naasten moeilijk is om hun rechten te verkennen en hun rechten uit te putten om de gebruikersbijdrage meer betaalbaar te maken. Het feit dat de verschillende premies en tegemoetkomingen ondergebracht zijn bij verschillende overheden en departementen (federaal, Vlaams, provinciaal, lokaal) die niet altijd naar mekaar doorverwijzen, er verschillende voorwaarden gelden en ze op verschillende manieren aangevraagd moeten worden, zorgt ervoor dat men door de bomen het bos niet meer ziet.

[leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Voor personen met een handicap en hun naasten is het een heel kluwen om te zoeken waar ze recht op hebben. Wij komen vaak pas op het einde [van hun zoektocht].”

Maar ook medewerkers van diensten voor gezinszorg hebben *te weinig kennis over mogelijke premies en tegemoetkomingen* waarop de personen met een handicap recht zouden kunnen hebben om de gebruikersbijdrage meer betaalbaar te maken voor de PmH.

Daarnaast wordt *niet iedereen geïnformeerd over de mogelijkheden van de diensten voor gezinszorg*. Dit gebeurt namelijk voor een deel tijdens het proces van vraagverheldering, maar niet alle personen uit prioriteitengroep 3 doorliepen zulk proces. Zij stonden ofwel reeds van voor de invoering van het PVB op de wachtlijst voor (bijkomende) ondersteuning, of ze kozen er zelf voor om geen beroep te doen op een DOP of DMW bij het opstellen van hun ondersteuningsplan PVB.

De schriftelijke communicatie over *de beslissing rond het PVB (beslissingsbrief van het VAPH)* bevat geen verwijzing naar reguliere diensten zoals diensten voor gezinszorg. Personen die op de wachtlijst voor een PVB komen te staan, worden dus niet altijd structureel doorverwezen naar diensten voor gezinszorg.

[leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Bij de aanvraag bij het VAPH aangeven wat er gedaan kan worden terwijl ze wachten. Ze krijgen momenteel niet de uitleg die wij allemaal weten. “Moeten zolang wachten, wat kunnen we doen?”. Ze krijgen wel beperkte uitleg rond RTH [rechtstreeks toegankelijke hulp] maar niemand die zegt: “Heb je al eens gedacht aan thuiszorg of gezinszorg?”. Die informatie moeten ze vanaf de bron meegeven.”

Daarbij aansluitend hebben de respondenten het gevoel dat er vanuit de VAPH-sector sneller gekeken wordt naar aanbieders van RTH die ambulante en mobiele begeleiding bieden. Volgens bepaalde respondenten wordt in de communicatie van het VAPH (de brief en folders rond het PVB) meteen verwezen naar handicapspecifieke ondersteuning (RTH-aanbieders en hulpmiddelen en aanpassingen), terwijl reguliere diensten zoals de diensten voor gezinszorg ook al ondersteuning kunnen bieden.

Als laatste wijzen de respondenten op het *uitblijven van duidelijke richtlijnen of een regelgeving rond collectieve gezinszorg*. Hierdoor botst de wetgeving van het VAPH met de praktijk: iedereen moet een apart dossier en gebruikersbijdrage hebben terwijl de hulp aan verschillende mensen tegelijk geboden wordt, de arbeidsvoorwaarden van medewerkers van diensten voor gezinshulp anders zijn dan deze van de opvoeders in de voorzieningen, ...

3.2.1.2 Helpende factoren

Naast de drempels zijn er ook factoren die geholpen hebben om personen met een handicap te bereiken. Deze hebben we eveneens onderverdeeld in factoren met betrekking tot (1) de diensten voor gezinszorg, (2) de persoon met een handicap en diens naasten, en (3) de organisatie- en beleidscontext rond zorg voor PmH. Deze zijn in bepaalde gevallen het spiegelbeeld van de drempels. Tabel 14 geeft beiden weer en biedt een overzicht van het aantal respondenten dat een specifieke factor aanhaalde. Belangrijk om daarbij in het achterhoofd te houden is dat het om kwalitatief onderzoek gaat waarbij in de focusgroepen gepeild werd naar verschillende ervaringen en meningen. Wanneer een thema in bv. een bepaalde focusgroep niet of minder aan bod kwam, betekent dit dus niet noodzakelijk dat het minder belangrijk is voor de respondenten. De aantallen geven dus aanvullend een indicatie maar moeten met enige nuance en voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Onder de tabel gaan we dieper in op de helpende factoren.

Tabel 14 Helpende factoren en bijhorende drempels bij het bereiken van personen met een handicap

Drempels	Helpende factoren
<i>Factoren m.b.t. de diensten voor gezinszorg</i>	
Diensten voor gezinszorg zetten niet allemaal in op personen met een handicap als doelgroep (N=6, van de 32 respondenten)	Profileren als dienst voor personen met een handicap (~mond-aan-mond-reclame) (N=9)
Capaciteitstekorten van de organisaties (N=11)	Doorverwijzing door andere diensten voor gezinszorg (N=3)
Beperkte flexibiliteit (in uren en dagen waarop ondersteuning geboden kan worden door diensten voor gezinszorg) (N=15)	
Externe professionals kennen (inhoud van aanbod) van diensten voor gezinszorg niet (N=7)	Netwerking (bekend zijn bij andere organisaties uit de buurt) (N=27)
	Kijken naar de vraag achter de vraag (N=4)
DOP-uren niet gekend of onderbenut (N=5)	
<i>Factoren m.b.t. de persoon met een handicap en diens naasten</i>	
Diensten voor gezinszorg en/of inhoud van aanbod is niet gekend bij alle personen met een handicap en diens naasten (N=11)	Mond-aan-mond-reclame (N=9)
Invulling aanbod van diensten voor gezinszorg verschilt tussen de verschillende diensten/aanbieders (N=1)	
Inzicht dat hulp nodig is, ontbreekt bij persoon met een handicap en/of diens naasten (N=6)	
Betaalbaarheid en betaalbaarheid gebruikersbijdrage voor gezinszorg (N=11)	(Deel-)PVB gekregen (N=1)
<i>Factoren m.b.t. de organisatie- en beleidscontext rond zorg voor personen met een handicap</i>	
Administratieve last en complexiteit (N=5)	
Weinig kennis over mogelijke premies en tegemoetkomingen (N=4)	
Geen structurele doorverwijzing naar diensten voor gezinszorg bij brief beslissing PVB (N=7)	Opkomst PVB (N=4)
	Meer nadruk op zelfstandigheid (N=1)
Hokjesdenken tussen de verschillende organisaties, departementen, sectoren ... (N=4)	Opdracht voor andere organisaties om samenwerking aan te gaan (N=1)
	Besparingen in andere sectoren (N=1)
Beleid rond collectieve gezinszorg blijft uit (N=4)	

Bron: van de auteurs

- Factoren m.b.t. de diensten voor gezinszorg

Aangezien de nadruk van dit onderzoek op de aanbodzijde van de gezinszorg ligt, hebben heel wat van de aangehaalde helpende factoren ook betrekking op de diensten voor gezinszorg zelf. Hun manier van werken heeft een invloed op hun bereik. Zo zijn *profilering, mond-aan-mondreclame en netwerken* belangrijke factoren.

Bepaalde diensten zetten actief in op het diversifiëren van hun gebruikers. Zij hebben hier oog voor in hun communicatiecampagnes, of spreken relevante organisaties en vergunde zorgaanbieders rechtstreeks aan.

[leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Bij ons zit dat [de aandacht voor personen met een handicap] ook in de kleine dingen: als wij folders maken, dan pakken wij foto’s van verschillende mensen. Want als je enkel een oudere dame met een looprek neemt, dan spreekt dat de jongeren niet aan. Ik heb die doelgroep van “dametjes met een heupprothese” zien evolueren naar verschillende [doelgroepen]. En ik ben wel blij dat die hun weg hebben gevonden. Maar daar hebben we onze schouders echt serieus onder gezet. Die aanspreekbaarheid en herkenbaarheid is inderdaad belangrijk.”

Deze profilering als dienst die zich ook richt tot personen met een handicap, brengt de dienst voor gezinszorg “op de radar”. Dit is belangrijk aangezien heel wat doorverwijzingen via-via gebeuren.

[leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Hier speelt mond-aan-mondreclame enorm. Je krijgt een aanvraag vanuit een bepaalde individuele begeleider of een bepaalde organisatie voor iemand met een beperking. Dat loopt goed en dan krijg je eigenlijk met mondjesmaat vanuit diezelfde organisatie nog druppelsgewijs vragen binnen. En zo begint er ook iets te werken. Ik merk dat de voorzieningen en organisaties onderling ook contact hebben. Je krijgt dan telefoon vanuit een andere organisatie. Dus zo begint dat. Dat is eigenlijk weer een netwerk op zich.”

Diensten voor gezinszorg stellen hun aanbod ook voor bij andere organisaties uit de buurt of sluiten aan op *netwerkevenementen*. Heel wat diensten voor gezinszorg werken dan ook samen met vergunde zorgaanbieders, ziekenhuizen, revalidatiecentra en andere zorg- en welzijnsorganisaties uit hun regio. Persoonlijke contacten en aanspreekbaarheid zorgen ervoor dat de link wordt gelegd naar, in de eerste plaats, de mogelijkheid tot ondersteuning van een dienst voor gezinszorg en, in tweede instantie, hun specifieke dienst voor gezinszorg. Toeleiding van personen met een handicap gebeurt dan ook vaak via doorverwijzing vanuit andere zorg- en welzijnsorganisaties. Maar ook binnen de eigen organisatie (bv. OCMW, dagverzorgingscentra, lokale dienstencentra...) wordt de link meer en meer gelegd. Daar heeft men de reflex om bij andere hulpvragen (vraag naar financiële hulp, poetshulp ...) breder te kijken en na te gaan of het aanbod van een dienst voor gezinszorg relevant kan zijn.

Over het algemeen lijkt er ook geen sprake van concurrentiegevoelens tussen diensten voor gezinszorg. In de praktijk wordt er immers naar mekaar doorverwezen, voornamelijk wanneer er binnen de eigen organisatie geen plaats meer is binnen het urencontingent of de personeelsbezetting.

- Factoren m.b.t. de persoon met handicap en diens naasten

Naast de factoren m.b.t. de diensten voor gezinszorg, zijn er ook helpende factoren die gelinkt kunnen worden aan de persoon met een handicap zelf en diens naasten. Een eerste factor, die in de vorige sectie ook al aangehaald werd, is mond-aan-mondreclame. Dit keer niet tussen organisaties, maar onder personen met een handicap. Van zodra één persoon goede ervaringen heeft met een bepaalde dienst voor gezinszorg, gaat de bal aan het rollen.

[Leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Als je je als dienst focust op een bepaalde doelgroep, sta je gekend als dienst die graag zorgt voor personen met een handicap, personen met een psychische kwetsbaarheid, ... als mensen die zich profileren naar bijzondere doelgroepen.”

Daarnaast, zij het bij de doelgroep van personen met een handicap in prioriteitengroep 3 maar een kleinere subgroep, zorgt het feit dat een persoon een (gedeeltelijk) persoonsvolgend budget ontvangt, er volgens de respondenten voor dat men sneller de stap naar een dienst voor gezinszorg zal zetten.

- Factoren m.b.t. de organisatie- en beleidscontext rond zorg voor personen met een handicap

Tot slot zijn er ook enkele maatschappelijke factoren die ertoe bijdragen dat diensten voor gezinszorg gemakkelijker of meer personen met een handicap bereiken. Over het algemeen zorgde de invoering van de persoonsvolgende financiering ervoor dat individuen hun eigen zorg meer in handen kunnen nemen. De persoon met een handicap beslist nu zelf welke hulp hij bij wie inkoop. De respondenten gaven aan dat de doelgroep van personen met een handicap sinds die omslag naar de persoonsvolgende financiering pas/meer binnenstroomt. Daarmee samenhangend ligt er nu meer nadruk op de zelfredzaamheid en de zelfstandigheid van personen met een handicap. Ouders van kinderen met een handicap zoeken naar manieren om hun volwassen (wordende) kinderen zelfstandig te kunnen laten wonen. Het aanbod van diensten voor gezinszorg vormt hier mogelijk een deel van de oplossing.

Een andere maatschappelijke tendens is de vaststelling dat steeds meer organisaties de opdracht krijgen om samen te gaan werken met andere organisaties uit dezelfde regio. Zo moeten vergunde zorgaanbieders en lokale dienstencentra de buurt meer betrekken, wat tot een instroom van nieuwe doelgroepen bij de diensten voor gezinszorg kan leiden.

Een laatste tendens zijn de besparingen in andere belendende sectoren. Tekorten aan personeel en/of middelen bij andere organisaties zoals dienstenchequebedrijven en nog wachtend zijn voor handicapspecifieke zorg (RTH en PVB) zorgt ervoor dat verschillende vragen bij de diensten voor gezinszorg terecht komen. Diensten voor gezinszorg worden dus soms gebruikt als tijdelijke vervanging voor poetsdiensten met dienstencheques en andere meer handicapspecifieke zorg.

[Leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Er zijn wachtlijsten bij de handicapspecifieke zorg, dus dan is het “beter iets dan niets”. Gezinszorg is dan ter vervanging van de handicapspecifieke zorg.”

[Leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Je merkt inderdaad dat ouders ook wel meer en meer zoeken naar alternatieven omdat er zoveel wachtlijsten zijn binnen de erkende voorzieningen [vanuit het VAPH]. Dus dat heeft ook wel een effect op onze werking gehad.”

3.2.2 Het ondersteunen van personen met een handicap

In het tweede luik van de focusgroepen stonden we stil bij de ervaringen met het ondersteunen van personen met een handicap in de dagdagelijkse werking. Naar analogie met de vorige paragraaf raakten de respondenten zowel drempels als helpende factoren aan. We geven een samenvattende tabel van de aangehaalde drempels en helpende factoren en gaan daar hieronder dieper op in. De tabel geeft ook het aantal respondenten dat een specifieke factor aanhaalde aan. Belangrijk om in het achterhoofd te houden is dat het om kwalitatief onderzoek gaat waarbij in de focusgroepen gepeild werd naar verschillende ervaringen en meningen. Wanneer een thema in bv. een bepaalde focusgroep niet of minder aan bod kwam, betekent dit dus niet noodzakelijk dat het minder belangrijk is voor de respondenten. De aantallen geven dus aanvullend een indicatie maar moeten met enige nuance en voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Tabel 15 Samenvatting drempels en helpende factoren bij ondersteunen PmH

Drempels	Helpende factoren
Het ondersteunen van PmH vergt meer qua communicatie, educatie, samenwerking met andere zorgprofessionals, ... (N=30)	Type taken zijn zeer gelijkend t.o.v. andere doelgroepen (N=5)
Meer samen taken doen dan taken overnemen van de PmH (N= 7)	
Andere taakinfilling bij PmH dan bij andere doelgroepen (N=22)	Andere taakinfilling spreekt sommige medewerkers aan (N=8)
Soms is de ondersteuningsvraag van de PmH uitgebreid en/of vergt deze handicapspecifieke hulp waarvoor wachtlijsten zijn (N=15)	Zorg en ondersteuning wordt samen opgenomen met andere organisaties (N=7)
Onveilige werkomgeving (N=4)	
Verschillende verwachtingen van PmH ten opzichte van diens naasten (N=2)	
Beperkte zorg en ondersteuning mogelijk tijdens avonden en weekenden omwille van capaciteitstekorten (N=15)	
Niet elke medewerker staat te springen voor de doelgroep PmH (N=19)	Positieve ervaringen met PmH (N=2)
	Keuze om PmH al dan niet te ondersteunen wordt bij de medewerker zelf gelegd (N=14)
	Goede matching tussen medewerker en PmH door het begeleidend personeel (N=8)
	Ontstaan van poule van medewerkers die ingezet kunnen worden bij PmH (N=10)
De doelgroep PmH komt weinig tot niet aan bod in de basisopleiding (N=16)	Diensten voor gezinszorg die hun medewerkers ondersteunen via opleidingen, coaching, referentiepersonen en intervisie rond de doelgroep PmH, eventueel in samenwerking met RTH-diensten of vergunde zorgaanbieders (N=23)
De gesubsidieerde uren die de diensten ter beschikking hebben voor VTO zijn onvoldoenden (N=7)	

Bron: van de auteurs

3.2.2.1 De geboden ondersteuning: Hetzelfde ... maar ook weer niet hetzelfde

Om te beginnen keken we naar het type ondersteuning dat de diensten voor gezinszorg bieden aan personen met een handicap. We kregen tegenstrijdige meningen over het feit of de geboden ondersteuning verschilt van deze voor andere gebruikers. De ondersteuning die aan gebruikers geboden wordt, omvat volgens de respondenten over het algemeen drie taken: huishoudelijke taken (inclusief poetshulp), persoonsverzorging en psychosociale ondersteuning en (ped)agogische ondersteuning (zie ook hoofdstuk 2, 3.4.2). De verhouding tussen deze taken wordt afgestemd op de noden van de gebruiker. Dit geldt zowel voor de personen met een handicap als andere gebruikers. Een deel van de respondenten ziet daarom in de praktijk weinig verschil tussen de ondersteuning aan personen met een handicap en de ondersteuning voor andere gebruikers.

[leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Het is over het algemeen soms net iets meer schakelen bij mensen met een beperking, maar we hebben ook een aantal ouderen waar we soms moeten schakelen. Dus dat is specifiek afhankelijk [van de persoon]. Het is wel wat de anderen zeggen: bij de één moet je inderdaad meer gaan activeren en bij de andere neem je over. Maar ik denk dat iedereen dat wel doet: kijkt naar de persoon die hulp vraagt en wat die nodig heeft. En is dat nu een oudere of iemand anders? We doen dat voor iedereen. Bij de ene gaat dat inderdaad wat meer werk vragen dan bij de andere, maar ik weet niet of dat dan per sé altijd aan de beperking ligt, maar gewoon aan de persoon die voor u staat. De taken zelf, uw dienst voor gezinszorg, is ook maar beperkt tot de taken die we kunnen en mogen doen: met poets maar ook andere dingen. En die taken: bij de één wordt dit gevraagd, en bij de andere dat. Maar veel ruimer dan wat we altijd doen, gaan we niet. Op dat vlak denk ik dat die taken wel een beetje in dezelfde lijn liggen. “

Desondanks vergt het ondersteunen van personen met een handicap volgens de respondenten meer van de medewerkers op het vlak van communicatie, educatie, samenwerking met andere zorgprofessionals ... Daarnaast gaat het bij de oudere gebruikers vaak over het overnemen van bepaalde taken en wordt er bij personen met een handicap meer ingezet op de zelfredzaamheid versterken: taken worden aangeleerd en samen uitgevoerd. De uiteindelijke uitkomst lijkt dus hetzelfde (bv. het huis is opgeruimd), maar de weg ernaartoe is verschillend.

In dat kader (maar ook breder) moeten de diensten voor gezinszorg hun grenzen bewaken. Het gaat dan zowel over de inhoud van de ondersteuning, als de omstandigheden waarin deze geboden moet worden. Bij momenten is de ondersteuningsvraag van PmH enorm uitgebreid en/of vergt deze gespecialiseerde hulp. Dit wordt versterkt door de wachtlijsten die voor handicapspecifieke hulp bestaan. Daarnaast moeten de medewerkers soms in onveilige omstandigheden werken, bijvoorbeeld in ongezonde huisvesting of bij agressieve gebruikers.

[leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Sommige cliënten hebben nood aan therapeutische, handicapspecifieke hulp maar zij staan op de wachtlijst. Dan vragen ze gezinszorg om toch iets te hebben en dan komt alles bij gezinszorg terecht. Daar zijn onze mensen helemaal niet voor opgeleid. Soms is het moeilijk dat terug een stukje weg te duwen want dan hebben de mensen niks.”

Verschillende diensten voor gezinszorg hebben de voorkeur om enkel ondersteuning aan PmH aan te bieden wanneer ze dit in team met andere organisaties, zoals RTH-aanbieders, kunnen doen. Indien men de ondersteuning samen opneemt, komen momenteel de verschillende professionele organisaties op aparte tijdstippen en nemen ieder een deel van de ondersteuningsvraag op zich. Mogelijks prefereren

de diensten voor gezinszorg een samenwerking met andere diensten om de eigen taakinhoud te beschermen. Wanneer ze de enige professionele dienst zijn die de persoon met een handicap ondersteunt, lopen ze immers het risico om te uitgebreide en intensieve vragen te krijgen.

[Leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Het is altijd moeilijk als wij de enige dienst zijn. Als er gespecialiseerde tweede- of derdelijnsdiensten zijn: toppie! Dan kunnen wij ons ding doen. Dan hebben wij onze taak. We weten goed wat onze verzorgende doet, wat de opvoeders doen, de mobiele teams... Maar als we alleen staan, wat we vaak hebben, is het moeilijker. En alleen omdat er wachtlijsten zijn, of ze zijn gestopt omdat het niet te doen is, of de cliënt is gestopt en zegt: “Ge moet niet meer komen, thuiszorg moet het maar komen oplossen”. Dan moeten wij ook durven zeggen: “hier stopt het voor ons”.

Zoals onderstaand citaat mooi aangeeft, is het echter een moeilijk evenwicht dat gevonden moet worden. De diensten willen immers vermijden dat bepaalde complexere cases door de mazen van het net glippen.

[Leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Wat ik moeilijk vind, zijn de personen met een dubbeldiagnose. Het VAPH zegt dat het voor de psychiatrie is en de psychiatrie zegt dat het voor VAPH is. Je hebt [vanuit bepaalde psychiatrische voorzieningen] wel een team, maar die brengen meer verwarring dan duidelijkheid. Wij zitten daar dan vaak tussenin: “Wie gaat de begeleiding opnemen?”. Toen ik vroeger als begeleidend personeel werkte, kreeg ik veel mensen binnen vanuit de psychiatrie. En daar voelde ik soms dat er onder die psychiatrische aandoening ook een verstandelijke beperking zat. [...] Wij komen bij de mensen waarbij iedereen zegt: “Dat is niet voor ons”.

[...]

[Leidinggevend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: “Is zoals bij de sociale huisvestingsmaatschappijen. Die schakelen ons dan in [om te zorgen dat ze thuis kunnen blijven wonen], zodat zij hun woning niet kwijt geraken.”

[Leidinggevend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: “En eigenlijk willen ze geen hulp.”

[Leidinggevend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: “En laat ons eerlijk zijn: de werksituaties waar we dan in terecht komen... Maar wie gaat het anders doen?!”

Daarnaast beperkt de ondersteuning bij personen met een handicap zich niet alleen tot het ondersteunen van de persoon met een handicap zelf. Het gaat ook over het ondersteunen en ontlasten van de mantelzorgers. Hier bestaat de uitdaging er soms in de verschillende verwachtingen met mekaar te verzoenen.

[Leidinggevend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: “Meer dan bij ouderen ga je een netwerk hebben dat nog een stuk meer aanwezig is. En die ook wat dingen vraagt, die soms wel een keer botsen met wat de mensen zelf vragen.”

[Leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Of waar ook het netwerk aanvullend misschien nog met eigen besognes of eigen stukken rond verwerking zit. Ik denk dat we voelen dat we op maat moeten werken maar dat dat ook niet zozeer anders is dan bij de andere doelgroepen. Maar ik denk bij deze heb je wel vaak een actiever netwerk waar dat ook wel vaak het loslaten een thema is of inderdaad andere verwachtingen hebben die voor de cliënt in kwestie

daarom niet voorop staan. Dus daar een tussenweg in zoeken en het proberen voor iedereen een beetje goed te doen is wel een extra klus merk ik."

Een laatste *praktische factor bij de begeleiding van PmH*, is de beperkte dienstverlening tijdens de avonden, nachten en weekenden. Omwille van het urencontingent en personeelstekorten zijn niet alle diensten voor gezinszorg in de mogelijkheid om deze dienstverlening te bieden en zijn sommige diensten voor gezinszorg die het wel bieden ertoe gedwongen om zich tijdens onregelmatige prestaties te beperken tot de hoogstnoodzakelijke taken: mensen in en uit bed halen, maaltijden opwarmen ... Hierdoor wordt de ondersteuning tijdens die momenten heel taakgericht, en is er geen ruimte voor bijvoorbeeld psychosociale ondersteuning (zoals vrijetijdsbesteding).

3.2.2.2 *Wie biedt ondersteuning?*

Volgens de respondenten staat niet iedere medewerker te springen om met de doelgroep personen met een handicap te werken. Dit omwille van verschillende redenen, die vaak niets met de doelgroep an sich te maken hebben. In heel wat gevallen vertrekt de terughoudendheid vanuit de onbekendheid met de doelgroep. De medewerkers voelen zich angstig omdat ze niet goed weten hoe ze met personen met een handicap moeten omgaan. Bij oudere werknemers wordt dit versterkt door het feit dat ze in hun opleiding weinig tot niets geleerd hebben over deze doelgroep. Van zodra men ervaring opgedaan heeft, valt deze angst vaak weg, en zien de medewerkers volgens de respondenten in dat het minder uitdagend is als ze hadden gevreesd.

[begeleidend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: "Je hebt ook nog een beetje de oudere generatie bij ons, de generatie die bijna op pensioen gaat. Die ook vroeger in hun opleiding minder gezien hebben rond werken bij mensen met een beperking. Dat was eerder "bejaardenverzorgster". Daar was dat meer naartoe gericht. Dat ondervind je wel bij sommigen, dat ze het een beetje moeilijker hebben om zeker personen met een beperking maar ook met een psychische aandoeningen is een hele moeilijke: "Hoe ga ik daarmee om?". Dat ondervinden wij hier ook wel. Dus het hangt echt van de gezinshulp af wie je best naar wie stuurt, maar dat is logisch hé."

Bepaalde gebruikers met een handicap vragen echter een specifieke aanpak: bv. de medewerker moet assertief zijn en zijn/haar grenzen kunnen aangeven, bij anderen vraagt het dan weer vooral fysieke kracht om de persoon te verplaatsen, uit bed te halen, ...

Tot slot verschilt de taakinvulling mogelijks ten opzichte van andere gebruikers. Sommige medewerkers willen dan niet met personen met een handicap werken omdat ze – zoals onderstaande conversatie schetst- daar "niks moeten doen".

[leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: "Vorige week gaf ik een coaching bij een zorgteam en daar bleek uit de uitleg van een verzorgende dat ze het gevoel had dat ze bij een klant met een beperking niks kan doen. Ze had "enkel" hulp geboden bij het gebruiken van de tablet. Ze zien dat niet als werken."

[Begeleidend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: "Heel herkenbaar"

[leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: "Ze zijn heel taakgericht opgeleid, terwijl we nu doelgericht kijken."

[...]

[leidinggevend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: “We gaan een groot beroep doen op creativiteit en dat zijn onze mensen niet gewoon. Daar wordt weinig aandacht aan besteed in de opleiding.”

[begeleidend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: “Je kan je job zelf zo leuk maken als je wil, maar dat vraagt wat initiatief. Gezelschap bieden, een luisterend oor ... is ook een belangrijke taak.”

[leidinggevend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: “Maar verzorgenden voelen zich dan soms schuldig.”

Deze verschuivingen binnen het takenpakket spreekt andere medewerkers net aan. Voor hen vormt het ondersteunen van PmH een welgekomen afwisseling.

[leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Om een positieve noot te geven: Waarom doen ze het [personen met een handicap ondersteunen] wel graag? Omdat het een heel dankbare groep is. De meeste cliënten die wij helpen, zien onze verzorgenden graag komen. En ook meer verzorgende taken, wat onze verzorgenden doorheen de tijd zijn gaan missen. Dat is ook een evolutie: vroeger veel meer toiletzorg bieden etc. maar nu meer huishoudelijke taken. Dus het personeel dat van de woonzorgcentra komt vindt dat ze te veel moeten koken. Dus die verzorgenden die dat [verzorgende luik] aan het missen waren, die zijn nu blij ...”.

De keuze om al dan niet met personen met een handicap te werken, wordt steeds bij de medewerkers zelf gelegd. Zij worden hier niet toe verplicht. Ze starten dan ook steeds vanuit een eigen overtuiging. Al ligt er ook een belangrijk aandeel van het welslagen bij de matching van de gepaste medewerker aan de gebruiker door het begeleidend personeel. Hierbij is het belangrijk zowel het personeel als de gebruikers goed te kennen. Binnen heel wat diensten ontstaat er zo een poule van medewerkers die ingezet kunnen worden bij personen met een handicap.

Zoals hierboven reeds aangegeven vraagt het ondersteunen van gebruikers met een handicap soms iets meer. Momenteel bieden de medewerkers deze ondersteuning vanuit een soort “basishouding” eerder dan vanuit kennis over of ervaring met de doelgroep van personen met een handicap.

[leidinggevend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: “Ik denk dat ze soms twijfelen en dan aangeven: “We willen nog wat vorming”. Maar soms zit al heel veel in hun basishouding, zoals bij alle doelgroepen. Gewoon samen op weg gaan en die vertrouwensrelatie. Ik denk dat als we de verzorgenden dat kunnen wijsmaken... Natuurlijk is vorming en verdere ondersteuning ook belangrijk. Maar eigenlijk: als die eerste basishouding al goed zit, dan is dat toch al een eerste belangrijke stap. En dan kijken wij wel voor verdere vorming en verdere ondersteuning naar de verzorgenden.”

Dit komt verder uit het feit dat de opleiding tot verzorgende niet afgestemd is op de nieuwe doelgroepen. De nadruk ligt nog te hard op de ouderen. Idealiter komen de volgende zaken (ook) aan bod binnen de opleiding:

- Algemene informatie rond beperkingen: wat en hoe?
- Ziektebeelden: wat ieder ziektebeeld concreet inhoudt
- Omgaan met weerstand, weerbaarheid, grenzen stellen ...

- Praktische informatie: naar wie kan men personen doorsturen voor rechtenverkenning en het aanvragen van premies en tegemoetkomingen, informatieve vragen rond handicap, in kaart brengen van ondersteuningsvragen en -noden, PVB ...

Deze kennis zou de medewerkers tevens kunnen ondersteunen bij het plaatsen van bepaald gedrag zoals agressie, apathie, ongewenste intimiteiten.

Als antwoord op deze uitdagingen, ondersteunen de diensten voor gezinszorg hun medewerkers via opleidingen, coaching en intervisie. De meeste diensten voor gezinszorg bieden opleidingen rond PmH aan hun medewerkers. De mogelijkheden en de manier waarop dit aangeboden wordt, is mede afhankelijk van de grootte van de dienst. De opleidingen variëren hierdoor van algemene informatie-sessies rond beperkingen tot individuele opleidingen rond thema's/technieken die afgestemd zijn op de specifieke gebruiker waar de medewerker ondersteuning biedt. De meeste grote diensten voor gezinszorg hebben zogenaamde "referentiepersonen" of coaches in dienst. Deze medewerkers beschikken over heel wat kennis over en ervaring met een specifieke doelgroep (o.a. personen met een handicap...). Vanuit die ervaring bieden zij coaching en ondersteuning aan medewerkers die met concrete vragen zitten. Dit gebeurt zowel één-op-één als tijdens de wijkwerking. Daarnaast kunnen vooral de grotere diensten beroep doen op vergunde zorgaanbieders of RTH-aanbieders waarmee ze samenwerken.

De gesubsidieerde uren (2.5% van het urencontingent) die de diensten ter beschikking hebben voor vorming blijken echter onvoldoende. Vooral voor diensten waar er maar sporadisch een persoon met een handicap ondersteund wordt en/of voor kleine diensten voor gezinszorg ligt de kost voor een gespecialiseerde opleiding te hoog.

Naast opleidingen, maar soms ook aanvullend, organiseren sommige diensten voor gezinszorg intervisie of casusbesprekingen op de wijkwerking. De respondenten wijzen immers op de nood om te ventileren. Daarenboven vormt dit een vorm van erkenning ten aanzien van de medewerkers.

[begeleidend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: "De doelgroep is zodanig groot en iedereen heeft zijn eigen manier. Met iedere beperking moet op een andere manier omgegaan worden of moet je aandacht voor hebben. Het is vooral ook dat: de kennis van wat iedere aandoening is en wat iedere beperking is, hoe je daarop reageert, hoe je met die mensen omgaat. Die doelgroep is zodanig ruim, waar dat wij ons voornamelijk gaan specialiseren in ouderenzorg. Dat is veel beperkter. En dan krijg je die mensen met een beperking daarbij en dan voel ik wel aan mijn medewerkers van "oei oei, hoe moet ik met die omgaan en hoe moeten we dat doen?". Dus het zou inderdaad niet slecht zijn moest er meer vorming rond kunnen zijn. Zodat zij zich sterker in hun schoenen voelen. Want inderdaad: ze vinden het fijn om die afwisseling te hebben, maar anderzijds maakt het hen enorm onzeker dat ze niet goed weten van: "Oké, wat ik hier doe, doe ik dat wel goed? En reageer ik goed?" of "Hoe moet ik daar mee omgaan?". Die vragen krijg ik wel heel hard bij hun dan."

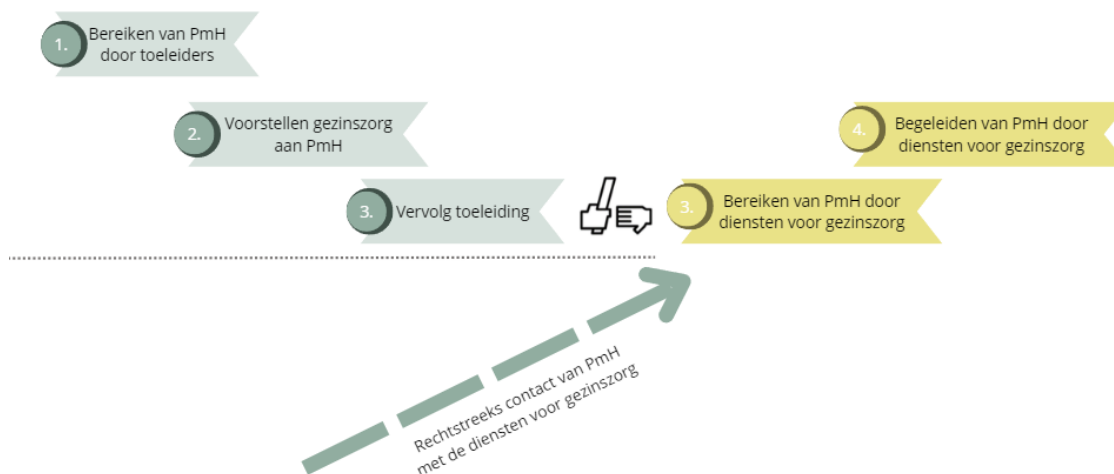
[begeleidend personeelslid, kleine dienst voor gezinszorg]: "Ik merk vaak bij verzorgenden dat ze moeten ventileren, dat ze [PmH] mentaal veel vragen waarover verzorgenden willen overleggen en in woonvormen dat er agressie is: "Hoe dat aanpakken?"

[begeleidend personeelslid, grote dienst voor gezinszorg]: "Wij proberen daar veel aandacht aan te spenderen in de wijkwerking. Verzorgenden hebben een individuele, autonome job en dan hebben ze een moment om het in de groep te gooien. We weten dat ze mekaar ook bellen tussenin."

4 Conclusie

Door middel van focusgroepen met toeleiders (DOP, DMW en infoloketten) en diensten voor gezinszorg kregen we zicht op de helpende factoren en drempels bij het bereiken en ondersteunen van personen met een handicap. Tijdens de focusgroepen stonden we stil bij verschillende stappen in het proces van het eerste contact met een toeleider tot de effectieve begeleiding door een dienst voor gezinszorg (zie ook Figuur 3). Niet alle personen met een handicap doorlopen echter het volledige proces. Sommige PmH konden nog geen beroep doen op begeleiding bij hun vraagverheldering (omdat ze reeds vóór 2017 op de wachtlijst voor het PVB stonden) of kozen ervoor om geen hulp van een toeleider in te roepen bij de vraagverheldering. Anderen vonden rechtstreeks hun weg naar de diensten voor gezinszorg. Figuur 3 is dan ook geen vaststaand feit, maar eerder illustratief om het vervolg van deze conclusie rond op te bouwen.

Heel wat helpende factoren en drempels hebben specifiek betrekking op de desbetreffende stap in het proces. Maar we vonden ook enkele helpende factoren en drempels die in iedere stap en bij elke actor terugkwamen. We starten deze conclusie dan ook met enkele algemene drempels en helpende factoren waarna we de drempels en helpende factoren per stap uit onderstaand proces overlopen.



Figuur 3 Stappen van toeleiding tot effectieve begeleiding door de diensten voor gezinszorg

Bron: van de auteurs

4.1 Algemene drempels

Tijdens de verschillende focusgroepen kwamen bepaalde factoren veelvuldig terug als mogelijke drempels bij zowel de toeleiders als de diensten voor gezinszorg.

Een eerste drempel is het feit dat het *aanbod van de verschillende organisaties onvoldoende gekend* is. Dit gaat zowel over het aanbod van de toeleiders als het aanbod van de diensten voor gezinszorg. Vaak weet men niet dat toeleiders meer doen dan het ondersteuningsplan PVB opstellen en het PVB aanvragen, dat diensten voor gezinszorg ook een aanbod hebben voor personen met een handicap en dat dit breder gaat dan enkel poetsen en huishoudelijke taken. Dit aanbod is niet of onvoldoende gekend door potentiële gebruikers met een handicap en hun naasten én andere professionals uit de buurt. Hierdoor vinden weinig personen met een handicap hun weg naar deze ondersteuning.

Hiermee samenhangend is ook het *onderscheid tussen de verschillende organisaties onduidelijk* voor personen met een handicap en hun naasten én professionals. De verschillende toeleiders - DOP, DMW en infoloketten - hebben gelijkaardige en overlappende taken. Hetzelfde geldt voor de diensten voor gezinszorg, mobiele begeleiding door RTH-aanbieders en dienstencheque-organisaties. Daarnaast is er binnen diensten voor gezinszorg een ruime keuze tussen verschillende organisaties met (kleine) verschillen in hun aanbod. Dit bemoeilijkt de zoektocht voor personen met een handicap naar de meest geschikte ondersteuner.

Daarnaast is er *geen structurele doorverwijzing of communicatie over reguliere diensten zoals diensten voor gezinszorg in de brief met betrekking tot de beslissing omtrent het persoonsvolgend budget*. In de folder rond het persoonsvolgend budget spreekt men enkel over RTH en hulpmiddelen en aanpassingen als mogelijke ondersteuning in afwachting van het persoonsvolgend budget. Personen die naar een DOP of DMW stappen, worden meestal wel op de hoogte gebracht van de mogelijkheden van de diensten voor gezinszorg en de andere reguliere ondersteuningsmogelijkheden waarop iedere burger een beroep kan doen (bv. Centrum Algemeen Welzijn, OCMW ...). Maar niet alle personen uit prioriteitengroep 3 gaan met hun vragen langs bij een DOP of DMW (eigen keuze om niet langs te gaan of omdat hun aanvraag PVB dateert van voor de omschakeling naar PVF). Zij richten zich hiervoor soms ook tot andere professionals, waarbij het afhankelijk is van de goodwill en de kennis van die professional of er wordt doorverwezen naar de diensten voor gezinszorg.

Hierbij aansluitend zetten niet alle diensten voor gezinszorg even hard in op de doelgroep van personen met een handicap. Wanneer de organisatie vanuit zijn visie en missie een bepaalde overtuiging heeft, affiniteit heeft met de doelgroep van personen met een handicap of hier in het verleden reeds ervaring heeft in op gedaan, wordt er sneller ingezet op deze doelgroep. De aandacht voor de doelgroep van personen met een handicap moet echter op een meer structurele manier verankerd worden in de aanpak van de organisaties. Op die manier wordt een spiraal in gang gezet: door in te zetten op een "nieuwe" doelgroep, worden er meer gebruikers uit deze doelgroep bereikt. Hierdoor raakt binnen de doelgroep en bij de toeleiders en andere professionals beter bekend dat diensten voor gezinszorg er ook voor deze doelgroep zijn, waardoor op zijn beurt meer mensen zullen denken aan/vragen naar diensten voor gezinszorg.

Tot slot ervaren de respondenten (toeleiders en diensten voor gezinszorg) *weinig stimuli*³ om nog meer in te zetten op de doelgroepen die ze nu minder bereiken (waaronder personen met een handicap). In heel wat gevallen is er immers geen ruimte meer binnen de huidige financiering (urencontingent) of beschikt men over onvoldoende personeel om nog extra inspanningen te leveren.

4.2 Algemene helpende factoren

Net als bij de drempels, zijn er ook enkele helpende factoren die doorheen de verschillende stappen aangehaald werden. *Mond-aan-mond-reclame* blijkt een belangrijke manier van de toeleiders en de diensten voor gezinszorg om personen met een handicap te bereiken. Zowel potentiële gebruikers met een handicap als professionals vinden op deze manier hun weg naar de toeleiders en de diensten voor gezinszorg.

³ Doorheen de projectduur nam de Vlaamse overheid enkele beslissingen die het werken rond de doelgroep van PmH mogelijk kan stimuleren (zie ook hoofdstuk 6 (3.1)). Deze beslissingen waren echter nog niet in voege ten tijde van de focusgroepen.

Hierbij aansluitend bestaan er reeds *samenwerkingen* tussen de toeleiders of de diensten voor gezinszorg en andere organisaties (uit de buurt) zoals vergunde zorgaanbieders, ziekenhuizen en scholen. Deze organisaties verwijzen gebruikers door naar de toeleiders of de diensten voor gezinszorg, afhankelijk van hun vraag. In bepaalde gevallen gaat de samenwerking ook verder en ondersteunen vergunde zorgaanbieders de diensten voor gezinszorg ook inhoudelijk.

4.3 Helpende factoren en drempels per fase van de estafette

In tegenstelling tot de algemene drempels, kwamen doorheen de focusgroepen ook helpende factoren en drempels aan bod die betrekking hebben op een specifieke stap in het proces van toeleiding tot effectieve ondersteuning door de diensten voor gezinszorg. We beschrijven dit proces als een estafette. De eerste stappen van Figuur 3 worden immers opgenomen door de toeleiders⁴, waarna de diensten voor gezinszorg de cliënt overnemen en de toeleiders niet meer betrokken zijn bij het vervolg van het proces.

4.3.1 Het bereiken van personen met een handicap door de toeleiders

De eerste stap is het bereiken van personen met een handicap door de toeleiders. Hier spelen twee drempels. De toeleiders bereiken al heel wat personen met een handicap, maar *niet alle types handicap worden even vaak bereikt*. De infoloketten en DOP geven aan dat ze vooral jongere personen bereiken, in de overgangperiode van minderjarigheid naar meerderjarigheid. Daarnaast bereiken ze meer personen met ASS dan oudere personen met een handicap of personen met een visuele, auditieve of fysieke beperking.

Daarmee samenhangend is de *financiering van de toeleiders beperkt*, waardoor zij niet altijd de ruimte hebben om acties te ondernemen om de missende of ondervertegenwoordigde groepen meer proactief te bereiken.

Wat wel helpend is voor de toeleiders om personen met een handicap te bereiken, is mond-aan-mondreclame, hun aanbod bekendmaken bij andere organisaties en samenwerking met andere organisaties die personen met een handicap doorverwijzen naar de toeleiders. Tot slot is het ook helpend dat DMW geacht worden bepaalde doelgroepen proactief te benaderen op basis van gegevens die de mutualiteit verzamelt.

⁴ Niet alle personen uit PG3 doen/deden een beroep op een toeleider. PmH kunnen net zoals alle burgers ook zelf rechtstreeks contact opnemen met de diensten voor gezinszorg.

4.3.2 Voorstellen van diensten voor gezinszorg aan de persoon met een handicap

Binnen de tweede stap van de estafette spelen er enkele factoren die maken dat de toeleiders terughoudend zijn om diensten voor gezinszorg voor te stellen. Een eerste factor is de *beperkte kennis van de diensten voor gezinszorg over de doelgroep personen met een handicap*. De toeleiders hebben de indruk dat bepaalde medewerkers onvoldoende weten hoe ze met PmH moeten omgaan. Daarnaast spelen de *capaciteitstekorten* bij diensten voor gezinszorg mee. Of het idee dat die er zullen zijn, want dit is niet in alle gevallen ook werkelijk zo. Tot slot vinden de toeleiders dat *de diensten voor gezinszorg onvoldoende aanklampend werken en te beperkt zijn in de taken die ze mogen, kunnen en/of willen uitvoeren*.

Naast de drempels bij de toeleiders zelf, spraken de toeleiders ook over mogelijke drempels bij de personen met een handicap. Ten eerste is de *gebruikersbijdrage* voor vele personen met een handicap niet betaalbaar of is er geen betaalbaarheid. Zeker als men geen recht heeft op premies en tegemoetkomingen of deze rechten nog niet zijn verkend (zoals het PVB, zorgbudgetten, ...), vormt dit een probleem. Een tweede factor is de *complexiteit en de administratieve last bij de aanvraag voor diensten voor gezinszorg*. Daarnaast, net als bij de toeleiders, botsen de personen met een handicap op de *beperkte flexibiliteit* in de dagen en tijdstippen waarop ondersteuning geboden kan worden. De doelgroep van personen met een handicap heeft, mogelijk, meer nood aan ondersteuning in het weekend en op avonden. Daarbij aansluitend ontbreekt soms de *continuïteit* in de geboden zorg, bijvoorbeeld omwille van ziekte of door personeelwissels. Een vierde drempel is de *beeldvorming* rond diensten voor gezinszorg. Nog te vaak leeft bij personen met een handicap het idee dat diensten voor gezinszorg iets voor ouderen is. Deze (en andere) vooroordelen maken dat personen er niet voor durven uitkomen dat ze beroep willen doen op diensten voor gezinszorg. Daarnaast moet de persoon met een handicap weer *iemand nieuw in huis toelaten en vertrouwen opbouwen* met de medewerker(s). De opstart van een dienst voor gezinszorg vraagt om het verhaal opnieuw aan iemand nieuw te doen. Tot slot ontbreekt, volgens de respondenten, bij bepaalde personen met een handicap en hun naasten het *inzicht dat hulp nodig is*.

Hetgeen helpend is om diensten voor gezinszorg voor te stellen, is het feit dat PmH overwegend positief reageren als diensten voor gezinszorg voorgesteld worden, het werken volgens de concentrische cirkels waardoor reguliere diensten vroeg in het traject aan bod komen en inloopmomenten of telefonische opvolging van PmH op hun wachtlijst.

4.3.3 Het einde van de toeleiding en het bereiken van personen met een handicap door diensten voor gezinszorg

Van zodra de persoon beslist heeft om gebruik te maken van een dienst voor gezinszorg, kan men zelfstandig of samen met de toeleider op zoek gaan naar de meest geschikte dienst voor gezinszorg. Indien de persoon dit wenst en er voldoende tijd is bij de toeleider, begeleidt de toeleider ook tijdens het maken van een afspraak en het intakegesprek van de dienst voor gezinszorg. Vanaf daar neemt de dienst voor gezinszorg het vaak over, en wordt het "stokje doorgegeven".

Ook hier botsen de respondenten op bepaalde drempels. Zo hebben de *toeleiders geen tijd voor verdere opvolging na de intake*. Zij weten vaak niet of de ondersteuning door een dienst voor gezinszorg effectief is opgestart en/of hoe de ondersteuning nadien verloopt. Enkel bij toevallige contacten (bv. bij het voor een andere vraag contact opnemen met DMW) komt dit eventueel nog eens ter sprake.

Bovendien is er een *mismatch bij de toeleiding*. Sommige toeleiders geven aan dat zij voornamelijk jongeren bereiken en toeleiden naar diensten voor gezinszorg, terwijl de diensten voor gezinszorg de indruk hebben dat bij jongeren het idee leeft dat diensten voor gezinszorg iets voor ouderen is.

Andere drempels die spelen in het bereiken van personen met een handicap door diensten voor gezinszorg zijn de betaalbaarheid en betaalbereidheid van de gebruikersbijdrage die betaald moet worden voor diensten voor gezinszorg, capaciteitstekorten, beperkte flexibiliteit en continuïteit in dienstverlening en het 'hokjesdenken' in de verschillende sectoren en departementen die betrokken zijn bij diensten voor gezinszorg en personen met een handicap.

Er zijn echter ook verschillende helpende factoren in het bereiken van personen met een handicap zoals zich als dienst voor gezinszorg profileren als dienst die ook zorg en ondersteuning biedt aan PmH, netwerking met andere organisaties en diensten voor gezinszorg zodat men doorverwijzingen van PmH krijgt van andere organisaties en diensten voor gezinszorg, mond-aan-mondreclame door PmH en professionals en enkele maatschappelijke factoren zoals de opkomst van het PVB, een grote nadruk op zelfstandigheid en besparingen/wachtlijsten in andere sectoren.

4.3.4 Het ondersteunen van personen met een handicap door diensten voor gezinszorg

Bij het ondersteunen van personen met een handicap stoten de diensten voor gezinszorg op verschillende drempels. *Niet alle medewerkers willen met de doelgroep werken*. Bij een deel is dit omdat ze minder een klik hebben met de doelgroep of de soms andere taken bij de doelgroep (aanleren, samen doen, ...). Bij anderen is deze keuze voornamelijk gestuurd vanuit onzekerheid. Het schrikt hen af omdat ze niet weten hoe ze met de doelgroep moeten omgaan. *Het begeleiden van personen met een handicap vraagt immers volgens de respondenten meer van het personeel*. Ze moeten een bepaalde basiskennis en achtergrond hebben over PmH. Daarnaast vergt het ook andere competenties, dewelke in de huidige opleidingen onvoldoende aan bod komen. De opleiding is volgens de respondenten te hard gericht op ouderen, en dus niet afgestemd op de huidige samenleving. Daarnaast is er binnen de diensten voor gezinszorg weinig ruimte voor bijscholing rond de doelgroep personen met een handicap.

Daarnaast hebben niet alle diensten voor gezinszorg de mogelijkheid binnen hun huidige capaciteit om op de vragen en noden van PmH in te gaan bv. ondersteuning op avonden, nachten en weekends.

Als laatste wijzen de respondenten erop dat ze *hun grenzen goed moeten bewaken*. Vaak wordt er vanuit de gebruikers veel meer verwacht dan de taken die ze mogen uitvoeren. Zij zien hiervoor twee mogelijke verklaringen: de foutieve verwachtingen ten aanzien van diensten voor gezinszorg (mede gestuwd door het gebrek aan kennis van het aanbod van de diensten voor gezinszorg (zie ook 4.1)) of een te grote zorgvraag. In een aantal gevallen is er immers nood aan (meer intensieve) handicapspecifieke hulp (RTH of PVB), waarvoor vaak wachtlijsten bestaan.

Helpende factoren bij het ondersteunen van PmH zijn o.a. in de mate van het mogelijke medewerkers bijscholen en specialiseren rond PmH (eventueel in samenwerking met VAPH-organisaties), zorgen voor positieve ervaringen bij medewerkers omtrent het ondersteunen van PmH, de keuze om ondersteuning te bieden aan de doelgroep PmH wordt bij de medewerkers gelaten waardoor er een poule ontstaat van medewerkers die ingezet kunnen worden bij de doelgroep, goede matching tussen medewerker en PmH door het begeleidend personeel, de ondersteuning van PmH samen opnemen met andere organisaties, en inzetten op intervisie of casusbesprekingen op de wijkwerking.

Hoofdstuk 5

Interviews met experts

1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de methode, resultaten en conclusie van de verdiepende interviews met experts. Het doel van deze semigestructureerde interviews met experts in zake personen met een handicap (PmH) (in prioriteitengroep 3 (PG3)) en/of erkende diensten voor gezinszorg is het verdiepen van de bevindingen van de focusgroepen. Met als ultieme doel het samen komen tot mogelijke aanbevelingen die het bereik en de toegankelijkheid van de erkende diensten voor gezinszorg voor PmH (in PG3) verhogen.

2 Methode

In augustus en september 2024 organiseerden we interviews met 17 experts. Hieronder geven we weer hoe we de respondenten rekruteerden, hoe de opzet van de interviews was en hoe de interviews werden geanalyseerd.

2.1 Contact respondenten

De experts voor de interviews werden op verschillende manieren gerekruteerd. Allereerst werd op de stuurgroepvergadering van 19 juni 2024 een oproep gedaan aan de leden om zelf of collega's met expertise deel te laten nemen aan de interviews. Om deze vraag extra te ondersteunen werd op 26 juni 2024 een mailing uitgestuurd naar alle stuurgroepleden met zowel de vraag om zelf deel te nemen aan een interview als om een door de onderzoekers opgestelde mail door te sturen naar hun netwerk van experts. Daarnaast stuurden we de mailing ook naar personen binnen ons eigen netwerk en naar Modem Expertnetwerk. Er reageerden verschillende experts op onze oproep en aan de hand van Microsoft Bookings werden de interviews ingepland. Bij uitnodiging voor deelname aan het interview bezorgden we ook een formulier voor geïnformeerde toestemming.

2.2 Opzet interviews

Tijdens een anderhalf uur durend online semigestructureerd interview gingen we met de respondenten in gesprek over de onderzoeksresultaten van de focusgroepen. Dit om deze resultaten verder te verdiepen en samen te komen tot mogelijke aanbevelingen die het bereik en de toegankelijkheid van de diensten voor gezinszorg voor PmH (in PG3) verhogen. Eén van de onderzoekers interviewde de expert aan de hand van een vooraf bepaalde topiclijst voor het semigestructureerde interview (zie bijlage 7). De topiclijst was geen vaststaand gegeven, maar werd eerder als leidraad gebruikt zodat er voldoende ruimte was om in te gaan op de aangehaalde thema's van de respondenten. Met toestemming van de respondenten via een formulier voor geïnformeerde toestemming werd het interview opgenomen.

2.3 Analyse interviews

Tijdens het semigestructureerde interview maakte de interviewer ook notulen. Het verslag van elk semigestructureerd interview werd nadien aan de hand van de opname verder aangevuld. Met behulp van Nvivo werd de input van de respondenten verder verwerkt en onderverdeeld in thema's.

3 Resultaten

Alvorens we ingaan op de input die de interviews met de experts opleverden, staan we eerst stil bij de respons. Deze schetst immers de achtergrond van waaruit de bevindingen geïnterpreteerd moeten worden.

3.1 Respons

In totaal interviewden we 17 experts. Tabel 16 geeft een overzicht van het type organisatie en expertisedomein van de geïnterviewde experts. Uit dit overzicht blijkt dat we zowel experts hebben bereikt met expertise op vlak van het zorg- en ondersteuningslandschap voor personen met een handicap als met expertise op vlak van thuiszorg en meer specifiek diensten voor gezinszorg. De respondenten zijn academici, medewerkers van de overheid, medewerkers van organisaties die personen met een handicap toeleiden naar diensten voor gezinszorg, medewerkers van diensten voor gezinszorg, en medewerkers van door het VAPH vergunde zorgaanbieders.

Tabel 16 Overzicht geïnterviewde experts

Aantal	Type organisatie	Expertisedomein
2	Vlaamse overheid	Beleid Thuiszorg/Gezinszorg
1	Dienst voor gezinszorg	Gezinszorg
5	Toeleiders	Personen met een handicap
2	DOP	Personen met een handicap
2	Infoloket	Personen met een handicap
1	DMW	Personen met een handicap
2	Universiteit/Hogeschool	Personen met een handicap
7	Vergunde zorgaanbieder VAPH	Personen met een handicap

3.2 Bevindingen

Doorheen de interviews konden de respondenten de belangrijkste thema's (hefbomen en knelpunten) aangeven. Ze formuleerden rond deze topics mogelijke aanbevelingen en bijhorende aandachtspunten. De aanbevelingen die in dit hoofdstuk vermeld staan, verwijzen dus naar de ideeën van onze respondenten. Het besluit en de uiteindelijke beleidsaanbevelingen van dit onderzoek gaan breder en zijn gebaseerd op de input vanuit de verschillende onderzoeksacties, dewelke in hoofdstuk 6 en 7 worden toegelicht.

3.2.1 Algemene bevindingen

De respondenten bevestigden de door ons aangehaalde bevindingen (zie topiclijst). Deze waren voor hen heel herkenbaar en alomvattend. De aangehaalde bedenkingen en aanbevelingen richtten zich voornamelijk op de aanpassing van of coping met de huidige situatie. Er kwamen echter ook meer algemene en ruime bedenkingen. Zo stelden een aantal respondenten vragen bij de beleidskeuze voor het werken met de concentrische cirkels. Volgens hen zitten de verwachtingen ten aanzien van de verschillende cirkels fout. Er zitten grenzen op het "regulier waar het kan" (bv. in het kader van kwaliteitsvolle zorg en de veiligheid van het personeel) waardoor diensten voor gezinszorg niet voor iedereen in prioriteitengroep 3 de gepaste oplossing vormen.

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: "Er is binnen de gehandicaptensector zeker een hele groep mensen die eigenlijk op een zeer specifieke en eigen manier, met behulp van reguliere diensten, hun leven willen organiseren en dat is zeer goed dat men dat doet. Maar voor grote groepen, zeker bij mensen die eigenlijk veel ondersteuning nodig hebben, altijd nabijheid nodig hebben, altijd begeleiders nodig hebben die je geen halve dag alleen kan laten daar is dat minder aan de orde eigenlijk."

[Dienst voor gezinszorg]: "Maar dat ik zeg dat partnerschap dat proberen wij ook eigenlijk te doen met de persoon met de zorg- en ondersteuningsvraag, samen op weg gaan eigenlijk en daarin evolueren. Ik weet niet of dat voldoende gekend is. Ik ben er mij wel van bewust dat dat geen antwoord is op ieders vraag. Omdat de manier waarop wij werken, wij zeggen wij zijn partners-compagnons als het ware, dat gaat uit van een zekere gelijkwaardigheid ook tussen de persoon met de zorg- en ondersteuningsvraag, zijn netwerk en de dienst gezinszorg. Dat is niet altijd de vraag van personen en zeker niet van personen met een handicap."

De respondenten vrezen dat diensten voor gezinszorg door het beleid gezien worden als compensatie voor de wachtlijsten voor handicapspecifieke zorg. Terwijl zij meer heil zien in complementair samenwerken en meer investeren in handicapspecifieke zorg voor PmH.

[Toeleider]: "Stel dat ze [diensten voor gezinszorg] ervoor zouden kiezen om vorming te geven rond mensen met een handicap, is dat de bedoeling? Want dan ben je eigenlijk binnen die reguliere diensten teampjes aan het vormen die dan handicapspecifieker gaan werken. Maar is dat nodig? Moet er niet gezocht worden naar die complementaire samenwerking met gespecialiseerde diensten? En moet er niet opnieuw geïnvesteerd worden in de gespecialiseerde diensten? [...] RTH is ook te beperkt in die gevallen. Want als de diensten voor gezinszorg dan zeggen van "het is én intensief én handicapspecifiek". Je kan wel zeggen: "Met RTH vangen we een stuk dat handicapspecifiek op" maar de intensiteit wordt daar niet mee opgevangen hé. En vanuit de VAPH-sector kan je dan nog outreach gaan geven, vorming geven aan die diensten voor gezinszorg, maar als medewerker A het niet ziet zitten en B stopt daar [bij het gezin] dan is het

waarschijnlijk al einde verhaal voor die cliënt.” [...] “Dikwijls zeg ik ook al als het over andere moeilijke doelgroepen gaat, het moet een beleidskeuze van de organisatie zijn en je moet de keuze maken om daarin te investeren ook al weet je dat dat verliezen met zich gaat meebrengen. Dat dat u niet de resultaten gaat geven die je met je gewone, gemakkelijke doelgroep hebt. Maar in dit geval durf ik niet zeggen dat het een beleidskeuze van de reguliere diensten moet zijn om met mensen met een handicap te gaan werken. Want wat ben je dan eigenlijk aan het doen?! Dan ben je terug handicapspecifieke diensten aan het organiseren binnen de reguliere diensten. Wat eigenlijk absurd is. Want de handicapspecifieke bestaan al met al hun expertise, met hun hele omkadering. Dus dan is de vraag ook een stuk: “Hoe kijkt de overheid daarnaar?”. Willen ze die handicapspecifieke en reguliere [ondersteuning] gaan integreren? Maar wat gaan ze dan doen? Dan gaan ze ook de psychiatrische kennis mee moeten integreren. Is dat dan een generalistische dienst die alle kennis moet hebben? Dat kan je van medewerkers eigenlijk ook niet verwachten, dat die met alle doelgroepen kunnen omgaan. Dat die alle problematieken kennen en begrijpen wat de impact daarvan is op het gedrag van de cliënt. Ik denk niet dat het daar aan de reguliere diensten is om dat echt te gaan opvangen. Wel die mensen die geholpen zijn met een stuk ondersteuning van hun uit. Maar die waarbij het echt handicapspecifiek en intensief moet zijn, ik denk niet dat het het opzet mag zijn dat dat regulier opgevangen wordt. Als dat zou lukken, dan zouden ze dat nu ook al doen.”

3.2.2 Thematische bevindingen

Doorheen de verschillende interviews kwamen heel wat gelijkaardige zaken naar boven, dewelke we verder toelichten in de volgende paragrafen. Het gaat daarbij concreet over aanbevelingen omtrent (a) de handicapspecifieke kennis en competenties van de medewerkers van de diensten voor gezinszorg verhogen, (b) de continuïteit en flexibiliteit van de dienstverlening verbeteren, (c) het financiële luik, (d) de kennis van het aanbod van de toeleiders en de diensten voor gezinszorg verhogen en (e) de samenwerking optimaliseren.

Voor ieder van deze thema's suggereerden de respondenten mogelijke aanbevelingen, zowel op korte als op lange termijn. Deze lijsten we op in de samenvattende tabellen en bespreken we verder in de bijhorende toelichting. Daarnaast legden de respondenten enkele specifieke nadrukken, afhankelijk van hun oogpunt/organisatie. Zo spraken de vergunde zorgaanbieders bijvoorbeeld vaker over rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) en gingen de toeleiders meer in op het toeleidingsproces.

3.2.2.1 *Handicapspecifieke kennis en competenties van medewerkers van diensten voor gezinszorg*

Een thema dat door heel wat respondenten werd aangehaald, zijn de handicapspecifieke kennis en de competenties van de medewerkers van de diensten voor gezinszorg. Competenties werden doorheen de interviews op verschillende manieren ingevuld: (handicap)specifieke competenties, generalistische competenties en/of attitudes.

De meningen zijn verdeeld over de vereiste diepgang van de kennis rond personen met een handicap. De meeste respondenten zijn het erover eens dat de medewerkers van de diensten voor gezinszorg achtergrondkennis moeten hebben rond personen met een handicap. Een deel van de respondenten is echter voorstander van een verdere specialisatie. Er dient volgens hen dieper ingegaan te worden op de *specifieke handicap* van de gebruikers. Zo weten de medewerkers van de diensten voor gezinszorg waar

ze rekening mee moeten houden en kunnen ze bepaald gedrag beter plaatsen, wat op zijn beurt bijdraagt aan de draagkracht van de medewerkers van diensten voor gezinszorg.

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: “RTH-diensten zouden bijvoorbeeld wel een stukje kunnen instaan om een aanzet te geven bij die cliënt bij diensten gezinszorg, dat men vanuit de begeleidende component van RTH stelt van kijk dat is hier belangrijk of die persoon met handicap dat is toch iets waarmee je rekening moet houden om eigenlijk de samenwerkingsrelatie goed te laten verlopen met dat huisgezin, koppel, persoon met handicap om dat goed, continu, lang en duurzaam te laten verlopen.” [...] “Vanuit hun jarenlange samenwerkingsrelaties met hun cliënteel kunnen de RTH-begeleiders perfect zeggen: “Let daarop”, “Doe dit”, “Dat is delicaat” of “Dat is een specificiteit van de handicap die belang heeft, of waar je op moet letten”. Maar om hen nog een keer te belasten... ik zou niet graag via die begeleidende verantwoordelijkheid en taken dat dat ook weer tijd en ruimte vraagt. Dat men dat moet inpikken op wat men begeleidingsmatig aan de cliënt rechtstreeks biedt. Daar mag er eigenlijk niet veel vanaf want de frequentie van één begeleidend gesprek om de 14 dagen is, ten aanzien van veel cliëntsystemen, nu ook zo geen indrukwekkend hoge frequentie. Mensen wachten echt 14 dagen tot dat die persoon er is om alles een keer door te nemen en de moeilijkheden te bespreken.”

Voor deze kennis (ongeacht of het om basiskennis of meer specifieke kennis gaat) kijken de respondenten naar zowel onderwijsinstellingen, de diensten voor gezinszorg zelf, het leidinggevend personeel dat de verantwoordelijkheid voor vorming, training en opleiding van hun medewerkers draagt, als naar de VAPH-organisaties (bv. RTH-aanbieders en vergunde zorgaanbieders) die reeds handicapspecifieke ondersteuning bieden. Ook omdat bij VAPH-organisaties de handicapspecifieke kennis actueel blijft. Zij zien dus duidelijk een meerwaarde in samenwerking. Er is vanuit de respondenten van vergunde zorgaanbieders een grote bereidheid om hun expertise te delen met de diensten voor gezinszorg bv. via outreach. In beperkte mate gebeurt dit momenteel al gedeeltelijk, voornamelijk tussen organisaties die reeds samenwerken. Dit aanbod is echter niet altijd even goed gekend, of diensten voor gezinszorg kunnen hier geen tijd voor vrijmaken.

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: Gewoon eens afstemmen: “In wat zijn wij sterk? En waar zijn we niet sterk in?” Voor dat waar we sterk in zijn, gaan we elkaar motiveren: “Wat kunnen wij voor iemand anders betekenen?” En voor dat waar we niet sterk in zijn, zal de vraag gesteld worden: “Hoe kan iemand ons daarin helpen?”. Dat kan gaan over voorzieningen die een bepaald vormingsaanbod hebben ... zijn er misschien voorzieningen waar we kunnen wissel-leren? Iemand van bij ons bij hen werken en iemand van hen bij ons werken, zodat je heel veel dingen plukt en ziet in de praktijk. Over het muurtje heen kijken en gaan werken kan ook wel heel zinvol zijn. Als het niet gaat met vormingen en bij elkaar kijken, kan je misschien op een professionele manier gebruik maken van elkaars expertise, bv. tijdelijk een expert die een traject komt begeleiden. Ik merk dat de persoon tijdelijk uit de moeilijke situatie halen en dan terug laten keren, vaak het probleem niet oplost. Het is veel zinvoller om in de leefsituatie zelf het probleem aan te pakken. Soms zie je zelf een aantal dingen niet meer omdat je er met je neus constant op zit. En misschien is het interessant om iemand van buitenaf binnen te halen die wel die expertise heeft.” [...] “Een beetje geven en nemen zonder dat je gaat afmeten van “Wij hebben zoveel uren dit en jullie zoveel uren dat”. Gewoon streven naar een goede samenwerking.”

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: Dat kan, denk ik, door je vormingsaanbod open te stellen en dat mag gerust betalend zijn. Liever een heel specifieke betalende opleiding dan een heel algemene

vorming waarbij je het gevoel hebt: “Als ik hard mijn best doe kan ik dat misschien vertalen naar onze doelgroep”.

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: “Dus het moet eigenlijk heel concreet zijn voor die doelgroep en grote theorieën dat blijft niet hangen. Je moet echt ter plaatse kunnen gaan. Ook omdat iedere persoon met een beperking anders is en de thuissituatie is ook anders. Je moet echt heel gericht op maat advies kunnen geven over een bepaalde cliënt of een bepaalde zorgvraag.”

Bovenstaande citaten geven daarnaast aan dat kennis- en competentieverwerving het beste verloopt wanneer het praktijkgericht en specifiek genoeg is. Daarbij wordt er aangehaald dat er niet enkel vorming, training en opleiding gegeven moet worden aan medewerkers in groep, maar ook ingezet moet worden op kennis- en competentieverhoging specifiek rond de persoon met handicap (casusniveau). Hierbij moet er wel rekening gehouden worden met het feit dat de medewerkers van diensten voor gezinszorg geen medische diagnoses mogen kennen omdat ze niet-medische zorg zijn.

[Dienst voor gezinszorg]: “En sowieso mogen wij ook medische diagnoses niet kennen want wij zijn niet-medische zorg. Maar op zich stoort ons dat niet zolang als we maar met de andere betrokken hulpverleners en vooral de persoon zelf ook kunnen afspreken van wat is hier voor jou belangrijk, wat moeten wij weten om voor jou eigenlijk goede zorg en ondersteuning te bieden en ook bij te dragen aan jouw kwaliteit van leven.”

Aangezien personen met een handicap slechts een kleine groep uitmaken van het volledige klantenbestand van diensten voor gezinszorg, bestaat echter het risico dat het thema handicap ondergesneeuwd raakt binnen de vormingen van de diensten voor gezinszorg. Sommige respondenten zijn van mening dat het thema PmH expliciet opgenomen moet worden. Bepaalde organisaties kiezen er daarom momenteel ook voor om slechts een beperkt aantal medewerkers bij te scholen rond personen met een handicap. Of zij voorzien referentiepersonen die veel expertise hebben rond een bepaalde doelgroep, o.a. personen met een handicap, waar collega's met hun vragen terecht kunnen. Dit wordt door verschillende respondenten positief ervaren.

[Dienst voor gezinszorg]: “Naar competentie-ontwikkeling toe hebben wij lang geleden al, een 10-tal jaar geleden, heel expliciet de keuze gemaakt om hun polyvalente inzetbaarheid te belenden met een stukje wat we noemen specialisatie, maar wij noemen dat referentieopbouw. Dus wij maken het mogelijk dat medewerkers, zowel verzorgenden als logistieke medewerkers, referentiedeskundigheid opbouwen voor bepaalde doelgroepen zoals personen met dementie, personen in kansarmoede, personen in palliatieve situaties en één van de doelgroepen die wij daar in omschreven hebben zijn ook personen met een handicap. Dus wij hebben eigenlijk in onze groep medewerkers mensen die specifiek wat meer kennis hebben opgebouwd dan de anderen rond zorg en ondersteuning aan personen met een handicap. Dat wil niet zeggen dat zij exclusief worden ingezet voor de zorg voor personen met een handicap, maar het kan dat ze specifiek of op de eerste plaats gevraagd worden. Maar het wil wel zeggen dat zij dat een stukje meevolgen ook voor hun zorgteam en dat ze ook collega's wat mee kunnen ondersteunen of advies verlenen en dat zij ook heel snel of meer dan anderen de weg kennen naar hulpbronnen. Als ik daarnet zei outreach bijvoorbeeld, we doen dat eigenlijk bij onze verzorgenden en huishoudhulpen en ook bij ons begeleidend personeel. Dus zij zullen dan sneller dan de anderen in hun team de weg moeten kennen naar die specifieke hulp of het netwerk van handicapspecifieke zorg bijvoorbeeld zeer goed moeten kennen.” [...] “Daar allicht ook onze uitdagingen in hebben en een uitdaging is natuurlijk om altijd die kennis actueel te houden en er ook voor te zorgen dat er voldoende medewerkers die

kennis blijven opbouwen. Daarnaast misschien nog meegeven, wij hebben ook een team van stafmedewerkers. Ook in die stafmedewerkgroep zijn mensen met expertise rond personen met een handicap en zij kunnen ook op casusniveau advies en coaching verlenen. Dus het is een beetje een getrapt systeem van competentieontwikkeling en competentieondersteuning.”[...] “Wij doen voor een beperkt aantal mensen een intensievere basisopleiding van een aantal uur en dan jaarlijks is dat twee dagdelen dat ze daarrond samenkomen. Maar we linken dat dan weer aan die stafmedewerkers die ze dan ook weer kunnen inroepen. Dus ze hebben hun eigen begeleidend personeelslid en ze hebben stafmedewerkers die ze kunnen inroepen. Maar in die manier waarop wij ons organiseren, zie je dat wij onze schaalgrootte benutten. Dus ik denk dat het voor kleinere diensten gezinszorg uitdagender is. Maar zij kunnen daarin ook samenwerking zoeken met andere diensten voor gezinszorg. In dat opzicht weet ik niet of daar alle kansen al benut zijn.”

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: “Wat dat je zegt niet elke verzorgende die is ook bereid om met die andere doelgroep [PmH] te werken. In de dienst voor gezinszorg hier in de regio is er een team voor PmH, waar dat mensen echt kiezen van ik wil met die doelgroep aan de slag dus dat is wel goed dat ze aan de medewerkers de keuze laten van ik wil voor dat soort cliënten werken. En ze proberen daar dan ook gericht vorming te geven voor die doelgroep dus op zich is dat wel zeer goed. En meer en meer zien wij ook dat thuiszorgdiensten in voorzieningen gaan werken. Dus wij hebben bijvoorbeeld een team dat hier komt meehelpen in de verzorging. Dus die kennis dat ze in een voorziening opdoen kunnen ze dan ook weer gaan gebruiken in de thuiscontext bij PmH. Dus dat is wel iets dat nu meer en meer gebeurt. Ik zie dat dat ook gebeurt bij andere zorgorganisaties.[...]”

Naast de handicapspecifieke competenties is er ook nood aan algemene vaardigheden: luisteren, duidelijk communiceren, vraaggericht werken, doelgericht werken, samenwerken ...

Tot slot draait het niet enkel om competenties maar ook om een bepaalde attitude die aanwezig moet zijn.

[Universiteit/Hogeschool]: “Ik denk dat daar nog vaak in de perceptie van heel wat diensten, als ze ergens aantreden om hulp te bieden dat ze eigenlijk de persoon met een beperking een beetje buitenspel zetten op één of andere manier. Dat is een moeilijk evenwicht, om met voldoende respect voor eigen keuzes en eigen verlangens ondersteuning te bieden. Goede opleiding gaat daar op een goede manier mee om.”

[Toeleider]: “Via opleiding rond het rechtenperspectief, de evolutie van de visie op handicap, het burgerschapsmodel, ... zodat [de medewerkers] met die visies op de werkvloer komen. [...] Nu gaat het bij bijscholing vaak over nieuwe pampers ... nooit over de emancipatie van personen met een handicap.”

De respondenten pleitten er tijdens de interviews voor om als dienst voor gezinszorg tijd vrij te maken voor het opleiden van medewerkers. Daarenboven moet je je medewerkers voldoende ondersteunen.

[Dienst voor gezinszorg]: “Nu cruciaal is dat daarin de diensten voor gezinszorg geresponsabiliseerd worden maar zich ook verantwoordelijk gedragen om de competenties daarrond te versterken.” [...] “Dus het is wel heel belangrijk dat een dienst inderdaad in staat is om zijn medewerkers te ondersteunen, ervoor te zorgen dat er voldoende competenties zijn, maar ook te begeleiden in dat traject van zorg en ondersteuning. Want cruciaal daar is ook de zorgrelatie, maar soms matcht het ook niet tussen mensen. Het is mensenwerk. Dus enerzijds de opdracht om

die competenties te voorzien, te blijven versterken en ondersteunen en anderzijds die begeleidingsopdracht van een dienst gezinszorg. Beiden zijn cruciaal. Vandaar dat wij ook vaak zeggen: "Gezinszorg dat is niet wat een verzorgende doet vandaag in die activiteiten van het dagelijks leven. Gezinszorg is een samenspel tussen het begeleidend personeelslid, de verzorgende en logistiek medewerker en de gebruiker en zijn netwerk." Dat is een samenspel en dat is cruciaal. Je kan die gezinszorg niet alleen maar zien als een verzorgende en als een soort dienst die een verzorgende uitstuurt. Er gebeurt daar veel meer. En die competentieversterking en begeleiding zijn daarin cruciaal en als diensten zich dus niet voldoende bij machten vinden om dat te doen dan moeten we daarop werken. Of niet inschatten dat dat de job geworden is dan moeten we dat versterken want dat is echt cruciaal dat je die competentieversterking doet."

[Toeleider]: "Ik denk dat dat naar draagkracht van de medewerker het beste scenario is eigenlijk. Iemand die intrinsiek gemotiveerd is en zich ook nog een keer zowel emotioneel als inhoudelijk ondersteund weet." [...] "En het gevoel geven aan die verzorgende dat die er niet alleen voor staat. Dat ze het samen doen."

In dat kader moet intervisie verder gebruikt en versterkt worden. Deze intervisie kan bijvoorbeeld tijdens de wijkwerking, maar momenteel is er hiervoor vaak geen tijd.

[Vlaamse overheid]: "Bij vorming denken we altijd aan kennis, opleiding, vorming. Het is natuurlijk ook kennis en cognitieve theoretische dingen maar het is toch vooral een antwoord geven op hun praktische vragen. Dat is misschien ook wel iets. Het is niet alleen competentie, het is ook hun eigen zekerheid, hun eigen gedrag, hun eigen bezorgdheden wegnemen of beantwoorden. En daar ook een stuk de behoefte om eens te luchten bij elkaar: "Zeg, het was toch niet zo simpel." Ook al hebben ze kennis, hebben ze de kans om daar vorming rond te krijgen, toch ook een stukje intervisie met elkaar om dingen kwijt te kunnen en te delen en de mentale stress te verminderen van "Goh, het was toch spannend de eerste maand bij Albert langsgaan om...". Intervisie is ook wel een vorm van kennisdeling of competentie-ontwikkeling eigenlijk moet ik zeggen."

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: "Misschien dat bij aanvang van de samenwerking de medewerkers een stuk terughoudend waren naar personen met een handicap maar dat dat intussen door middel van tijd van samenwerking, van goede ervaringen, van vormingen te kunnen volgen dat dat wel al heel hard verbeterd is. We proberen ook op heel regelmatige basis intervisie te doen. Dat is echt wel een meerwaarde."

Tot slot geven we in onderstaande tabel nog een samenvattend overzicht van de voorgestelde oplossingen, inclusief randvoorwaarden.

Tabel 17 Mogelijke aanbevelingen rond kennis en competenties van het personeel van de diensten voor gezinszorg

Voorgestelde oplossing	Toelichting	Randvoorwaarde(n)
<i>Op korte termijn</i>		
Kennisuitwisseling met RTH-aanbieders en vergunde zorgaanbieders	Als dienst voor gezinszorg input vragen van RTH-aanbieders en vergunde zorgaanbieders die ervaring hebben met de doelgroep en/of specifieke cliënten (bv. via outreach)	Aanbod van outreach is gekend bij diensten voor gezinszorg Tijd (financiering) en kennis van de RTH-aanbieders vergunde zorgaanbieders Tijd (financiering) van de diensten voor gezinszorg
Praktijkgerichte vorming rond concrete topics/cases	Vorming of coaching op de werkvloer. Of een vorming die praktijkgericht is, rond concrete topics.	Niet ondergesneeuwd geraken door andere thema's waar meer medewerkers mee in aanraking komen (bv. ouderen, dementie)
Intervisie	Binnen de dienst voor gezinszorg of tussen verschillende diensten voor gezinszorg uitwisseling mogelijk maken rond concrete cases of problemen waar de medewerkers tegenaan lopen	Tijd (financiering) voor vrijmaken Gedeeld beroepsgeheim dat intervisie mogelijk maakt
<i>Op lange termijn</i>		
Referentiewerking PmH opstarten	Een groep van geëngageerde medewerkers specialiseren in de doelgroep van personen met een handicap zodat ze hun kennis over de doelgroep verder kunnen delen met collega's	Tijd (financiering) voor opleiding en kennisdeling
Coaching rond PmH	Een coach in dienst nemen die medewerkers kan ondersteunen bij vragen rond de doelgroep van personen met een handicap op zowel casusniveau als in groep tijdens de wijkwerking	Financiering
Doelgroep PmH (meer) in basisopleiding opnemen	Meer aandacht besteden aan de diverse doelgroepen van gezinszorg in de opleiding tot verzorgende	

Bron: van de auteurs

3.2.2.2 Continuïteit en flexibiliteit van de dienstverlening door diensten voor gezinszorg

De respondenten erkennen het belang van de continuïteit (altijd ondersteuning voorzien wanneer deze nodig is én steeds dezelfde medewerker(s) sturen) en flexibiliteit (onregelmatige prestaties op avonden, nachten, weekenden) in de zorg voor personen met een handicap. Zij geven echter aan dat dit niet altijd haalbaar is, gedeeltelijk door een personeelsprobleem en soms omwille van beperkt urencontingent. Door het hoge personeelsverloop en de krapte op de arbeidsmarkt krijgen de diensten voor gezinszorg de vrijgekomen functies moeilijk ingevuld, laat staan dat zij nog bijkomende capaciteit kunnen aanbieden. Sommige diensten voor gezinszorg stoten ook op hun urencontingent. Daarnaast zijn er ook organisatorische drempels zoals bereikbaarheid als dienst voor medewerkers, gegevensbescherming, arbeidsvoorwaarden, Om hiervoor oplossingen uit te werken, kijkt men naar een partnerschap met de overheid.

[Dienst voor gezinszorg]: “Het klopt dat men het beeld heeft dat de sector van gezinszorg onvoldoende flexibel is en onvoldoende continuïteit kan bieden. Enkele diensten hebben daarin de voorbije jaren een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Dat moet je eigenlijk ook geleidelijk aan doen. Want dat is ook voor medewerkers anders, naar de balans tussen werk en gezin. Maar wij merken dat daar niet louter naar capaciteit maar ook organisatorisch grenzen aan zijn. Dus we zitten nu nog in de fase van de verdere opbouw: nog meer weekendprestaties, feestdagen, avondprestaties, nachtprestaties. We zijn nog wat zoekend, maar sowieso gaan we daar botsen op capacitaire en organisatorische grenzen. Want de medewerkers die je 's avonds of 's nachts inzet, heb je minder beschikbaar voor de dagzorg. Dus waar ligt dan het evenwicht?”

[Dienst voor gezinszorg]: “Ik zie dat [omslag naar continuïteit en flexibiliteit] eigenlijk als een evolutief gegeven en ik vind dat heel belangrijk dat het beleid daarin een partner kan zijn. Dat je ook een keer als sector mag proberen en experimenten, om dan misschien te zeggen: “Zo ver kunnen we niet gaan.” Maar dat dat onbegrensde mogelijkheden zijn, dat is ook niet zo. Samen partner zijn en kijken: “Hoe kunnen we groeien in een aantal dingen? Hoe kunnen we grenzen verleggen? Wat moet daarvoor gebeuren? Welke voorwaarden moeten we creëren?” Dat partnerschap met de overheid is belangrijk. Een voorbeeld: als je meer volcontinu gaat werken dan moet je als dienst ook bereikbaar zijn voor je medewerkers. Het is uitdaging om dat op een kostenefficiënte manier te organiseren, [...] “Dus het is niet alleen capaciteit of arbeidsvoorwaarden, maar het is ook mee nadenken over die voorwaarden naar bereikbaarheid “Wat kunnen we daar als beleid voor doen?”. Ik denk dan aan wachtvergoedingen. Die zitten eigenlijk niet specifiek in onze subsidiëring voorzien. Maar naarmate dat je die 24u wil overbruggen, moet je ook steeds meer mensen van wacht laten staan. Terwijl je ook wil respecteren dat je medewerkers op bepaalde momenten niet beschikbaar zijn om te werken. Dat is allemaal moeilijk te organiseren op kleine schaal.” [...] “Wij zoeken daarin en het is daarin belangrijk om een overheid als partner te hebben. Want je kan dat niet allemaal in de huidige regelgeving steken en je kan ook niet onmiddellijk weten wat je nodig hebt als toekomstige regelgeving.”

Een samenwerking over organisaties heen werd tijdens de interviews als mogelijke oplossing naar voren geschoven om de continuïteit en flexibiliteit te garanderen. In sommige regio's gebeurt dit nu al voor de nachtzorg, maar dit kan nog verder doorgetrokken worden.

[Dienst voor gezinszorg]: “Wij werken daar ook wel samen met diensten gezinszorg. Daar zijn ook nog meer mogelijkheden op termijn bv. rond avondzorg, nachtzorg. Er zijn ook verschillende

samenwerkingsmodellen. Daar zijn nog iets meer mogelijkheden, maar waar dat je daar ook wel botst op grenzen zoals natuurlijk het feit dat het voor bepaalde mensen wel heel belangrijk is dat het niet voortdurend wisselende personen zijn. En op een bepaald moment bots je op wat dan goede zorg is en een goede zorgrelatie en kwaliteit van zorg. Dus ik denk dat we daar de handschoenen hebben opgenomen maar ook breder in de sector. Ook het beleid heeft daar nu wat meer mogelijk gemaakt nog door het plafond van de onregelmatige prestaties op te heffen.” [...] “Ik denk naar het beleid toe is het vooral belangrijk om daarover het gesprek aan te gaan en een partnerschap aan te bieden in die evolutie. Want nu zeggen van we hebben nog meer geld nodig of nog meer capaciteit. Meer capaciteit helpt altijd, maar uw arbeidsmarkt moet ook kunnen volgen. Dus ik denk vooral samen als partnerschap in die ontwikkeling staan, dat dat heel belangrijk is. Het overleg, sociaal overleg daarover. Je hebt de intersectorale akkoorden maar ook het paritair comité.” [...] “Een dienst kan het niet alleen dus het is voor ons ook wel belangrijk dat andere diensten ook mee op die kar springen. En proberen dat aanbod ’s avonds, ’s nachts mee te realiseren al is het soms op kleine schaal. We kunnen het niet alleen, de andere grote diensten kunnen het niet alleen maar als we samen dingen doen dan kunnen we meer. En samen hoeft daarom niet te betekenen dat je samen beheer doet want dat is ook veel werk, samen beheer. Maar bijvoorbeeld voor avondzorg waar dat wij een team hebben in de avondzorg staan wij ook open voor cliënten van andere diensten. En daar hebben we afspraken over in de sector. Dan zou het fijn zijn waar we geen team hebben maar een andere dienst een team heeft dat bijvoorbeeld een cliënt van ons daardoor dan kan geholpen worden. Die zorgvragen zijn niet voldoende groot om daar te schalen naar meerdere diensten op één terrein. Terwijl ik dat wel belangrijk vind dat je dat kunt blijven doen in de dagzorg bijvoorbeeld. Al is het ook maar naar draagkracht en toegang.”

In het kader van continuïteit wezen de respondenten ook op de verschillende wachtlijsten en capaciteitstekorten. Bij de verschillende betrokken stakeholders (toeleiders, reguliere ondersteuning, RTH-aanbieders en handicapspecifieke zorg via PVB) kan de ondersteuning niet altijd meteen opgestart worden.

[Toeleider]: “Inderdaad die flexibiliteit omdat vaak in die avonden of het weekend die hulp noodzakelijk is om bijvoorbeeld alleen te kunnen wonen. Waardoor de wens van de persoon niet kan doorgaan wanneer het aanbod er niet is. Dus het kan ook wel grote gevolgen hebben. En dan moet je inderdaad al meer gaan kijken naar die handicapspecifieke hulp. En dan zit je natuurlijk in het hele PVB-traject, met dan die wachtlijsten waardoor je dan natuurlijk een beetje vastloopt in die situaties ook.”

Sommige diensten voor gezinszorg die hun capaciteit nog willen uitbreiden botsen op het urencontingent. De gesubsidieerde uren worden door sommige diensten voor gezinszorg al volledig opgebruikt waardoor zij gedwongen worden om te gaan prioriteren. Zij kiezen er in die situaties vaak voor om iedereen een beetje te ondersteunen in plaats van bepaalde gebruikers te weigeren. Hierdoor zou de meerwaarde van gezinszorg voor een deel verdwijnen.

Naast de wachtlijsten en capaciteitstekorten bij de diensten (RTH, diensten voor gezinszorg) die ondersteuning kunnen bieden aan personen in PG3, stellen de respondenten ook heel wat vragen bij de prioriteitengroepen (wachtlijsten) voor het PVB. Zij vinden het niet kunnen dat personen met een handicap bepaalde ondersteuning waar ze nood aan hebben niet inroepen omwille van het financiële plaatje (betaalbaarheid en betaalbereidheid van de gebruikersbijdrage).

[Toeleider]: “Het is net omdat die ondersteuningsnood groot en intensief is [dat we een PVB aangevraagd hebben] maar als je niets hebt [PVB] dan moet je het doen met wat er wel bestaat en moet je via de reguliere. En dan zit je met dat knelpunt van: de nood is veel groter dan wat geboden kan worden. Maar als er niks geboden wordt dan wordt het probleem voor die cliënt alleen maar groter. “

Aangezien de geboden ondersteuning idealiter afgestemd is op de persoon, is er nood aan meer tijd en middelen. Middelen die er niet altijd zijn. Bepaalde respondenten, zoals in onderstaand citaat, maken dan ook de kanttekening dat er eerder gekeken moet worden naar het bijstellen van het verwachtingspatroon dan dat er gezocht moet worden naar bijkomende middelen.

[Vlaamse overheid]: “Het probleem zit bij de verwachtingen van personen met een handicap: door het PVB zijn de verwachtingen van gebruikers hoog. Ze zien dat bij PVB de persoon centraal staat, en alles op de persoon afgestemd wordt. [vragen bij haalbaarheid daarvan] Maar gezinszorg wilt iedereen helpen, en regelt hun werking zo zodat ze iedereen wat kunnen helpen. En dat komt dan minder passend of flexibel over en dat gaat voor spanning zorgen.” [...] [die ideeën] zijn als overheid moeilijk te veranderen. Maar we moeten de komende jaren de verwachtingen daarin gaan bijstellen. Als overheid hebben we daar een rol in: instantzorg voor iedereen is niet meer haalbaar. [...] [We moeten] in onze communicatie meer benadrukken dat in de huidige samenleving, waar veel zorg nodig is en we veel zorg geven... Dat er een spanningsveld ontstaat tussen de snelheid en de hoeveelheid zorg die aan iedereen geboden kan worden. De sterk gestegen vraag (door toenemende levensverwachting, meer complexe zorg, vaak chronische zorg, vraagverlegenheid is gedaald ...) terwijl het zorgpersoneel niet kan volgen.”

Doordat diensten niet altijd de nodige continuïteit en flexibiliteit kunnen bieden, zijn er weinig stimulansen om nog meer in te zetten op het bereiken van personen met een handicap.

Tot slot geven we in onderstaande tabel nog een samenvattend overzicht van de voorgestelde oplossingen, inclusief randvoorwaarden.

Tabel 18 Mogelijke aanbevelingen continuïteit en flexibiliteit van de dienstverlening door diensten voor gezinszorg

Voorgestelde oplossing	Toelichting	Randvoorwaarde(n)
Aanbod voor avonden, nachten en weekenden uitwerken	Als dienst voor gezinszorg zelf personeel zoeken dat tijdens de avonden, nachten en weekenden wil werken	Voldoende capaciteit Aangepaste arbeidsvoorwaarden Financiering voor medewerkers die permanentie/wacht doen
Samenwerken met andere diensten voor gezinszorg voor aanbod 's avonds, nachten en weekenden	Voor de ondersteuningsnoden 's avonds, tijdens nachten en in de weekenden samenwerken met andere diensten voor gezinszorg die wel personeel vinden voor deze shiften en voldoende urencontingent hebben	Gegevensdeling
Erkende PmH hun PVB bezorgen	Alle PmH van wie het PVB is goedgekeurd ook effectief hun PVB ter beschikking stellen zodat ze meer financiële middelen hebben om ondersteuning in te kopen	Voldoende capaciteit bij diensten voor gezinszorg zodat ze dan ook op de vragen kunnen ingaan
Urencontingent uitbreiden	Aantal gesubsidieerde uren voor diensten voor gezinszorg uitbreiden	Voldoende medewerkers om het uitgebreide urencontingent in te vullen
Verwachtingen temperen	Communiceren en eerlijk schetsen waarom bepaalde beleidskeuzes financieel niet mogelijk zijn	

Bron: van de auteurs

3.2.2.3 Financieel luik

Naast de beperkte kennis en competenties van medewerkers en de continuïteit en flexibiliteit van de zorg, speelt ook het financiële luik mee in het beperkte gebruik van diensten voor gezinszorg door PmH in PG3. De gebruikersbijdrage, is voor heel wat PmH in PG3 niet betaalbaar of er is geen betaalbaarheid. Hierdoor maken potentiële gebruikers geen gebruik van diensten voor gezinszorg, of beperken ze de ondersteuning die ze vragen.

[Dienst voor gezinszorg]: "Dat het soms financieel wel moeilijk draagbaar is of dat het niet transparant is dat het draagbaar zal zijn. Het is natuurlijk geen lage bijdrage. Soms is het een lage bijdrage maar dan hebben de mensen ook weinig middelen. Dus het is in verhouding tot het inkomen. We zijn daar als sector sterke voorstander van. Maar dat maakt naar toegankelijkheid dat niet zo helder is op voorhand van hoeveel gaat mij dat nu kosten. En dat maakt wellicht ook dat er een rem is als het wat meer intensief wordt. Want je kan wel zeggen: "Het is maar €5 per uur" maar als mensen intensieve zorg nodig hebben, meerdere keren per dag of meerdere keren per week dan is dat wel een eindfactuur op maandbasis. En dan wordt het misschien financieel moeilijker draagbaar tenzij ze dat dan vanuit een budget kunnen betalen." [...] "Je zou kunnen zeggen het is niet zo heel duur de gezinszorg maar je moet het natuurlijk bekijken in de totale uitgaven die mensen moeten doen en die ze moeten bekostigen met inkomen dat vaak bestaat

uit tegemoetkomingen en soms een bijkomend budget. Zo moet je het natuurlijk wel bekijken. Dus rond financiële draagkracht en ook hoe we daarover redeneren als samenleving en beleid dat is ook nog heel interessant, denk ik Ze hebben ook nog gezondheidszorg dat moet worden betaald.”

De terbeschikkingstelling van het PVB speelt hier een belangrijke rol aangezien deze de financiële draagkracht verhoogt. Personen uit prioriteitengroep 3 moeten echter nog lang wachten op de terbeschikkingstelling van hun budget, iets wat heel wat respondenten niet begrijpen.

[Universiteit/Hogeschool]: “Het is simpel: als je een recht toekent, voer het dan ook uit. Vergelijk het met de pensioenen: stel je even voor dat de nieuwe regering beslist: Het pensioen is ook een recht, maar we gaan het toekennen in functie van het budget dat we beschikbaar hebben. En diegene die in de laagste prioriteitengroep vallen die zullen nog wat langer moeten werken want ze hebben geen pensioen. Het land zou ontploffen, maar voor deze doelgroep [personen met een handicap] blijkt dat aanvaardbaar. Dus het toekennen van het recht [op persoonsvolgende budget] is voor mij prioriteit nummer 1.”

[Toeider]: “Schrijf het maar op, maar ik weet dat het een utopie is. Een open-end financiering voor mensen met een handicap voor ondersteuning. Dat betekent dan dat er geen prioriteitengroepen meer zijn en dat mensen die handicapspecifieke en intensieve ondersteuning nodig hebben dat ook kunnen krijgen.”

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: “Ik hoop dat de regering iets gaat doen aan de wachttijden van prioriteitengroep 3 en prioriteitengroep 2. Prioriteitengroep 1 valt mee maar prioriteitengroepen 2 en 3 is nog lang wachten. Ik hoop dat de regering daar wat prioriteit aan geeft.”

[Toeider]: “Het echte droomscenario rond heel het PVB-verhaal is natuurlijk de prioriteitengroepen wegwerken. Ik denk dat dat een droom is van heel veel mensen. Realistisch is het helaas niet. Maar ik denk dat dat al wel heel veel zou doen. Dat zou al een grote hulp zijn.”

Er bestaan nog andere premies en tegemoetkomingen die de financiële last een beetje kunnen verlichten, maar deze rechten worden onvoldoende verkend en/of te weinig uitgeput. Daarnaast maakt de veelheid aan mogelijke premies en tegemoetkomingen het voor het begeleidend personeel van de diensten voor gezinszorg (die de intakegesprekken doen, waarin de gebruikersbijdrage besproken wordt) soms moeilijk om een volledig overzicht te behouden van de mogelijke financiële ondersteuning. Bepaalde respondenten zien dan ook mogelijkheden in een automatische rechtentoekenning.

[Toeider] “Ik merk ook wel bij het financiële luik dat er inderdaad nog wel weinig kennis is van welke tegemoetkomingen men allemaal kan combineren samen. Er zijn toch wel een aantal combinatiemogelijkheden mogelijk maar daar zijn de hulpverleners niet altijd van op de hoogte, ook bij OCMW 's. En ik vind dat wel jammer want dan lopen de mensen wel financiële tegemoetkomingen mis omdat die niet worden aangevraagd omdat men eigenlijk denkt dat men er geen recht op heeft of dat men het niet kan combineren.” [...] “Want je hebt premies die je moet aanvragen bij de Vlaamse overheid, premies die je kan aanvragen bij de federale overheid en dat maakt het voor mensen niet gemakkelijk. Het overzicht is een beetje zoek met die opsplitsing.”

[Universiteit/Hogeschool]: “Ik denk inderdaad premies of tegemoetkomingen, ook bv. het sociaal tarief voor elektriciteit en gas, ik denk dat er heel veel mensen daar nog recht op hebben maar nog geen beroep op doen omdat ze het gewoon niet weten. En de leveranciers van de elektriciteit en gas gaan dat ook niet aan de grote klok hangen of die gaan u niet contacteren. Opnieuw, men weet wie de mensen met een beperking zijn, die zijn nationaal geregistreerd, je zou de

informatieplicht kunnen omkeren. Dat mensen die rechten hebben dat die, zeker in die doelgroep van mensen met een beperking, automatisch hun recht kunnen uitputten. En dat het niet aan hen is om die aanvraag te doen, maar dat de overheid dat moet in orde brengen. Ik neem aan dat je een aantal informatie-elementen moet verzamelen om het recht te krijgen, maar dat de initiatie van het proces minstens door de overheid of de betrokken diensten gebeurt. Maar dat er iemand, en niet de persoon met een handicap, verantwoordelijk is om dat proces in gang te zetten.”

[Toeleider]: “Die kostprijs. Het feit dat je wel merkt dat personen met een handicap vaak gewoon al meer kosten hebben en dat het zonder PVB vaak financieel niet mogelijk is om die hulp in te schakelen. Terwijl het dikwijls uit een noodzaak is en niet persé vanuit een luxe-hulp. Dat het echt is van het is de enige manier om kwaliteitsvol zelfstandig te kunnen leven. En het is jammer dat dat zo’n drempel moet zijn dus het zou natuurlijk mooi zijn mocht dat financiële aspect niet bepalen of dat er iemand wel of geen ondersteuning kan krijgen. Ze hebben vroeger de BOB in het leven geroepen om daar een stukje in tegemoet te komen. Op zich vind ik dat wel een positief verhaal. Al merk ik in de praktijk dat dat misschien niet altijd de juiste mensen bereikt. Of de mensen die er ook nood aan hebben dat zij er geen recht op hebben op dat zorgbudget, de oude BOB van vroeger. Terwijl dat vaak door die €300 per maand ze dikwijls misschien al wel de hulp zouden kunnen inkopen die nodig is ten gevolge van hun handicap.” [...] “Je hebt natuurlijk het zorgbudget zwaar zorgbehoevenden maar we merken dat personen met een handicap of personen zonder netwerk daar wel dikwijls uit de boot vallen. Of mensen die de hulp nog niet toelaten, die dan zagezegd alles nog zelfstandig doen. Waarbij dat je merkt dat die dan geen recht hebben op het zorgbudget terwijl dat dat eigenlijk net wel een heel grote hulp zou zijn voor die mensen. Dus ik denk dat dat ook een beetje een moeilijk verhaal is. Personen met een handicap is vaak een doelgroep die daar ook wel uit de boot valt en die daar hun rechten verliezen terwijl dat die nood er zeker wel is.”

Hierbij aansluitend kan een deel van de gevraagde handicapspecifieke ondersteuning opgevangen worden door RTH, maar ook de RTH-punten worden niet door iedereen ingezet. Hiervoor wijzen de respondenten naar verschillende redenen: niet iedereen heeft weet van de mogelijkheden van deze punten en niet alle PmH die hun punten willen gebruiken kunnen een beroep doen op RTH-aanbieders. Bepaalde aanbieders zijn immers overbevraagd. De wijze van financiering, een enveloppefinanciering van de subsidiërende overheid aan erkende RTH-aanbieders, maakt dat aanbieders die hun subsidie reeds volledig opgebruikt hebben geen bijkomende ondersteuning kunnen bieden. Bepaalde respondenten vragen zich in dit kader af of er efficiëntere manieren zijn om de middelen (voor RTH en PVB) in te zetten, bv. flexibele toekenning van PVB. Ook dit moet men volgens de respondenten durven bekijken.

[Toeleider]: “Ik denk ook een stuk die flexibele PVB. Want nu is het een vraag stellen, op de wachtlijst staan en tegen dat het budget er is, is die vraag al veranderd. Maar er is ook weinig flexibiliteit. Bij het ondersteuningsplan was die vraag er niet maar ze merken, bv. ze woont alleen, er is toch nog nood aan extra hulp maar eigenlijk kan je het niet meer aanpassen want ze vliegen dan weer helemaal vanachter op de wachtlijst. Of als het budget er is, merken van het is toch te weinig. Ja, wetende dat die vraag bijna nutteloos is om te stellen want er is al budget dus tegen dat er nog budget gaat zijn... Terwijl dat ik denk dat dat wel iets is waar dat er wel heel veel winst kan met gemaakt worden. Sowieso omdat het PVB veel correcter gaat zijn voor de mensen als die flexibiliteit er is: als het goed loopt en er is minder hulp nodig dan hebben ze minder PVB nodig en is het even moeilijker dan kan er tijdelijk iets meer PVB en iets meer hulp.”

[Vergunde zorgaanbieder]: “Een goed flexibel systeem dat mensen die echt een terechte vraag hebben of als iemand mentaal of fysiek achteruitgaat. Er zou een flexibel systeem moeten zijn in beide richtingen, zowel verlagen als verhogen van de budgetten [PVB].” [...] “Voor mensen in prioriteitengroep 3 die waarschijnlijk een minder dringende vraag hebben, zou je toch een systeem moeten hebben dat je toch via RTH-punten al wel iets kan betekenen voor die mensen. Maar dan moet je de subsidiëring van de voorzieningen ook anders gaan aanpakken. Dan moet je misschien loskomen van de erkenning en moet je als overheid zeggen er zijn middelen om 10 000 RTH-punten toe te kennen en het is om het even welke voorziening die ondersteuning biedt. Je kan niet zeggen iedereen die een vermoeden van handicap heeft, krijgt 8 punten. Dat gaat niet. Dat is open financiering, dat lukt niet.”

[Universiteit/Hogeschool]: “En ook dat RTH-verhaal, voor zover ik het begrijp, die RTH-punten is een beetje een pervers systeem. In die zin dat mensen RTH-punten krijgen maar de voorzieningen en de diensten die die mogen inzetten die kunnen die niet invullen omdat ze geen punten hebben. Ze geven u [als PmH] geld maar met dat geld kan je niks kopen want er is niemand die dat geld in ontvangst kan nemen. Dus daar zit ook een fundamenteel probleem. Mensen hebben als ze een handicap hebben automatisch recht op RTH-punten, maar ze kunnen ze nergens inzetten.”

[Vergunde zorgaanbieder]: “In die zin is RTH voor veel mensen een heel goede manier om al een stukje zorg te krijgen.” [...] “RTH is een prachtig systeem maar als de voorzieningen niet de middelen hebben om dat in te zetten...”

[Vergunde zorgaanbieder]: “De realiteit bij de RTH-diensten is dat doordat men nog dient te werken in een erkenningsstelsel, dus wanneer de erkenning opgebruikt is en het aantal begeleidingen dat je kan waarnemen, dan zit je geblokkeerd. Er is geen open-end situatie zoals er eigenlijk met PVB wel is.” [...] “Mensen komen op wachtlijsten terecht en moeten dikwijls 2 jaar wachten op RTH. Als er een beleidsaanbeveling zou zijn naar het VAPH, zou ik zeggen: maak dat RTH-diensten de ruimte hebben om cliënteel te begeleiden en zonder implicaties eigenlijk.” [...] “Het zou zo moeten zijn dat RTH-diensten zonder erkenning moeten kunnen werken en dat men als men mensen kan begeleiden dat men kan voortdoen en als er mensen zijn die vragen hebben. Maar het is altijd hetzelfde verhaal dat men vreest dat dat budgettair zal ontsporen en men zet er dan die stop op. Dat is erg jammer want RTH en op die manier begeleiden geeft aan zeer veel mensen eigenlijk de gepaste ondersteuning.”

In de volgende tabel geven we een samenvattend overzicht van de voorgestelde oplossingen, inclusief randvoorwaarden.

Tabel 19 Mogelijke oplossingen financiële luik

Voorgestelde oplossing	Toelichting	Randvoorwaarde(n)
<i>Op korte termijn</i>		
Bekijken of de middelen voor handicapspecifieke zorg efficiënter ingezet kunnen worden	Durven kijken of het geld dat nu beschikbaar is voor RTH en PVB op de meest efficiënte manier wordt ingezet	
Ruimere rechtenverkenning (premies en tegemoetkomingen)	Systematischer de rechten van de persoon verkennen en aanvragen	Kennis van begeleidend personeel van mogelijke premies en tegemoetkomingen of van organisaties (DMW) waarnaar ze PmH kunnen doorverwijzen om hen hierbij te helpen
Automatische rechtentoekenning (premies en tegemoetkomingen)	Zorgen dat PmH automatisch hun rechten (premies en tegemoetkomingen) krijgen zonder dat ze dit zelf moeten aanvragen	
<i>Op lange termijn</i>		
Open-end financiering bij RTH	Open-end financiering in plaats van een gesloten enveloppe voor RTH-aanbieders	
Meer PVB ter beschikking stellen	Alle PmH van wie het PVB is goedgekeurd ook effectief hun PVB ter beschikking stellen	
Flexibele toekenning PVB	Op momenten dat ondersteuning dringender of intensiever is, meer PVB geven en minder PVB op momenten dat het goed loopt en minder ondersteuning nodig is	

Bron: van de auteurs

3.2.2.4 Kennis van het aanbod van toeleiders en diensten voor gezinszorg

De respondenten onderschrijven het feit dat het aanbod van de toeleiders en van de diensten voor gezinszorg vaak onvoldoende gekend is bij heel wat potentiële gebruikers, o.a. PmH en hun naasten, en externe professionals. Ze weten niet (zo heel goed) dat de diensten een bepaald aanbod hebben naar personen met een handicap. Daarnaast heeft men vaak een verkeerd beeld van de toeleiders en de diensten voor gezinszorg. Bijgevolg ontstaan er foutieve verwachtingen over wat de toeleiders en de diensten voor gezinszorg al dan niet doen, zowel in de positieve zin (een overschatting) als in de negatieve zin (een onderschatting). Dit leidt tot frustraties en ongenoegen.

Daarbij aansluitend geeft men aan dat het aanbod van de RTH-aanbieders niet altijd gekend is. De PmH en diens netwerk weet vaak niet dat de RTH-punten ingezet kunnen worden om aan een deel van de ondersteuningsnaden tegemoet te komen, maar ook de diensten voor gezinszorg zelf maken slechts in beperkte mate gebruik van de ondersteuningsmogelijkheden bij specifieke cases (bv. outreach door een RTH-aanbieder).

Tabel 20 geeft een overzicht van de oplossingen die de respondenten naar voren schoven om de kennis over het aanbod te versterken. We maken hierbij een onderscheid tussen oplossingen op korte termijn en op lange termijn. Merk op dat deze veranderingen enkel kunnen plaatsvinden wanneer de toeleiders en de diensten voor gezinszorg voldoende gekwalificeerd personeel hebben en hun urencontingent nog niet volledig opgebruikt is. Indien hier niet aan voldaan wordt, heeft het volgens de respondenten namelijk geen zin om in te zetten op het verhogen van de kennis rond hun aanbod.

[Vergunde zorgaanbieder VAPH] "Ik weet niet hoe hoog dat de druk daar is bij diensten voor gezinszorg, maar dat is natuurlijk ook iets dat in het achterhoofd moet gehouden worden. Als daar een extra druk op wordt gelegd, gaan die dat effectief wel kunnen waarmaken. Want anders hebben we een vangnet dat eigenlijk geen vangnet is."

Tabel 20 Mogelijke oplossingen voor het tekort aan kennis over het aanbod van de organisaties

Voorgestelde oplossing	Toelichting	Randvoorwaarde(n)
Essentiële randvoorwaarden: Voldoende capaciteit (urencontingent en personeel)		
<i>Op korte termijn</i>		
Voorstellen van de eigen werking bij andere organisaties en/of aanbod bekend maken tijdens vergaderingen van bestaande overlegorganen	Als toeleider of dienst voor gezinszorg je werking gaan voorstellen tijdens overlegorganen of bij andere organisaties uit de buurt zodat zij het aanbod van de organisatie kennen	Met de andere organisaties in contact komen. Tijd krijgen van je organisatie (en de subsidiërende overheid) om te gaan netwerken Platform nodig waar je kan gaan netwerken (mogelijke piste: via eerstelijnszone (ELZ))
Communicatiecampagne van diensten voor gezinszorg via verschillende kanalen	Een communicatiecampagne opstellen waarmee het aanbod van de diensten voor gezinszorg breed verspreid wordt bv. filmpjes, blogs, podcasts, brochures bij vergunde zorgaanbieders, OCMW, thuiszorgwinkel, bibliotheek, scholen, ... Deze communicatie moet voldoende persoonlijk zijn, zodat mensen met een handicap en hun naasten zich aangesproken voelen. Hierbij moet aandacht zijn voor de gebruikte foto's	Voldoende kennis, competenties en ervaring met de doelgroep PmH
Diensten voor gezinszorg in brief beslissing PVB	In folders en brieven die verstuurd worden in het kader van de beslissing rond het PVB reguliere diensten zoals diensten voor gezinszorg ook opnemen als één van de mogelijkheden ter ondersteuning	Samenwerking/overleg over de sectoren heen Moet gelezen worden door PmH en naasten
Diensten voor gezinszorg ter sprake brengen op verschillende momenten	Diensten voor gezinszorg voorstellen en ter sprake brengen op verschillende plaatsen en momenten (bv. bij ophalen parkeerkaart, contact met OCMW, ziekenhuis, huisarts,	Voldoende kennis van het aanbod van diensten voor gezinszorg bij de organisaties die diensten voor gezinszorg ter sprake brengen

	maatwerkbedrijven, afstudeermoment buitengewoon onderwijs...)	
Proactief contacteren van PmH	Opbellen van PmH om proactief het aanbod van diensten voor gezinszorg voor te stellen (= persoonlijke aanpak)	Voldoende tijd en personeel om telefonische contact te leggen Inzage in welke PmH een ondersteuningsnood hebben die (deels) ingevuld kan worden door diensten voor gezinszorg
Sociale kaart met zoekfunctie	Een goede algemene sociale kaart of zorgwijzer waarbij je op basis van zoektermen bij de juiste diensten terecht komt	
<i>Op lange termijn</i>		
Centraal aanspreekpunt/loket voor PmH	Een centraal en overkoepelend punt maken waar de PmH met al zijn ondersteuningsvragen terecht kan en waar men meezoekt naar de meest geschikte dienst of doorverwijst	

Bron: van de auteurs

Op korte termijn kunnen er verschillende acties ondernomen worden om het aanbod van de toeleiders en de diensten voor gezinszorg (beter) bekend te maken. Die acties richten zich best zowel tot potentiële gebruikers als tot andere organisaties uit de buurt. Zo kunnen de toeleiders en de diensten voor gezinszorg de eigen werking gaan voorstellen bij andere organisaties. Bij iedere organisatie apart langsgaan, is volgens sommige respondenten echter te tijdsintensief. Verschillende respondenten zien dan ook een mogelijke rol weggelegd voor de eerstelijnszone (ELZ), die een platform voor netwerking kan bieden. Bepaalde respondenten halen ook aan dat voor professionelen een sociale kaart met zoekfunctie helpend kan zijn.

[Toeleider]: "Misschien is dat wel iets binnen de eerstelijnszone, want uiteindelijk is dat dan waar alle welzijnsdiensten e.d. zijn, wat niet slecht is om niet enkel dienst gezinszorg en DMW maar eigenlijk ook een stukje breder te gaan bekijken. Misschien is dat wel iets om een keer een stuk duidelijk het aanbod te gaan toelichten en concrete vragen te stellen."

[Vergunde zorgaanbieder]: "Ik denk een werkgroep rond zorg voor personen met een beperking opstarten met verschillende stakeholders [binnen de ELZ]. En dan kijken hoe kunnen we elkaars werking leren kennen eerst. En dan hoe kunnen we elkaar versterken want we hebben mekaar nodig." [...] "De eerstelijnszones lijken mij daar goede structuren voor te zijn omdat daar al die actoren samenkomen. Ik denk dat dat de sleutel kan zijn om samen te werken. Dat is eigenlijk ook het enige overleg, denk ik, waar handicapspecifieke kennis en alle andere zorgen die in de 1^{ste} lijn gebeuren samen vertegenwoordigd zijn."

[Toeleider]: "Wat we nu net zeiden is van die mensen van diensten voor gezinszorg sluiten aan om het aanbod te leren kennen, maar het omgekeerde is minstens even zinvol: dat zij dan in zo'n eerstelijnszone hun aanbod een keer kenbaar maken. Dat is, denk ik, beter dan dat ze rondgaan in de verschillende diensten want dat is veel tijdsintensiever. Terwijl in een eerstelijnszone is er dan direct ook een aanspreekpunt. Stel dat jij in Turnhout werkt en je sluit aan bij de eerstelijnszone van Turnhout dan weten ze dat was X van bv. Familiehulp die dat ik de volgende keer kan contacteren want ze heeft daar iets verteld... Maar dan heb je per regio één gezicht

eigenlijk als aanspreekpunt of stel dat er toch iets niet duidelijk was rond het aanbod dat men kan terugbellen van ik heb die cliënt klopt het dat die hulp van bij jullie zou kunnen krijgen of niet.”

[Dienst voor gezinszorg]: “Idealiter ken je dan ook een aantal mensen in het netwerk en dan begint het goed te gaan. Nu rond dat elkaar kennen, elkaar ontmoeten, heb je het casusniveau maar heb je ook de gelegenheid binnen de eerstelijnszones. Dus alleen moeten ze daar dan ook tijd voor maken om af en toe eens naar een overleg of een vergadering of een toelichting te gaan en daar ook in het netwerk de mensen te treffen los van casussen en cliëntsituaties.”

[Vergunde zorgaanbieder]: “In gesprek gaan met elkaar. Ik denk zeker binnen de eerstelijnszone gaan kijken van wie zijn onze directe partners hier in de buurt. En gewoon op bezoek gaan bij elkaars opendeurdagen, een keer elkaar uitnodigen in de werking, een rondleiding doen bij elkaar, een voorstelling van elkaars manier van werken. Dat vind ik zeer zinvol en dat is niet zo moeilijk te organiseren.” [...] “Goede websites zodat je bij elkaar al eens kan snuisteren van wat heeft men te bieden. Ik denk ook een goede algemene sociale kaart of zorgwijzer of wat er ook allemaal al is. Dat je op basis van zoektermen ook bij de juiste diensten terecht komt.”

Maar ook naar de potentiële gebruikers toe kan er (extra) communicatie opgestart worden. De diensten voor gezinszorg kunnen in hun communicatie de doelgroep van personen met een handicap explicieter benoemen, zowel inhoudelijk als in hun beeldmateriaal. Communicatie die voldoende persoonlijk is en afgestemd is op de doelgroep van PmH maakt het voor potentiële gebruikers gemakkelijker om de vertaalslag naar de eigen situatie te leggen. Zij zullen zich, volgens de respondenten, hierdoor sneller aangesproken voelen. Het is belangrijk dat deze communicatie zeer breed en via verschillende kanalen gebeurt om zoveel mogelijk PmH en hun naasten te bereiken. Bepaalde respondenten halen ook aan dat persoonlijke communicatie belangrijk is bij PmH, namelijk het proactief opbellen van PmH.

[Vlaamse overheid]: “Op korte termijn denk ik, is dat persoonlijk contact hetzij door een toeleider, hetzij door een DOP die een plan maakt maar evengoed een dienst gezinszorg zelf. Ik denk dat we dat aanbod bij de persoon met een beperking persoonlijk moeten brengen en afstemmen i.p.v. via mediacommunicatie zoals mails, folders en dergelijke meer. Ik denk dat dat een heel belangrijke is.” [...] “Natuurlijk dat heeft ook met mankracht of vrouwkracht te maken in hoeverre je dat kunt en VTE kan opzetten om die persoonlijke contacten te maken.”

Naast de toeleiders en de diensten voor gezinszorg zelf, kunnen ook andere officiële instanties hierin een rol opnemen. Het VAPH kan in de briefwisseling omtrent de beslissing rond het PVB de reguliere diensten, o.a. diensten voor gezinszorg, opnemen als mogelijke ondersteuning. Maar ook bij andere contacten met PmH, zoals afspraken bij het OCMW, aanvragen gemeentelijke mantelzorgpremie..., kunnen verschillende organisaties de diensten voor gezinszorg ter sprake brengen.

[Vlaamse overheid]: “Als we zouden weten welke zorgnood er juist is, dan zouden we in de beslissingsbrief van het VAPH bijvoorbeeld de dienst voor gezinszorg als normaal, regulier circuit kunnen aanbieden. Het verrast me langs de ene kant wel, maar langs de andere kant weer niet, omdat er weinig structurele samenwerking is. Maar als je standaard in de beslissingsbrief zou noteren: “We hebben een circuit en je kan RTH... En je kan daar en daar terecht. Weet ook dat je bij de reguliere thuiszorgorganisaties zoals [en ze dan nominaal opnoemen].” Dat zou eigenlijk toch wel kunnen. Dat verrast me misschien weer wel, dat we zelfs daar nog moeten mee beginnen. Dat hokjes denken en dat heel segmentair denken ...”

Op lange termijn dromen sommige respondenten van één centraal aanspreekpunt waar PmH met al hun ondersteuningsnoden terecht kunnen. Afhankelijk van het type nood wordt dan doorverwezen naar respectievelijk reguliere diensten, o.a. de diensten voor gezinszorg, of de meer handicapspecifieke ondersteuning.

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: “Vooral een gecoördineerd zorgaanbod dat mensen die met een vraag zitten ergens op één centraal punt terecht kunnen. En van daaruit geholpen worden door mensen die een zeer brede blik hebben op het zorglandschap. Je hebt hier en daar al zorgloketten in bepaalde gemeentes. Waar sommige zorgvoorzieningen een aantal uren in investeren samen met een woonzorgcentrum, OCMW en samen een loket vormen waarbij dat mensen die daar terecht komen op het juiste pad geholpen worden. Het feit dat iemand met een zorgvraag nu een ongelofelijk zoekproces moet doorlopen van: “Waar moet ik mijn vraag gaan stellen?”. Men zou moeten terecht kunnen bij één bepaalde plaats binnen de gemeente en die zouden u dan op weg moeten kunnen helpen.” [...] “[Zij moeten] zicht hebben op [het zorglandschap in de buurt] maar eventueel dat loket open houden met verschillende diensten die elk vanuit hun hoek expertise brengen en dan moeten zij gewoon elkaars werking kennen.”

3.2.2.5 Afstemming/samenwerking/coördinatie

Een thema dat heel wat raakpunten heeft met de voorgaande thema's is samenwerking. Heel wat van de grotere diensten voor gezinszorg zetten hier reeds op in. Zij hebben voornamelijk samenwerkingen met vergunde zorgaanbieders, en soms in kader van continuïteit en flexibiliteit van zorg (bv. avond-, nacht- en weekenduren) ook met andere diensten voor gezinszorg. Respondenten zien een duidelijke meerwaarde in samenwerking om hun aanbod bekend te maken aan elkaar, om opleiding/vorming/training te organiseren en samen de zorg en ondersteuning voor PmH op te nemen. Hierop mag dan ook nog verder ingezet worden met de nodige ondersteuning vanuit het beleid om samenwerkingen mogelijk te maken.

[Dienst voor gezinszorg]: “We werken samen op organisatieniveau met VAPH vergunde zorgaanbieders maar ook eigenlijk op dat individuele casusniveau wordt er multidisciplinair samengewerkt. Ook het gaan werken met outreach bijvoorbeeld is één van de dingen waar we wel actief rond zijn.”

[Toeleider]: “... dat je die complementariteit kan versterken. Want ik weet wel dat er wat trajecten zijn waarbij RTH betrokken zijn en waar dat ook gezinszorg komt. Wij adviseren dan ook die twee, of we zetten ook stappen naar die twee. Net omdat die een heel andere insteek hebben. Je moet die RTH-partner niet gaan vragen om te poetsen, maar die gaat dan bijvoorbeeld die cliënt, als het iemand jonger is, leren om de was te doen. “In hoeveel stapjes kan ik het opdelen zodat je dat binnen twee jaar zelfstandig kan?”. Dat moet je niet vragen aan een dienst voor gezinszorg, die moeten die wasmachine gewoon insteken. Ik denk dat daar voor de verzorgenden ook dikwijls een frustratiemoment bij zit, want de cliënt die wil dingen leren, die wil vooruitgaan en soms lukt dat niet en wordt die kwaad. Maar het gaat dan niet over “ik ben kwaad op u” [op de verzorgende] maar “Ik ben kwaad op mezelf en mijn handicap dat het niet lukt”. Maar als je niet opgeleid bent om met zo'n problematieken om te gaan, dan neem je dat persoonlijk en dan zie je het niet meer zitten om de volgende keer terug te gaan.”

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: “Wij hebben ook wel binnen onze organisatie een mobiele thuisbegeleidingsdienst, handicapspecifieke ondersteuning. En die mensen hebben ook heel vaak samenwerkingen met die thuiszorgdiensten. En daar is er dan wel weer terug meer onderlinge

communicatie.” [...] “Soms is via mail voldoende en soms wordt er eens een overleg gepland met de verschillende partners. Dikwijls is de huisarts daar dan ook bij aanwezig.”

[Universiteit/Hogeschool]: “Samenwerking tussen diensten voor gezinszorg en voorzieningen is een ander alternatief. Als er daar over de muren heen: VAPH en diensten voor gezinszorg als die zouden kunnen gaan samenwerken en ik heb een dienst voor gezinszorg die iemand wil gaan helpen maar die heeft de mensen niet en de capaciteiten niet maar de VAPH-voorziening heeft die wel en zit hier ook in de buurt, kunnen die dan niemand ter plaatse sturen? Hoe dat dat dan onderling geregeld moet worden? Maar dat soort samenwerkingsvormen is misschien een manier om de expertise die er aan de ene kant is en misschien af en toe ook de capaciteit in te zetten. Want een aantal voorzieningen kampen vandaag met leegstand omwille van de budgetten die er niet zijn.” [...] “Misschien die expertise die er dan is, kan die ingezet worden via een ander kanaal [ondersteunen PmH thuis zoals diensten voor gezinszorg] maar dan moet de financiering volgen natuurlijk.”

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: “Ik denk misschien dat voorzieningen soms ook nog beter met elkaar kunnen samenwerken. Dat misschien zo’n diensten gezinszorg ook wel eens informatie aan ons kunnen komen vragen van kunnen jullie eventueel een opleiding rond dat eens komen geven bij ons. Wij hebben zoveel kennis dat er misschien wat meer overdracht is tussen verschillende voorzieningen en zorginstellingen. Dat denk ik dat al mooi zou zijn.”

De respondenten wijzen er echter op dat er nood is aan meer afstemming of coördinatie. Volgens de respondenten kan de zorg voor de gebruiker niet gedragen worden door één enkele organisatie, het is een gedeelde verantwoordelijkheid. Ze verwijzen in dat verband naar de concepten van “geïntegreerde zorg” en “zorgcoördinatie”. Daarbij is opvolging ook een belangrijk gegeven, wat een rol kan zijn van een zorgcoördinator.

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: “Ik denk een betere geïntegreerde samenwerking tussen thuiszorgdiensten en VAPH. Dat gaat de toekomst zijn. Ik denk dat de sleutel daarvoor in de eerstelijnszone ligt. Ik denk aan een werkgroep rond zorg voor personen met een beperking opstarten met verschillende stakeholders. En dan kijken hoe kunnen we elkaars werking leren kennen eerst. En dan hoe kunnen we elkaar versterken want we hebben mekaar nodig. En meer en meer gebeurt zorg in de eigen omgeving, in de eigen context zowel voor ouderen als voor personen met een beperking. En dat is goed maar daar moet dan ook gekeken worden naar kwaliteitsvolle zorg. Nu kom ik in veel situaties waarvan ik denk, die mensen wonen thuis maar dit is niet kwaliteitsvol.”

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: “Samenwerking over de beleidsdomeinen heen mits een goede zorgcoördinatie. We hebben ook al situaties meegemaakt waarbij er 7-8-9 hulpverleners in een gezin komen waardoor mensen niet meer van elkaar weten waarmee ze bezig zijn.”

[Vlaamse overheid]: “Dan is dat inclusief, net zoals we bij het onderwijs daarnaar gaan. Maar hier in de zorg is het nog te fragmentair. En idealiter is dat over 10 jaar toch wel op één of andere vorm toch wel heel erg geconnecteerd met elkaar. Het is ook een en-en-verhaal. Idealiter, de dienst voor gezinszorg gaat dat niet uitsluitend doen want sommige handicaps zijn zo specifiek dat er toch wel hulpmiddelen nodig zijn bijvoorbeeld of dat er RTH kan gevraagd worden of dat er een PVB is waar dat hij toch wel zelf nog andere dingen mee kan kiezen dan het regulier circuit. Maar het is geïntegreerd in het zorgaanbod van de persoon met een beperking, idealiter binnen 10 jaar.”

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: Zorgcoördinatie ook want dat is ook een belangrijk iets dat nu niet gebeurt. Elke dienst komt daar alleen, er ligt wel een schriftje van wat er gedaan wordt maar hoe zorg je ervoor dat de zorg geboden wordt die nodig is voor die persoon. Iedereen heeft zijn eigen taken maar er wordt niet nagedacht is dat nu het beste? Ik denk dat de coördinatie ontbreekt. Soms is het de huisarts die mensen met elkaar in verbinding brengt, maar eigenlijk hebben die ook de tijd daar niet voor. Wij hebben nu een dossier lopen met een zeer zwaar aangedane dame waarbij er wel een zorgcoördinator op een multidisciplinair overleg aanwezig is en ik denk dat dat wel nodig is. Dat kan dan vanuit de thuiszorg zijn, vanuit een DMW, vanuit onze dienst die als zorgcoördinator wordt aangesteld. Het is gelijk wie dat doet maar als er iemand de zorg coördineert dan gaat er toch wel meer afstemming zijn. En die ook opvolgt, wordt er uitgevoerd wat er op een overleg is afgesproken. Als er een probleem is, is dat degene die gecontacteerd wordt want mensen evolueren. Heel lang wordt een negatieve evolutie gewoon aangenomen zonder dat er stappen gezet worden, maar op een bepaald moment lukt het niet meer en dan is het crisis. Maar als je af en toe een keer met de zorgcoördinator zou kunnen samenzitten en kan zeggen van dat loopt precies niet meer goed. Zo'n zaken gaat ook veel problemen vermijden, denk ik."

[Dienst voor gezinszorg]: "Wij zien dat [het multidisciplinair zorgoverleg] natuurlijk als een sterke hefboom om goede zorgplanning te maken en goede afspraken te maken." [...] " en ook om te weten wat is belangrijk omdat wij net niet vanuit die therapeutische doelstellingen werken maar wel wat is belangrijk en dat dat mooi afgestemd raakt. Maar zeker ook met de gebruiker, dat is wel essentieel. Dat die daar in de mate van het mogelijke zelf bij is of zijn vertegenwoordiger en zijn netwerk. Maar goed dat is een goede praktijk in de 1^{ste} lijn. Daar zou de overheid ook nog wel kunnen versterken." [...] "Daar denk ik dat zou versterkend kunnen zijn. Waarbij ik niet wil zeggen dat dat een soort systematiek zou moeten zijn die dan eigenlijk niet kostenefficiënt is. Wel dat je het kan benutten als je als responsabele zorgcirkel samen overeenkomt dat het belangrijk is. Want mensen hebben toch te weinig tijd dus ze gaan dat niet benutten als ze dat niet zinvol vinden. Dus ik zou daar veel vertrouwen en verantwoordelijkheid durven geven aan de betrokken, maar hen wel ondersteunen om de financiering daarvoor gemakkelijk te maken."

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: "Eventueel iemand die het zorgtraject blijft opvolgen en die als je een vraag hebt samen kijkt van waar kunnen we een oplossing vinden voor uw probleem en die u in dat zoekproces ook niet loslaat. Niet van het is niet voor ons dus ik verwijs u door naar de volgende en neem uw zorgvraag mee en die zegt dat is ook niet 100% voor ons en ik stuur u terug door. Het zou wel handig zijn als je iemand hebt die het ganse zorgproces begeleidt en daarom niet zelf de zorg opneemt maar wel constant kijkt van waar kunnen we terecht met die zorgvraag, kunnen we zorgen dat er geen breuken zijn in de zorg. Een buddy die het blijvend opvolgt. Ook als gezinszorg ondersteuning opstart en het blijkt moeilijk te gaan en er is nood aan een stukje handicapspecifieke ondersteuning dan is het in de praktijk, denk ik, vaak dat gezinszorg dat zegt van nu is het handicapspecifiek en is het niet meer voor ons. En omgekeerd ook. Ik denk dat het goed zou zijn als er iemand is die dat niet loslaat en dat proces blijft opvolgen ook al wordt er overgegaan naar een andere sector of een andere vorm van ondersteuning. "

Op de weg naar zulke geïntegreerde zorg zien zij verschillende tussenstappen: je moet elkaar kennen, je moet gaan samenzitten en informatie delen. Daarnaast is het belangrijk om expliciet een coördinator aan te duiden. Het zorgt immers voor veel onduidelijkheid als je in het midden laat wie de verantwoordelijke voor de coördinatie is. De respondenten zien hier een belangrijke taak weggelegd

voor de eerstelijnszones. Zij hebben recent de taak gekregen om ook de sector van personen met een handicap te integreren in hun werking. Bepaalde respondenten haalden daarnaast enkele randvoorwaarden aan. Zo moet er werk gemaakt worden van *ontschotting*, tussen de verschillende sectoren en departementen. Idealiter wordt de PmH geholpen door die dienst voor gezinszorg die ruimte heeft in de planning en wiens werking het beste past bij de noden van de PmH.

[Dienst voor gezinszorg]: "Of dat we eigenlijk niet genoeg focussen op die kennis [over het zorglandschap] [...] we gaan ervan uit dat ons begeleidend personeel de lokale sociale kaart goed kent. Dus zij werken op een werkingsgebied soms wel als team, maar dat is voor ons heel belangrijk: zij moeten hun lokale sociale kaart goed kennen. Ze komen ook uit sociale richtingen in de opleiding, ze komen uit hoger onderwijs dus het zijn minimum bachelors dus je zou verwachten dat zij een hele sterke affiniteit hebben met het belang van die kennis en dat zij ook weten als ik in dit werkingsgebied werk dan zorg ik ervoor, en dat kan natuurlijk niet vanaf dag 1 op 2, dat ik mijn sociale kaart ken, dat ik weet wie de aanbieders zijn voor die verschillende doelgroepen. Wij merken daar zelf ook hiaten op. We zijn allemaal nogal doeners, denk ik en dat is goed, maar het is echt wel een aandachtspunt om die kennis goed op te bouwen lokaal, het is niet dat ze dat niet in de breedte weten. En ook aandacht voor de kennis actueel houden doorheen de tijd. Want als je 20 jaar geleden bent afgestudeerd als bachelor of master, het zorglandschap is geëvolueerd. Ik denk van RTH was toen nog geen sprake van, denk ik. Dus dat ook kunnen volgen." [...] "Ik denk dat het onderschat is naar kennisopbouw en tijdsinvestering die het vraagt van die professionals. Want dan moeten ze dat ook nog een keer kunnen inbrengen op dat casusniveau. Dus ze moeten dan eigenlijk vanuit die kennis de transfer kunnen maken naar dat casusniveau." [...] "En om het dan helemaal goed te doen, idealiter, ken je dan en dan kom je op dat element samenwerking. Idealiter ken je dan ook een aantal mensen in het netwerk en dan begint het goed te gaan. Nu rond dat elkaar kennen, elkaar ontmoeten, heb je het casusniveau maar heb je ook de gelegenheid binnen de eerstelijnszones. Dus alleen moeten ze daar dan ook tijd voor maken om af en toe eens naar een overleg of een vergadering of een toelichting te gaan en daar ook in het netwerk de mensen te treffen los van casussen en cliëntsituaties. "

Een tweede randvoorwaarde is het vinden van een *gemeenschappelijke taal*. Deze vergemakkelijkt het intersectoraal samenwerken waarbij de onderlinge verwachtingen uitgeklaard worden tussen de verschillende betrokken organisaties en zorg- en hulpverleners.

[Dienst voor gezinszorg]: "Je moet de taal spreken van de VAPH-sector en niet de taal van de diensten voor gezinszorg. Zodanig dat wat wij doen herkenbaar is voor hen. In de taal die zij spreken. Dat is een andere sector en dat heeft een ander jargon. Dat is iets wat mij soms bezighoudt: In het kader van een inclusieve samenleving zou het wel een piste kunnen zijn om burgers op eenzelfde manier te benaderen en ons dus te ontdoen van ons sectoraal jargon. Maar we houden daar toch zo van en dat geeft ons identiteit. Ik denk dat dat ook een typische observatie is in een dienst gezinszorg. Wij hebben ook ons eigen jargon binnen de 1^{ste} lijn natuurlijk. Dan zie je als mensen in aanraking komen met jeugdzorg, dat een multidisciplinair overleg of degene die dat voorziet anders heet. In de VAPH-sector [is dat] nog anders enzovoort. En dan denk ik: "Hoe moet dat nu voor een burger [zijn]?", want eigenlijk is dat qua methodiek heel vaak gelijkend en toch gebruiken wij daar allemaal andere namen voor. Vanuit een burgerperspectief denk ik dat we daar misschien nog wel evolutie kunnen maken."

De volgende randvoorwaarde is voldoende capaciteit (urencontingent en medewerkers). De respondenten geven immers aan dat bepaalde organisaties mogelijk terughoudend zijn om in te zetten op meer samenwerking omdat ze vrezen dat dit leidt tot meer aanvragen terwijl ze botsen op het urencontingent of de personeelsbezetting.

[Dienst voor gezinszorg]: “We hebben voldoende aanvragen. We initiëren ze door een permanente bekendmaking aan burgers en binnen onze netwerken. Dus dat maakt dat je ook niet nog een keer heel specifiek en heel gericht doelgroepen zelf gaat zoeken. Dat doen we niet. Moest dat de verwachting zijn van het beleid dan kom je eigenlijk in een prioriteringsvraagstuk terecht, denk ik. En dan kan ik alleen maar daar de wens uitspreken dat we dat ook samen met het beleid kunnen doen. Als dat een keuze zou zijn, om bepaalde doelgroepen meer of sneller voorrang te geven of toegang te geven tot de zorg en ondersteuning van de gezinszorg, dan hoop ik dat we dat ook samen kunnen doen. Dat we dat niet alleen moeten doen. Want wij zien vooral dat wat we doen en dat is een effect op de activiteiten van het dagelijks leven dat dat zeer waardevol is voor mensen en hun netwerk. Dus wij zijn geen vragende partij om daarin te moeten prioriteren. Wij zijn vragende partij om daarin te kunnen groeien en die basis eigenlijk inderdaad aan nog meer mensen te kunnen aanbieden. Om dan daarop voortbouwend natuurlijk meer handicapspecifieke zorg aan te bieden of specifiekere gezondheidszorg of bepaalde begeleiding. Dus als je ons zegt van kan je prioritair toegang geven tot mensen uit PG1-2-3 dan zeg ik ‘oei, hoe moeten wij dat equilibreren met de andere doelgroepen?’. Wij equilibreren op dag, week en maandbasis. Dat is eigenlijk een voortdurende oefening die ons begeleidend personeel doet. En je moet daar eerlijk in zijn, onze regelgeving zegt je geeft voorrang aan degene met de hoogste zorgnood maar dat voorrang geven dat speelt zich natuurlijk af iedere dag, iedere week, iedere maand. Wat wij niet doen, is de hulp gaan stopzetten om meer hogere zorgnoden wel te kunnen inschakelen. Dat doen we niet. Er wordt veel hulp stopgezet, voor alle duidelijkheid, maar in chronische zorg gaan we dat niet doen.”

Hiermee samenhangend moeten de medewerkers ook de tijd krijgen van de overheid (financiering) en de eigen organisatie om te netwerken en samenwerkingsverbanden uit te bouwen.

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: “Ik vind wel, die overheidsinstanties [o.a. VAPH, FOD] dat er daar een nauwere samenwerking moet aangegaan worden. En ik blijf het herhalen, netwerken blijft heel belangrijk.”

[Toeleider]: “Dat vereist natuurlijk wel dat er voldoende capaciteit is bij beide partijen. Je kan geen complementaire samenwerking hebben als ofwel de RTH-partner geen plaats meer heeft of gezinszorg geen plaats heeft. Ik weet niet hoe dat bij de gezinszorgdiensten zit, hoe zij moeten rekenen om vorming te krijgen. Dat weet ik niet. Vanuit RTH is dat het outreachpakket dus ik denk dat daar minder een probleem zit. Maar daar zit het probleem wel op we hebben maar een budget van X uur en we hebben X cliënten dus we moeten dat verdelen dus hebben we eigenlijk te weinig capaciteit om die outreach nog extra te geven. Dus het gaat daar over voldoende capaciteit in de totale pot. Bij de reguliere diensten weet ik niet hoe dat zit met vorming, hoeveel vorming dat verzorgenden mogen krijgen op een jaar. Stel dat die een half uur uitleg krijgt van iemand vanuit het VAPH terwijl die bij de cliënt thuis is, onder wat valt dat dan? Ik denk dat dat een stuk regelgeving is die dat dan bekeken moet worden of ook interne keuzen binnen de reguliere diensten van hoe wordt daarmee omgegaan met de ruimte die ze hebben binnen hun regels. Want we moeten nu ook allemaal beginnen te registreren welke vormen onze medewerkers volgen. De overheid zit daar kort op. Maar uiteindelijk als je zo een half uur uitleg krijgt rond één specifieke

cliënt, dat is ook vorming. Dat is niet de formeel georganiseerde vorming vanuit de dienst voor gezinszorg maar dat is wel vorming. Dat zou dan ook op één of andere manier gevalideerd moeten kunnen worden. Van oké dat is ook kwaliteitsvol en die moet daarnaast niet ook nog een keer die 8u vorming hebben van een vormingsorganisatie maar een medewerker kan ook inzetten op vormingsmomentjes rond verschillende cliënten.”

[Toeleider]: Als ik het in één woord moet samenvatten, dan is dat vooral die complementariteit en dan blijven investeren ook op dat handicapspecifieke. Stel dat er complementariteit is en het dan toch nog moeilijk loopt om de poets te doen of te koken in plaats van dan gewoon te zeggen van dat lukt daar niet en we zetten daar iemand anders op, is het daar misschien ook wel goed om dan ook te steunen op de kennis van de andere partner [handicapspecifieke] en dat daar die wisselwerking wel is. Binnen VAPH is dat de outreach die kan ingezet worden. Dat er ook wat kennis doorgegeven kan worden bv. John is niet gewoon een lastige maar die heeft bv. een hersenletsel en die heeft minder impulscontrole. Je moet daar niet bang van zijn, laat die even uitrazen en dan is dat weer goed. Ik geef maar een voorbeeld. Maar dat dat wel kan helpen om voor de verzorgenden ook de stress naar beneden te halen. Snappen van waaruit bepaald gedrag komt, maakt al dat je het niet op uzelf als persoon moet betrekken en dat je je niet persoonlijk aangevallen voelt en waardoor je misschien rustiger naar huis gaat als die een ‘aanval’ heeft gehad.

[Vergunde zorgaanbieder VAPH]: “Wij werken samen met die diensten. Het is niet dat mensen er alleen voor staan bij ons. Het is echt een gedeelde zorg binnen de setting waar dat we samenwerken met een dienst voor gezinszorg. Waarbij we sterk inzetten op een goede communicatie en leren van elkaar.” [...] “En dat dat een zoektocht was waarin we elkaar wel ondersteund hebben. Je merkt wel dat onze mensen wel uitkijken naar de hulp die ze elke dag krijgen. Dat hun wereld ook wel rijker geworden is door met andere mensen die toch op een andere manier naar hen kijken, geholpen te worden. Waar dat wij heel hard handicapspecifiek gaan kijken, gaan zij echt wel gaan kijken van wie ben jij en welke zorg heb jij van ons nodig en hoe gaan we dat samen doen. [...] Inderdaad, sommige mensen zien het niet haalbaar omdat ze de doelgroep niet kennen maar we merken wel binnen de gezinszorgdiensten dat ze daar verder ook op inzetten om vorming te gaan geven, doen ook beroep op ons om samen vorming te organiseren, intervisies te organiseren om te leren van elkaar. En je merkt wel dat dat zeker een meerwaarde is.”

Als kritische reflectie kunnen we echter stellen dat de huidige samenwerkingen zich vaak beperken tot doorverwijzing en kennisdeling.

[Vlaamse overheid]: Het stokje doorgeven is niet samenwerken. Samenwerken is het stokje samen blijven doorgeven, of dat je het doorgaat en als het een rondje rond is, opnieuw kijken hoe het loopt. Dat mist nu. Nu laten diensten mekaar te snel los. Daardoor worden de verwachtingen nooit besproken en begint dat te sudderen. Dat wordt nooit vastgepakt.”

In de volgende tabel geven we een samenvattend overzicht van de voorgestelde oplossingen, inclusief randvoorwaarden.

Tabel 21 Mogelijke aanbevelingen rond afstemming/samenwerking/coördinatie

Mogelijke oplossing	Toelichting	Randvoorwaarde(n)
Duurzaam samenwerken met vergunde zorgaanbieders en RTH-aanbieders	De reeds bestaande samenwerkingsverbanden versterken of nieuwe samenwerkingen opzetten met vergunde zorgaanbieders en RTH-aanbieders uit de buurt	Tijd, voldoende capaciteit, mekaar kennen, ontschotting Samenwerking beleidsmatig ondersteunen
Zorgcoördinator aanduiden	Expliciet samenzitten met de verschillende zorgactoren en de PmH en diens naasten om een zorgcoördinator aan te duiden	Ontschotting, gemeenschappelijke taal

Bron: van de auteurs

4 Conclusie

Op basis van semigestructureerde interviews met 17 experts in zake PmH (in PG3) en/of erkende diensten voor gezinszorg diepten we de bevindingen van de focusgroepen uit om samen te komen tot mogelijke aanbevelingen die het bereik en de toegankelijkheid van de diensten voor gezinszorg voor PmH (in PG3) verhogen.

Over het algemeen bevestigden de respondenten de door ons aangehaalde bevindingen uit de focusgroepen. Een algemene bedenking bij verschillende respondenten was de beleidskeuze voor het werken met de concentrische cirkels. Respondenten vrezden dat daardoor reguliere diensten zoals diensten voor gezinszorg gezien worden als compensatie voor de wachtlijsten voor handicapspecifieke zorg. Er zitten echter grenzen op het “regulier waar het kan” waardoor dit niet voor alle PmH (in PG3) de gepaste oplossing is. Tot slot zien ze meer heil in complementair samenwerken en meer investeren in handicapspecifieke zorg voor PmH.

Naast de algemene bedenkingen werd er in de interviews voornamelijk ingegaan op volgende vijf thema's: (a) de handicapspecifieke kennis en competenties van de medewerkers van de diensten voor gezinszorg verhogen, (b) de continuïteit en flexibiliteit van de dienstverlening verbeteren, (c) het financiële luik, (d) de kennis van het aanbod van de toeleiders en de diensten voor gezinszorg verhogen en (e) de samenwerking optimaliseren.

Voor ieder van deze thema's suggereerden de respondenten mogelijke aanbevelingen, zowel op korte als op lange termijn. Deze lijsten we samenvattend op in onderstaande tabel.

Tabel 22 Samenvatting bevindingen interviews met experts

<u>Handicapspecifieke kennis en competenties van medewerkers van diensten voor gezinszorg</u>		
Voorgestelde oplossing	Toelichting	Randvoorwaarde(n)
<i>Op korte termijn</i>		
Kennisuitwisseling met RTH-aanbieders en vergunde zorgaanbieders	Als dienst voor gezinszorg input vragen van RTH-aanbieders en vergunde zorgaanbieders die ervaring hebben met de doelgroep en/of specifieke cliënten (bv. via outreach)	Aanbod van outreach is gekend bij diensten voor gezinszorg Tijd (financiering) en kennis van de RTH-aanbieders vergunde zorgaanbieders Tijd (financiering) van de diensten voor gezinszorg
Praktijkgerichte vorming rond concrete topics/cases	Vorming of coaching op de werkvloer of een vorming die praktijkgericht is, rond concrete topics	Niet ondergesneeuwd geraken door andere thema's waar meer medewerkers mee in aanraking komen (bv. ouderen, dementie)
Intervisie	Binnen de dienst voor gezinszorg of tussen verschillende diensten voor gezinszorg uitwisseling mogelijk maken rond concrete cases of problemen waar de medewerkers tegenaan lopen	Tijd (financiering) voor vrijmaken Gedeeld beroepsgeheim dat intervisie mogelijk maakt
<i>Op lange termijn</i>		
Referentiewerking PmH opstarten	Een groep van geëngageerde medewerkers specialiseren in de doelgroep van personen met een handicap zodat ze hun kennis over de doelgroep verder kunnen delen met collega's	Tijd (financiering) voor opleiding en kennisdeling
Coaching rond PmH	Een coach in dienst nemen die medewerkers kan ondersteunen bij vragen rond de doelgroep van personen met een handicap op zowel casusniveau als in groep tijdens de wijkwerking	Financiering
Doelgroep PmH (meer) in basisopleiding opnemen	Meer aandacht besteden aan de diverse doelgroepen van gezinszorg in de opleiding tot verzorgende	

<u>Continuïteit en flexibiliteit van de dienstverlening door diensten voor gezinszorg</u>		
Voorgestelde oplossing	Toelichting	Randvoorwaarde(n)
Aanbod voor avonden en weekends uitwerken	Als dienst voor gezinszorg zelf personeel zoeken dat tijdens de avonden en weekends wil werken	Voldoende capaciteit Aangepaste arbeidsvoorwaarden Financiering voor medewerkers die permanentie/wacht doen
Samenwerken met andere diensten voor gezinszorg	Voor de ondersteuningsnoden 's avonds, tijdens nachten en in de weekenden samenwerken met andere diensten voor gezinszorg die wel personeel vinden voor deze shiften en voldoende urencontingent hebben	Gegevensdeling
Erkende PmH hun PVB bezorgen	Alle PmH van wie het PVB is goedgekeurd ook effectief hun PVB ter beschikking stellen zodat ze meer financiële middelen hebben om ondersteuning in te kopen	Voldoende capaciteit bij diensten voor gezinszorg zodat ze dan ook op de vragen kunnen ingaan
Urencontingent uitbreiden	Aantal gesubsidieerde uren voor diensten voor gezinszorg uitbreiden	Voldoende medewerkers om het uitgebreide urencontingent in te vullen
Verwachtingen temperen	Communiceren en eerlijk schetsen waarom bepaalde beleidskeuzes financieel niet mogelijk zijn	
<u>Financieel luik</u>		
Voorgestelde oplossing	Toelichting	Randvoorwaarde(n)
<i>Op korte termijn</i>		
Bekijken of de middelen voor handicapspecifieke zorg efficiënter ingezet kunnen worden	Durven kijken of het geld dat nu beschikbaar is voor RTH en PVB op de meest efficiënte manier wordt ingezet	
Ruimere rechtenverkenning (premies en tegemoetkomingen)	Systematischer de rechten van de persoon verkennen en aanvragen	Kennis van begeleidend personeel van mogelijke premies en tegemoetkomingen of van organisaties (DMW) waarnaar ze PmH kunnen doorverwijzen om hen hierbij te helpen
Automatische rechtentoekenning (premies en tegemoetkomingen)	Zorgen dat PmH automatisch hun rechten (premies en tegemoetkomingen) krijgen zonder dat ze dit zelf moeten aanvragen	

<i>Op lange termijn</i>		
Open-end financiering bij RTH	Open-end financiering in plaats van een gesloten enveloppe voor RTH-aanbieders	
Meer PVB ter beschikking stellen	Alle PmH van wie het PVB is goedgekeurd ook effectief hun PVB ter beschikking stellen	
Flexibele toekenning PVB	Op momenten dat ondersteuning dringender of intensiever is, meer PVB geven en minder PVB op momenten dat het goed loopt en minder ondersteuning nodig is	
<u>Kennis van het aanbod van toeleiders en diensten voor gezinszorg</u>		
Essentiële randvoorwaarden: Voldoende capaciteit (urencontingent en personeel)		
<i>Op korte termijn</i>		
Voorstellen van de eigen werking bij andere organisaties en/of aanbod bekend maken tijdens vergaderingen van bestaande overlegorganen	Als toeleider of dienst voor gezinszorg je werking gaan voorstellen tijdens overlegorganen of bij andere organisaties uit de buurt zodat zij het aanbod van de organisatie kennen	Met de andere organisaties in contact komen. Tijd krijgen van je organisatie (en de subsidiërende overheid) om te gaan netwerken Platform nodig waar je kan gaan netwerken (mogelijke piste: via eerstelijnszone (ELZ))
Communicatiecampagne van diensten voor gezinszorg via verschillende kanalen	Een communicatiecampagne opstellen waarmee het aanbod van de diensten voor gezinszorg breed verspreid wordt bv. filmpjes, blogs, podcasts, brochures bij vergunde zorgaanbieders, OCMW, thuiszorgwinkel, bibliotheek, scholen, ... Deze communicatie moet voldoende persoonlijk zijn, zodat mensen met een handicap en hun naasten zich aangesproken voelen. Hierbij moet aandacht zijn voor de gebruikte foto's	Voldoende kennis, competenties en ervaring met de doelgroep PmH
Diensten voor gezinszorg in brief beslissing PVB	In folders en brieven die verstuurd worden in het kader van de beslissing rond het PVB reguliere diensten zoals diensten voor gezinszorg ook opnemen als één van de mogelijkheden ter ondersteuning	Samenwerking/overleg over de sectoren heen Moet gelezen worden door PmH en naasten

Diensten voor gezinszorg ter sprake brengen op verschillende momenten	Diensten voor gezinszorg voorstellen en ter sprake brengen op verschillende plaatsen en momenten (bv. bij ophalen parkeerkaart, contact met OCMW, ziekenhuis, huisarts, maatwerkbedrijven, afstudeermoment buitengewoon onderwijs...)	Voldoende kennis van het aanbod van diensten voor gezinszorg bij de organisaties die diensten voor gezinszorg ter sprake brengen
Proactief contacteren van PmH	Opbellen van PmH om proactief het aanbod van diensten voor gezinszorg voor te stellen (= persoonlijke aanpak)	Voldoende tijd en personeel om telefonische contact te leggen Inzage in welke PmH een ondersteuningsnood hebben die (deels) ingevuld kan worden door diensten voor gezinszorg
Sociale kaart met zoekfunctie	Een goede algemene sociale kaart of zorgwijzer waarbij je op basis van zoektermen bij de juiste diensten terecht komt	
<i>Op lange termijn</i>		
Centraal aanspreekpunt/loket voor PmH	Een centraal en overkoepelend punt maken waar de PmH met al zijn ondersteuningsvragen terecht kan en waar men meezoekt naar de meest geschikte dienst of doorverwijst	
<u>Afstemming/samenwerking/coördinatie</u>		
Mogelijke oplossing	Toelichting	Randvoorwaarde(n)
Duurzaam samenwerken met vergunde zorgaanbieders en RTH-aanbieders	De reeds bestaande samenwerkingsverbanden versterken of nieuwe samenwerkingen opzetten met vergunde zorgaanbieders en RTH-aanbieders uit de buurt	Tijd, voldoende capaciteit, mekaar kennen, ontschotting Samenwerking beleidsmatig ondersteunen
Zorgcoördinator aanduiden	Expliciet samenzitten met de verschillende zorgactoren en de PmH en diens naasten om een zorgcoördinator aan te duiden	Ontschotting, gemeenschappelijke taal

Bron: van de auteurs

Hoofdstuk 6

Besluit

Aan de hand van de verschillende onderzoeksmethoden wilden we een beter en meer volledig zicht krijgen op het gebruik en de toegankelijkheid van de diensten voor gezinszorg voor personen met een handicap. Complementair aan de bevraging van het VAPH bij personen met een handicap in prioriteitengroep 3, vertrokken we in dit onderzoek vanuit het perspectief van de toeleiders en diensten voor gezinszorg. Meer concreet trachtten we een antwoord te bieden op drie onderzoeksvragen:

- Wat is het bereik van personen met een handicap door diensten voor gezinszorg en hoe ervaren ze dit?
- Welke drempels en risico's ervaren diensten voor gezinszorg voor het ondersteunen van personen met een handicap?
- Welke opportuniteiten en hefboomen kunnen bijdragen tot het verhogen van de toegankelijkheid en het bereik van diensten voor gezinszorg voor personen met een handicap?

Om een antwoord te geven op bovenstaande vragen combineerden we inzichten vanuit (a) een verkenning van het beleidskader, aangevuld met gesprekken met experts, (b) de bevindingen uit de bevragingen van het VAPH bij personen met een handicap in prioriteitengroep 3, (c) focusgroepen met toeleiders en diensten voor gezinszorg en (d) diepte-interviews met experts in het kader van de beleidsaanbevelingen. We identificeerden drempels en risico's, maar ook factoren die volgens de respondenten helpend zijn in het bereiken of ondersteunen van personen met een handicap door diensten voor gezinszorg (Figuur 4). Deze werden in hoofdstukken 3, 4 en 5 uitvoerig besproken.

1. Bereiken van PmH door toeleiders	<ul style="list-style-type: none"> • Mond-aan-mondreclame • Samenwerking met andere organisaties (zoals scholen, vergunde zorgaanbieders) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aanbod van de verschillende organisaties is onvoldoende gekend bij maatschappij én professionals • Onderscheid tussen organisaties en diensten is onduidelijk. • Doorverwijzing afhankelijk van de kennis en goodwill van de doorverwijzer. • Niet alle (types) personen met een handicap worden bereikt. • Financiering van de toeleiders is beperkt waardoor zij geen ruimte hebben om acties te ondernemen om doelgroepen die ze minder/niet bereiken proactief te bereiken.
2. Voorstellen gezinszorg aan PmH		<ul style="list-style-type: none"> • Beperkte kennis bij de diensten voor gezinszorg over de doelgroep PmH • Beperkte capaciteit bij de diensten voor gezinszorg • Beperkingen van de taken die diensten voor gezinszorg mogen uitvoeren
3. Vervolg toeleiding		<ul style="list-style-type: none"> • Bij toeleiders: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Geen tijd (meer) voor opvolging na intake bij diensten voor gezinszorg ◦ Mismatch tussen toegeleide PmH en vooroordelen rond gezinszorg • Bij PmH (volgens toeleiders en diensten voor gezinszorg) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Beeldvorming rond diensten voor gezinszorg ◦ Complexe administratie ◦ Betaalbaarheid en -bereidheid ◦ Beperkte continuïteit en flexibiliteit ◦ Nieuwe personen vertrouwen ◦ Inzicht dat hulp nodig is, ontbreekt
3. Bereiken van PmH door diensten voor gezinszorg	<ul style="list-style-type: none"> • Mond-aan-mondreclame • Samenwerking met andere organisaties (zoals scholen, vergunde zorgaanbieders) 	
		<ul style="list-style-type: none"> • Bij diensten voor gezinszorg: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Aanbod onvoldoende gekend bij maatschappij én professionals ◦ Onderscheid tussen organisaties en diensten is onduidelijk ◦ Geen structurele doorverwijzing in beslissingsbrief PVB ◦ Doorverwijzing afhankelijk van kennis en goodwill doorverwijzer ◦ Weinig stimulans om meer in te zetten op doelgroepen die momenteel ontbreken
4. Ondersteunen van PmH door diensten voor gezinszorg		<ul style="list-style-type: none"> • Niet iedereen wil met de doelgroep werken • Vraagt meer (competenties) van het personeel ~ontbrekende kennis over doelgroep • Grenzen bewaken als dienst voor gezinszorg (o.w.v. foutieve verwachtingen of te grote zorgvraag)

Samenvattend kunnen we stellen dat de onderzoeksvragen raken aan heel wat structurele uitdagingen. Zowel rond hefboomen in het bereiken en ondersteunen van personen met een handicap als rond de drempels en risico's die de toeleiders en diensten voor gezinszorg ervaren, verzamelden we heel wat inzichten.

Hierna vatten we de conclusies per onderzoeksvraag samen.

1 Bereiken van personen met een handicap

In deze eerste paragraaf staan we stil bij onderzoeksvraag 1, nl. *“Wat is het bereik van personen met een handicap door diensten voor gezinszorg en hoe ervaren ze dit?”*

1.1 Wie wordt niet bereikt en waarom?

‘Personen met een handicap’ is een doelgroep die zeker al bereikt wordt door de toeleiders en diensten voor gezinszorg. Mond-aan-mondreclame -door personen met een handicap of door professionals- en samenwerking met andere organisaties zoals o.a. ziekenhuizen, scholen, en vergunde zorgaanbieders zorgen ervoor dat sommige personen met een handicap hun weg vinden naar de toeleiders en/of de diensten voor gezinszorg. Er is echter nog ruimte voor verbetering. Zo wordt zeker nog niet iedereen bereikt. Ten eerste, bereiken de DOP en infoloketten in verhouding voornamelijk jongeren op het kantelpunt van minderjarigheid naar meerderjarigheid en/of personen met ASS. Personen met auditieve, visuele of fysieke beperkingen lijken minder vertegenwoordigd. Bij DMW is het cliënteel divers en niet enkel personen met een handicap.

Ten tweede, de groep van personen met een handicap vormt over het algemeen maar een klein percentage van het volledige klantenbestand van de diensten voor gezinszorg. Het overgrote deel bestaat uit zorgbehoevende ouderen.

Vanuit het onderzoek kunnen we drie verschillende verklaringen onderscheiden voor de vaststelling dat nog niet alle personen met een handicap bereikt worden.

Ten eerste ervaren de toeleiders en de diensten voor gezinszorg weinig stimulans om in te zetten op het bereiken van PmH die ze nu minder of niet bereiken. Ze hebben namelijk het gevoel dat ze al op de limiet zitten qua aantal personen die ze kunnen ondersteunen binnen hun gesubsidieerde uren en personeelsbezetting. Door de krapte op de arbeidsmarkt krijgen sommige diensten voor gezinszorg hun vacatures moeilijk ingevuld. Hierdoor kan niet elke dienst elke zorg en ondersteuning onmiddellijk aanbieden. Het niet bereiken van alle personen met een handicap is dus geen bewuste keuze van de toeleiders en diensten voor gezinszorg, maar ontstaat eerder vanuit praktische overwegingen. Een tweede mogelijke verklaring is het gebrek aan kennis over het aanbod van de toeleiders en het aanbod van de diensten voor gezinszorg. Zowel het ruime publiek, inclusief personen met een handicap en hun naasten, als professionals kennen het aanbod van de toeleiders en de diensten voor gezinszorg niet (voldoende) of ze weten niet dat deze ook ondersteuning bieden aan personen met een handicap. Deze doelgroep wordt namelijk niet altijd expliciet benoemd in de communicatie van de diensten voor gezinszorg, maar zit eerder vervat in de ruime doelgroep van “personen met een zorg- en ondersteuningsbehoefte”. Ook in de briefwisseling die personen met een handicap ontvangen naar aanleiding van de beslissing rond het persoonsvolgend budget worden reguliere diensten, waaronder diensten voor gezinszorg, nergens vermeld. Dit in tegenstelling tot de ondersteuningsmogelijkheden die door het VAPH aangeboden worden. In de folders en communicatie wordt wel verwezen naar RTH en tegemoetkomingen voor hulpmiddelen en aanpassingen. Dat sluit aan bij de laatste mogelijke verklaring: hokjesdenken, waarbij bijvoorbeeld organisaties die onder eenzelfde sector of departement vallen (VAPH vs. departement Zorg) personen soms sneller/enkel naar mekaar doorverwijzen. Hierdoor loopt verwijzing of samenwerking over sectoren heen soms moeizamer.

1.2 Diensten voor gezinszorg voor iedereen? Enkele kanttekeningen

Naast mogelijke verklaringen waarom het niet evident is om alle PmH te bereiken, kwamen tijdens het onderzoek ook enkele kanttekeningen bij deze doelstelling op zich naar boven. Een groter bereik van personen met een handicap door de diensten gezinszorg, wordt immers aangereikt als een mogelijk antwoord op de onbeantwoorde ondersteuningsnoden van personen met een handicap uit prioriteitengroep 3. Deze bleken uit voorgaand onderzoek immers vooral meer nood te hebben aan praktische ondersteuning door professionele diensten. Hier werden echter door verschillende respondenten kanttekeningen bij geplaatst. Zo zijn diensten voor gezinszorg niet voor elke persoon met een handicap in prioriteitengroep 3 een geschikte oplossing, aldus de respondenten. De vraag blijft dan voor wie diensten voor gezinszorg een oplossing kunnen bieden en voor wie niet. Daarnaast kunnen diensten voor gezinszorg hoogstens een gedeeltelijke oplossing vormen. Dit type van ondersteuning is immers niet voor iedere nood geschikt. Zo worden de diensten voor gezinszorg soms geconfronteerd met te zware zorgvragen, dewelke zij niet alleen kunnen dragen. De respondenten zien diensten voor gezinszorg dan ook als een vorm van ondersteuning die complementair werkt met RTH (voor zij die (nog) geen PVB hebben) en vergunde zorgaanbieders (voor zij die een (deel-)PVB ontvangen).

Analoog met de opdeling die gemaakt werd door het VAPH (Brackx et al., 2024c) onderscheiden we binnen prioriteitengroep 3 personen met een handicap voor wie diensten voor gezinszorg (a) een onmiddellijke gedeeltelijke oplossing zijn, (b) een gedeeltelijke oplossing kunnen zijn, mits enkele voorwaarden vervuld zijn, en (c) geen oplossing zijn.

Wanneer in de toekomst verder ingezet wordt op een groter bereik van personen met een handicap door de diensten voor gezinszorg, is het dan ook belangrijk om dit onderscheid voor ogen te houden.

De toewijzing van personen met een handicap aan de juiste groep is echter niet zo eenvoudig. Dit berust op een goede inschatting. In dit kader is verder onderzoek nodig, idealiter aangevuld met proefprojecten waarbij in de praktijk verder verkend wordt voor wie, voor welk profiel van zorg- en ondersteuningsnoden, diensten voor gezinszorg complementair een antwoord kunnen bieden op de zorg- en ondersteuningsvraag.

2 Drempels

Vanuit het onderzoek kunnen we tevens een antwoord bieden op onderzoeksvraag 2: *“Welke drempels en risico’s ervaren diensten voor gezinszorg voor het ondersteunen van personen met een handicap?”*.

Doorheen het onderzoek kwamen verschillende drempels aan bod. Deze hebben betrekking op verschillende niveaus en verschillende actoren.

2.1 Drempels op macroniveau

Op macroniveau stelden heel wat respondenten zich vragen bij de huidige invulling van het werken met de concentrische cirkels (zie figuur 5). Zij hebben immers het gevoel dat er te lang gewacht wordt om handicapspecifieke hulp in te zetten (RTH) of aan te vragen (PVB). Daarnaast geven respondenten aan dat er wachtlijsten zijn voor RTH en is het vaak (lang) wachten op een PVB dat ondersteuning vanuit de buitenste cirkel mogelijk maakt. Hierdoor komt er veel gewicht te liggen op de vier binnenste cirkels. Gewicht dat zij, aldus de respondenten, niet volledig kunnen dragen. Het stropt dus als het ware vaak

op aan de overgang tussen de cirkel van de reguliere ondersteuning en de buitenste cirkel van handicapspecifieke ondersteuning door professionele diensten (RTH en vergunde zorgaanbieders via PVB).



Figuur 5 Concentrische cirkels

Bron: (VAPH, n.d.)

De reguliere zorg wordt daarbij overbevraagd met vragen die eigenlijk te zwaar en te handicapspecifiek zijn. Daar de doelgroep personen met een handicap, volgens de respondenten, te beperkt aan bod komt in de basisopleiding voor verzorgenden, trachten de diensten voor gezinszorg zelf zo goed mogelijk aan de nood voor extra kennis en competenties tegemoet te komen. Ze trachten hun medewerkers te ondersteunen via opleidingen en intervisie rond de doelgroep personen met een handicap. De grote diensten voor gezinszorg zetten ook in op referentiepersonen “personen met een handicap” of coaches die inhoudelijk ondersteunen. De doelgroep personen met een handicap en hun noden zijn echter zo breed, dat dit niet haalbaar is in de beperkte tijd die ze hebben voor vorming, training en opleiding. Daarbij aansluitend stellen enkele respondenten zich de vraag of het opbouwen van handicapspecifieke kennis en competenties en/of het specialiseren in de doelgroep PmH wel de taak is van de reguliere diensten. Er bestaan immers al heel wat handicapspecifieke diensten met een uitgebreide kennis, competenties en ervaring met PmH.

Daarnaast worden ook de wettelijke restricties op wat verzorgenden en logistiek personeel van diensten voor gezinszorg mogen uitvoeren (bv. hulp bieden bij medicatie, legen van sonde, ...) aangehaald als drempel om ondersteuning te bieden aan PmH. Eventueel zou hiervoor de piste van bekwame helper verder verkend kunnen worden als (deel)oplossing voor sommige personen met een handicap. Deze regelgeving is immers van zeer recente datum (Belgisch Staatsblad, 08/03/2024) en de kennis en praktijk moeten in dit kader nog opgebouwd worden binnen de diensten voor gezinszorg.

Tot slot zorgt het huidige budgettaire kader ervoor dat er bij zowel toeleiders als RTH-aanbieders wachtlijsten zijn die respectievelijk doorverwijzing en complementaire samenwerking, in kader van het ondersteunen van PmH, met diensten voor gezinszorg bemoeilijken.

2.2 Drempels op mesoniveau

Op organisatieniveau (mesoniveau) zien we zowel drempels voor de toeleiders als de diensten voor gezinszorg.

De toeleiders brengen gezinszorg reeds relatief vroeg in het gesprek/traject ter sprake, maar soms zijn ze terughoudend om de diensten voor gezinszorg voor te stellen. In het onderzoek haalden ze hier

verschillende redenen voor aan. Ze vinden ten eerste dat bepaalde diensten voor gezinszorg een te beperkte kennis hebben over en ervaring hebben met de doelgroep PmH. Daarenboven botsen ze op het feit dat niet elke dienst voor gezinszorg onmiddellijk elke zorg en ondersteuning kan bieden omwille van capaciteitstekort. Tot slot zijn ze soms terughoudend omdat diensten voor gezinszorg bepaalde taken niet kunnen, mogen of willen uitvoeren. Daarnaast hebben de toeleiders zelf beperkte tijd en middelen om het traject van de PmH volledig op te volgen. Soms kunnen ze nog, indien gewenst, samen een afspraak maken voor een intakegesprek en eventueel hierop aanwezig zijn. In de meeste gevallen stopt de opvolging van zodra de intake bij de dienst voor gezinszorg heeft plaatsgevonden.

Ook de diensten voor gezinszorg botsen op capaciteitstekort. Het urencontingent, dat bepaalt hoeveel uren gezinszorg de organisatie gesubsidieerd krijgt vanuit de Vlaamse overheid, is voor sommige diensten ontoereikend om aan alle vragen te kunnen voldoen. Andere diensten komen toe met hun urencontingent, maar krijgen hun vacatures niet ingevuld. Het capaciteitstekort is daardoor voor een deel een personeelstekort.

Tot slot erkennen de diensten voor gezinszorg dat bepaalde medewerkers specifieke vaardigheden en competenties om met de doelgroep PmH te werken missen. Het ondersteunen van personen met een handicap verschilt niet (veel) van de ondersteuning die de diensten voor gezinszorg bieden aan andere doelgroepen (bv. ouderen), maar het vraagt toch meer kennis en competenties. Sommige medewerkers voelen zich hierdoor onzeker, en kiezen ervoor om niet met de doelgroep te werken. Inzicht in het ziektebeeld of enige achtergrondinformatie rond personen met een handicap zou er volgens de respondenten voor kunnen zorgen dat ze bepaald gedrag kunnen plaatsen en/of zich voldoende sterk voelen om de ondersteuning alsnog op te nemen. De diensten voor gezinszorg proberen zo goed mogelijk aan de nood voor extra kennis en competenties tegemoet te komen. Ze trachten hun medewerkers te ondersteunen via opleidingen en intervisie rond de doelgroep personen met een handicap. De grote diensten voor gezinszorg zetten ook in op referentiepersonen “personen met een handicap” of coaches die inhoudelijk ondersteunen. De doelgroep personen met een handicap en hun noden zijn echter zo breed, dat dit niet haalbaar is in de beperkte tijd die ze hebben voor vorming, training en opleiding. Tot slot werken sommige diensten voor gezinszorg ook samen met RTH-aanbieders of vergunde zorgaanbieders om de om de ondersteuning van PmH op te nemen. Echter, de informatie- en expertisedeling wordt dan bemoeilijk doordat de kennis over het beroepsgeheim en het delen van informatie bij (para)medische en welzijnsberoepen onvoldoende aanwezig is. Welzijnswerkers hebben een gedeeld beroepsgeheim waardoor noodzakelijke informatie, informatie die nodig is om goede zorg of ondersteuning te bieden en de zorgdoelen te bereiken, wel gedeeld kan worden.

2.3 Drempels op microniveau

Op het niveau van de personen met een handicap (microniveau) gaven de respondenten (toeleiders en diensten voor gezinszorg) aan dat ze denken dat verschillende (praktische) drempels ervoor zorgen dat niet iedere PmH met ondersteuningsnoden gebruik maakt van de diensten voor gezinszorg. De drie belangrijkste zijn de continuïteit van de geboden ondersteuning door diensten voor gezinszorg, de flexibiliteit van de dienstverlening van de diensten voor gezinszorg en de kostprijs van diensten voor gezinszorg (gebruikersbijdrage).

Nog meer dan bij de groep van ouderen is de continuïteit in de zorg die geboden wordt van groot belang bij personen met een handicap. Dit gaat zowel over dezelfde verzorgende of logistiek medewerker die

langskomt als over de garantie dat de afgesproken ondersteuning geboden zal worden op de afgesproken dagen en tijdstippen. De ondersteuning door diensten voor gezinszorg moet daarbij ook complementair zijn aan de andere ondersteuning waarop de persoon een beroep doet. Dit vraagt enige mate van afstemming. Daarnaast verwachten de personen met een handicap ook ondersteuning tijdens de weekends en in de avond/nacht (flexibiliteit van zorg). De diensten voor gezinszorg botsen in het kader van deze continuïteit en flexibiliteit op de grenzen van hun capaciteit. De diensten kunnen niet iedereen het aantal uren ondersteuning bieden op de momenten waarop ze deze vragen. Hierdoor worden ze geconfronteerd met de afweging tussen prioriteren (enkel de personen met de meest urgente vragen helpen) of verdelen (iedereen een beetje helpen). Vaak kiezen zij voor de tweede optie waardoor niet elke ondersteuning op elk moment geboden kan worden.

Een derde drempel voor personen met een handicap is de gebruikersbijdrage. Respondenten geven aan dat de ondersteuning door diensten voor gezinszorg soms spaak loopt op financiële drempels (betaalbaarheid en betaalbaarheid). Heel wat personen met een handicap kunnen de dienst voor gezinszorg niet betalen of ze beperken hun hulpvraag om het financieel haalbaar te houden. Dit wordt verder versterkt door de beperkte kennis van alle beschikbare premies en tegemoetkomingen. Vaak kent men de verschillende premies en tegemoetkomingen niet die zouden kunnen zorgen voor meer financiële ruimte om ondersteuning in te kopen. Er is nood om de rechten van personen met een handicap in PG3 nog meer automatisch toe te kennen, en systematisch te verkennen en uit te putten. Daarbij moet er oog zijn voor alle mogelijke premies en tegemoetkomingen op alle verschillende niveaus (federaal, Vlaams en lokaal). Volgens de respondenten is het ontoelaatbaar dat deze financiële drempels spelen, aangezien de personen in prioriteitengroep 3 recht hebben op een PVB (wat ook gebruikt mag worden voor het inschakelen van diensten voor gezinszorg).

3 Hefbomen

Naast de drempels en risico's zijn er uiteraard ook helpende factoren die het bereiken en ondersteunen van personen met een handicap uit prioriteitengroep 3 vergemakkelijken. Deze sluiten aan bij de derde onderzoeksvraag: *“Welke opportuniteiten en hefbomen kunnen bijdragen tot het verhogen van de toegankelijkheid en het bereik van diensten voor gezinszorg voor personen met een handicap?”*. We beschrijven ze hieronder per niveau: macro-, meso- en microniveau.

3.1 Macroniveau

Op beleidsniveau (macroniveau) zijn er de laatste jaren reeds inspanningen geleverd om tegemoet te komen aan bepaalde drempels. Zo heeft men besloten om avonduren en weekenduren extra te subsidiëren en ontvangen de diensten voor gezinszorg extra subsidies voor personen met een handicap die over een ondersteuningsplan beschikken (DOP-uren). In de praktijk worden deze mogelijkheden relatief weinig gebruikt, aangezien deze volgens de respondenten onvoldoende gekend zijn en gepaard gaan met een te grote administratieve last, maar het getuigt van een bereidwilligheid vanuit het beleidsniveau om samen op zoek te gaan naar mogelijke oplossingen. Zo werd recent in het urencontingent van 2024 uren specifiek voor personen met een handicap in prioriteitengroep 3 voorzien. Vanaf 1 juli 2024 worden 24 776 uren gezinszorg, als onderdeel van het totale aantal subsidiabele uren gezinszorg, toegekend aan de diensten voor gezinszorg voor PmH in PG3. Vanaf 2025 worden er op jaarbasis 49 552 uren toegekend aan de diensten voor gezinszorg voor PmH in PG3.

(Besluit Vlaamse Regering tot vaststelling van het totale aantal subsidiabele uren gezinszorg en het totale aantal subsidiabele uren schoonmaakhulp, karweihulp of oppashulp voor de diensten voor gezinszorg voor het jaar 2024, en tot bepaling van de criteria voor de verdeling van de extra uren gezinszorg voor de personen met een handicap, en tot invoering van een extra subsidie voor 2024 als compensatie voor de hogere brandstofkosten van de diensten voor gezinszorg, 2024).

3.2 Mesoniveau

Ook op mesoniveau zien we een aantal goede praktijken. Er wordt binnen de sector diensten voor gezinszorg al samengewerkt en genetwerkt om: (a) het bereik van PmH te verhogen (via doorverwijzing door andere organisaties), (b) samen de zorg en de ondersteuning van de PmH op te nemen, (c) kennis en competenties rond PmH op te bouwen en (d) de kennis rond het aanbod van de verschillende organisaties (VAPH-organisaties, DMW en diensten voor gezinszorg) te verhogen. Daarbij aansluitend vindt er veel mond-aan-mond-reclame plaats. Diensten voor gezinszorg worden zowel tussen personen met een handicap, als door professionals aanbevolen. Sommige diensten voor gezinszorg proberen dit verder te versterken door zich te profileren naar PmH. Zij passen bijvoorbeeld hun folders aan voor de doelgroep personen met een handicap.

Een laatste hefboom op mesoniveau is de kennisopbouw door referentiepersonen en coaches. Bepaalde diensten hebben binnen hun organisatie een poule opgericht van medewerkers die graag met de doelgroep PmH werken. Deze poule schoolt zich bij rond het thema, en kan, indien nodig, de rest van de medewerkers ondersteunen bij vragen of bezorgdheden rond PmH. Andere diensten voor gezinszorg (vaak de grotere) gaan nog een stap verder en stellen een referentiepersoon en/of coach PmH tewerk. Deze persoon staat in voor de coaching en casusbesprekingen in het kader van het werken met PmH.

3.3 Microniveau

Op microniveau vinden we geen helpende factoren terug. Dit wil echter niet zeggen dat er geen hefbomen zijn vanuit de PmH zelf. Vaak hangen deze hefbomen samen met hefbomen op een hoger niveau. Zo heeft de profilering door de diensten voor gezinszorg mogelijks een invloed op de kennis van PmH over het aanbod van de diensten voor gezinszorg.

Hoofdstuk 7

Aanbevelingen

Tot slot kijken we waar er in het beleidskader en de praktijk mogelijkheden liggen om tegemoet te komen aan de hierboven aangehaalde drempels en hoe de helpende factoren verder versterkt kunnen worden. We vertalen deze naar concrete aanbevelingen voor het beleid en de praktijk. We houden hierbij de structuur van hoofdstuk 6 aan en splitsen de aanbevelingen op naar aanbevelingen op macro-, meso- en microniveau.

1 Macroniveau

Een groot deel van de aanbevelingen heeft betrekking op het macroniveau. Het beleidsniveau heeft immers een aantal essentiële keuzes in handen om drempels weg te werken en hefboomen te versterken.

1.1 Gezinszorg: een als maar meer diverse doelgroep

Een eerste beleidsaanbeveling is om de programmatie van diensten voor gezinszorg meer af te stemmen op de meer diverse doelgroep die ze ondersteunen. Momenteel wordt bij de programmatie, en dus het maximaal aantal gesubsidieerde uren van de diensten voor gezinszorg, enkel de leeftijd van de populatie in rekening gebracht. De eerste aanbeveling is dus om bij de programmatie naast de leeftijd ook andere indicatoren mee te nemen, die betrekking hebben op andere kwetsbare doelgroepen, zoals o.a. personen met een handicap (in prioriteitengroep 3). Met andere woorden: de programmatie zou geënt moeten zijn op de steeds meer diverse groep die gebruik maakt of beleidsmatig verwacht wordt gebruik te maken van de diensten voor gezinszorg. Gezien het huidige capaciteitstekort dat ervaren wordt bij diensten voor gezinszorg, kan men vaak geen extra inspanningen doen voor het bereiken van een meer diverse doelgroep (andere kwetsbare doelgroepen dan ouderen zoals personen met een handicap). Het is dan ook belangrijk om ervoor te zorgen dat er voldoende gesubsidieerde uren naar de diensten voor gezinszorg gaan. Deze aanbeveling geldt ongeacht de beleidskeuzes die gemaakt worden, maar kan andere proporties aannemen afhankelijk van beleidskeuzes (zie 1.2). Idealiter wordt daarbij ook bekeken of er aanpassingen kunnen gebeuren in de programmatie om meer continuïteit en flexibiliteit van ondersteuning te kunnen bieden.

Belangrijk om hierbij in het achterhoofd te houden is dat het oplossen van het capaciteitstekort bij de diensten voor gezinszorg een complex vraagstuk is. Niet alle diensten voor gezinszorg benutten momenteel al de gesubsidieerde uren omwille van personeelstekorten. Ook het trachten verminderen van deze personeelstekorten is dus belangrijk nu en in de toekomst met de krapte op de arbeidsmarkt (De Rynck & Dispa, 2023).

Ten tweede is het ook aan te bevelen om de meer diverse doelgroep die ondersteuning krijgt van diensten voor gezinszorg meer aan bod te laten komen in de basisopleiding van toekomstige medewerkers van diensten voor gezinszorg.

1.2 Gezinszorg: voor welke personen met een handicap en welke noden?

Een volgende belangrijke beleidskeuze is “Voor welke personen met een handicap in prioriteitengroep 3 en voor welke noden worden diensten voor gezinszorg als oplossing gezien?”. Het VAPH schoof immers diensten voor gezinszorg naar voor als mogelijke oplossing voor de praktische noden van personen met een handicap in prioriteitengroep 3.

Op basis van ons onderzoek concluderen we dat er binnen de doelgroep personen met een handicap in prioriteitengroep 3 een grote diversiteit heerst. We bevelen dan ook aan om een onderscheid te maken tussen personen met een handicap in prioriteitengroep 3 waarvoor diensten voor gezinszorg (a) een onmiddellijke gedeeltelijke oplossing kan zijn, (b) een gedeeltelijke oplossing kan zijn mits enkele voorwaarden vervuld zijn, en (c) geen oplossing zijn.

Momenteel krijgen de diensten voor gezinszorg zowel vragen voor praktische hulp van personen met een handicap die ze kunnen inlossen (groep a). Maar soms krijgen ze ook zwaardere zorgvragen waarbij handicapspecifieke ondersteuning (bv. door samenwerking met VAPH-organisaties) of een handicapspecifieke aanpak van hun medewerkers noodzakelijk is (groep b of c).

Momenteel loopt de ondersteuning soms spaak omdat de handicapspecifieke ondersteuning of aanpak niet geboden wordt of kan worden. Bovendien weten de diensten voor gezinszorg niet welke personen erkend zijn als PmH door het VAPH, of er een aanvraag voor PVB is en in welke prioriteitengroep de personen ingedeeld zijn. Een duidelijkere keuze en scherpere afbakening voor welke personen met een handicap en voor welke noden de diensten voor gezinszorg mogelijk complementair een oplossing kunnen bieden aan PmH in PG3, dringt zich dan ook op. Deze beleidskeuze op macroniveau bepaalt immers mee de te bewandelen beleidssporen op meso- en microniveau.

Dit impliceert niet dat de zwaardere zorgvragen buiten beschouwing gelaten moeten worden. Integendeel, we pleiten er net voor om er goed over te waken dat iedere zorgnood bij de juiste organisatie terechtkomt. En dat er meer wordt ingezet op het complementair inschakelen van diensten voor gezinszorg en RTH-aanbieders en/of vergunde zorgaanbieders voor het kwalitatief ondersteunen van personen met een handicap (in prioriteitengroep 3).

Indien diensten voor gezinszorg voor personen met een handicap in prioriteitengroep 3 gezien worden als hulp bij voornamelijk praktische noden dan is het aangewezen om bijkomend in te zetten op de nodige hulp en ondersteuning voor de andere, mogelijk meer handicapspecifieke noden. In theorie kunnen personen met een handicap uit prioriteitengroep 3 hiervoor een beroep doen op RTH. Daar zijn echter vaak lange wachttijden. Het beleid kan ervoor kiezen om *de RTH-aanbieders meer middelen te geven, en/of meer PVB ter beschikking stellen* zodat de personen met een handicap de handicapspecifieke hulp bij vergunde zorgaanbieders kunnen inkopen. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat een deel van de ervaren druk (omwille van het personeelstekort en ontoereikend urencontingent) wegvalt bij de diensten voor gezinszorg. Bij deze beleidskeuze is beperkte bijkomende opleiding voor het personeel van de diensten voor gezinszorg tot slot ook aangewezen. Indien hun taken zich beperken tot ondersteuning bij praktische taken, gecombineerd met handicapspecifieke hulp door VAPH-organisaties, is het voldoende dat zij basiskennis over PmH en achtergrondinformatie rond de persoon met een handicap hebben om het gedrag van de specifieke gebruiker te kunnen plaatsen en de eigen aanpak af te kunnen stemmen op de noden van de gebruiker (bv. naar een persoon met ASS duidelijk communiceren wat hij/zij/hun kan verwachten). Informatie- en expertisedeling op niveau van de gebruiker van een dienst voor gezinszorg (casusniveau) wordt echter momenteel bemoeilijkt doordat

de kennis over het beroepsgeheim en het delen van informatie bij (para)medische en welzijnsberoepen onvoldoende aanwezig is. Welzijnswerkers hebben een gedeeld beroepsgeheim waardoor noodzakelijke informatie, informatie die nodig is om goede zorg of ondersteuning te bieden en de zorgdoelen te bereiken, wel gedeeld kan worden.

Wanneer er echter beleidsmatig geopteerd wordt om diensten voor gezinszorg ook in te zetten bij meer handicapspecifieke of complexe ondersteuningsnoden, dan vraagt dit de nodige bijsturing en aanpassing op vele fronten. Ten eerste vergt dit veel meer *bijkomend personeel voor de diensten voor gezinszorg*. Het beleid kan hiervoor ruimte scheppen door het urencontingent verder uit te breiden, maar ook de arbeidsmarkt moet dan kunnen volgen. Een mogelijke optie is om *bij de programmatie* niet enkel de leeftijd van de populatie mee in rekening te nemen, maar *ook te kijken naar het aantal kwetsbare personen, waaronder personen met een handicap (in prioriteitengroep 3) (zie ook 1.1)*.

Dit betekent ook dat het bijkomende personeel, net als de huidige medewerkers van de diensten voor gezinszorg, *extra opgeleid* moeten worden rond personen met een handicap en de handicapspecifieke kennis en competenties. Het is belangrijk om vorming, training en opleiding te voorzien op verschillende niveaus, namelijk zowel het verhogen van de algemene kennis en competenties omtrent de doelgroep PmH als expertisedeling op niveau van de gebruiker met een handicap (casusniveau). Verschillende organisaties kunnen hier hun steentje in bijdragen. Zo kan de basisopleiding voor verzorgenden meer aandacht besteden aan de diverse doelgroep, waaronder personen met een handicap. Daarnaast kunnen de diensten voor gezinszorg nog meer of intenser samenwerken met organisaties die momenteel reeds praktische ondersteuning aan PmH aanbieden (bv. de RTH-aanbieders en vergunde zorgaanbieders). Zij beschikken immers over veel handicapspecifieke kennis, competenties en ervaring en zijn bereid deze expertise te delen, bv. via outreach (reeds bestaand aanbod waarbij een RTH-aanbieder zijn kennis doorgeeft aan personen die de persoon met een (vermoeden van) handicap ondersteunen (bv. dienst voor gezinszorg) om hen te versterken in hun hulp- en dienstverlening aan de persoon met een (vermoeden van) handicap (VAPH, z.d.-c)). De kennis over het beroepsgeheim en de informatiedeling bij paramedische en welzijnsberoepen is daarnaast onvoldoende aanwezig, wat de informatie- en expertisedeling bemoeilijkt. Maar ook tussen de diensten voor gezinszorg is expertisedeling mogelijk en belangrijk bv. delen van goede praktijken. Je hoeft immers niet altijd het warm water uit te vinden. Tot slot is het belangrijk dat de diensten voor gezinszorg hun personeel voldoende ondersteunen in het werken met personen met een handicap. Hands-on vormingen, intervisie en coaching door referentiepersonen of coaches PmH blijken hiervoor geschikte methoden te zijn. Wanneer medewerkers van diensten voor gezinszorg zich capabel en ervaren voelen in het ondersteunen van personen met een handicap, zullen zij op termijn ook sneller kiezen om met deze doelgroep te gaan werken.

Wie neemt welke rol op? Naar een duidelijke invulling

Diensten voor gezinszorg vormen een schakel in een groter geheel. Het is aan te bevelen deze samenwerking vanuit het beleid verder te stimuleren door afstemming en samenwerking over de beleidsdomeinen heen te faciliteren. Diensten voor gezinszorg moeten in de mogelijkheid gesteld worden om hun medewerkers op te laten leiden bij andere organisaties (bv. bij vergunde zorgaanbieders). Maar de samenwerking wordt ook verder versterkt door samen de zorg en ondersteuning van PmH in prioriteitengroep 3 op te nemen. In dat kader is het aangewezen om verder te verkennen hoe de gegevensdeling tussen de verschillende organisaties vlotter georganiseerd kan worden. Het lijkt op het eerste zicht mogelijk contradictorisch, maar binnen de samenwerking is ook een duidelijke invulling van ieders rol wenselijk. Het is belangrijk dat het voor de gebruikers en professionals

duidelijk is voor wat men bij wie terecht kan en waar het onderscheid tussen gelijkaardige organisaties net zit.

Hoe beslissen?

Zowel de keuze voor specifieke ondersteuningsnoden als specifieke doelgroepen vereist dus dat er een duidelijk kader met helder omschreven taken en rollen is voor PmH of diens (professionele) ondersteuners om in te schatten voor wie en voor welke noden diensten voor gezinszorg al dan niet geschikt zijn. De input voor dit kader kan uit verschillende hoeken komen. Het beleid kan de huidige toeliders of begeleidend personeel (extra) ruimte geven om de lopende trajecten van personen met een handicap uit prioriteitengroep 3 bij de diensten voor gezinszorg voldoende op te volgen. Er valt namelijk veel te leren uit trajecten die al dan niet spaak lopen. Daarnaast is er nood aan bijkomend onderzoek naar de doelgroepen voor wie diensten voor gezinszorg (al dan niet) geschikt zijn, de noden waarop diensten voor gezinszorg een antwoord kunnen bieden en de voorwaarden die er zijn om een kwalitatief antwoord te kunnen bieden.

We zien verschillende stakeholders die de inschatting of gezinszorg geschikt is kunnen maken. De toeliders die nu voor een grote groep van personen met een handicap reeds het traject richting de diensten voor gezinszorg begeleiden. Maar ook het begeleidend personeel van de diensten voor gezinszorg zou tijdens het intakegesprek en het jaarlijks sociaal onderzoek de afweging kunnen maken of de dienst voor gezinszorg voor de gebruiker in kwestie en zijn hulpvragen de meest geschikte dienst is. Uiteraard kan ook de PmH zelf, of diens naasten, hierin meebeslissen. Indien de potentiële gebruikers van de diensten voor gezinszorg beter geïnformeerd worden over wat gezinszorg inhoudt, resulteert dit mogelijk in juistere verwachtingen ten aanzien van deze ondersteuningsvorm. Er hoeft dus op termijn niet altijd meer beroep gedaan te worden op de inschatting van andere organisaties. Daarnaast is het belangrijk dat er aan het begin van een traject en wanneer de zorg- en ondersteuningsnoden of de eigenregiemogelijkheden van de PmH en diens naaste veranderen tijd gemaakt wordt om af te spreken wie de rol van zorgcoördinator opneemt. Dit kan zowel de persoon met een handicap zelf zijn als een persoon uit het persoonlijk netwerk van de persoon met een handicap of een professionele actor. Het is voornamelijk belangrijk dat er expliciet iemand wordt aangeduid voor deze opdracht.

1.3 Quick wins op macroniveau

Los van de bovenstaande beleidskeuzes, kunnen er op beleidsniveau nog stappen gezet worden om het bereiken en ondersteunen van personen met een handicap door de diensten voor gezinszorg op korte termijn te vergemakkelijken.

Men kan stimulansen geven aan de diensten voor gezinszorg om nog meer in te zetten op de gekozen doelgroepen⁵ van personen met een handicap, zoals de recente beslissing om uren in het urencontingent van diensten voor gezinszorg te voorzien die specifiek in te zetten zijn voor personen met een handicap in prioriteitengroep 3⁶. Momenteel is er ook een extra subsidie die de diensten voor gezinszorg ontvangen wanneer ze iemand met een ondersteuningsplan van een DOP begeleiden (DOP-uren, zie hoofdstuk 2, 3.4.1.3). Deze uren zijn er om ervoor te zorgen dat personen met een handicap die over een ondersteuningsplan beschikken bij de start van de dienst voor gezinszorg kunnen beschikken over voldoende en passende zorg. In de praktijk zien de respondenten deze uren echter niet voldoende terugvloeien naar de doelgroep in kwestie. De subsidiërende overheid kan verkennen of een actualisatie van de DOP-uren in deze relevant is en bv. in de regelgeving expliciet opnemen dat deze uren gebruikt moeten worden voor extra ondersteuning aan personen met een handicap of vorming(en) en coaching rond de doelgroep van personen met een handicap. Deze DOP-uren zijn daarnaast over het algemeen onvoldoende gekend en gebruikt, mede omdat de bijkomende administratie niet opweegt tegen het financiële voordeel (€2 extra per uur gezinszorg gedurende maximum drie maanden). De overheid kan deze drempels wegwerken door de administratieve last te verlagen en ervoor te zorgen dat de DOP-uren bij iedere dienst voor gezinszorg gekend zijn. Tot slot kan er ook bekeken worden of de subsidie van DOP-uren kan uitgebreid worden voor PmH die een ondersteuningsplan laten opmaken via een DMW of zelf een ondersteuningsplan hebben opgemaakt en ingediend.

De stimulans hoeft echter niet noodzakelijk financieel te zijn. Of iets bijkomend te bieden. Verschillende respondenten gaven aan dat ondersteuning bieden aan personen met een handicap reeds vervat zit in de opdracht van de diensten voor gezinszorg. Als overheid kan men dus ook een stimulans geven door deze opdrachten/verwachtingen nog eens extra te benadrukken. Zeker wanneer deze gesterkt wordt door specifieke beleidskeuzes.

Een tweede quick win heeft betrekking op de kennis van het aanbod van de toeleiders en de diensten voor gezinszorg. In de officiële communicatie in het kader van de beslissing rond het persoonsvolgend budget kunnen reguliere diensten zoals diensten voor gezinszorg, naast RTH en hulpmiddelen en aanpassingen, vermeld worden als mogelijkheid tot ondersteuning. Ruimer bekeken kan ieder aanknopingspunt benut worden om diensten voor gezinszorg ter sprake te brengen: bij contacten met het OCMW, bij het ophalen van de parkeerkaart voor personen met een beperking, na een hospitalisatie of medische ingreep

Tot slot is het momenteel volgens de respondenten voor zowel personen met een handicap en hun naasten als professionelen niet altijd duidelijk met welke vragen ze bij wie het beste terecht kunnen (VAPH-organisaties, DMW, diensten voor gezinszorg). Deze drempel kan weggewerkt worden door als beleid duidelijkheid te scheppen bij welke diensten men terecht kan voor wat juist (van brede vraagverheldering tot specifieke expertise PmH) en dit ook te communiceren naar personen met een handicap en hun naasten én professionelen. Hiervoor kan er bijvoorbeeld een beslissingsboom of

⁵ De concrete doelgroep hangt af van de gemaakte beleidskeuzes

⁶ Conform het Besluit Vlaamse Regering Tot Vaststelling van Het Totale Aantal Subsidiabele Uren Gezinszorg En Het Totale Aantal Subsidiabele Uren Schoonmaakhulp, Karweihulp of Oppashulp Voor de Diensten Voor Gezinszorg Voor Het Jaar 2024, En Tot Bepaling van de Criteria Voor de Verdeling van de Extra Uren Gezinszorg Voor de personen Met Een Handicap, En Tot Invoering van Een Extra Subsidie Voor 2024 Als Compensatie Voor de Hogere Brandstofkosten van de Diensten Voor Gezinszorg, 2024

organigram uitgewerkt worden dat duidelijk maakt welke hulp door wie en wanneer kan worden geboden.

2 Mesoniveau

Aanvullend op de aanbevelingen op beleidsniveau, zien we mogelijkheden op organisatieniveau. Voldoende capaciteit, zowel op het vlak van personeel als op het vlak van urencontingent, vormt bij de onderstaande aanbevelingen een essentiële randvoorwaarde.

2.1 PmH (nog meer) als expliciete doelgroep

In de eerste plaats is het belangrijk dat de toeleiders en de diensten voor gezinszorg nog meer inzetten op het bereiken van (die groepen van) personen met een handicap die ze nu minder of helemaal niet bereiken. Welke doelgroepen dat exact zijn, is afhankelijk van de beleidskeuzes van de Vlaamse Overheid (zie ook aanbevelingen macroniveau), en de vertaling daarvan in organisaties hun eigen visie. Heel wat organisaties staan reeds open voor PmH maar deze openheid kan nog explicieter benadrukt worden. Op die manier kan de mindshift binnen de toeleiders en de diensten voor gezinszorg meer op gang gebracht worden.

2.2 Competente medewerkers

Samenhangend met de eerste aanbeveling, dienen de diensten voor gezinszorg hun personeel vorming, training en opleiding aan te bieden voor PmH. Ook hier hangt de concrete invulling (basiskennis of een uitgebreide opleiding) af van de beleidskeuzes die op het Vlaamse niveau gemaakt worden.

2.3 Bekendmaking van het eigen aanbod

Ook rond de kennis van het eigen aanbod kunnen de toeleiders en de diensten voor gezinszorg zelf stappen ondernemen. Zo kunnen ze informatie over het eigen aanbod verspreiden naar potentiële gebruikers toe en naar andere organisaties in hun buurt. Ten aanzien van potentiële gebruikers is het aangewezen dat de diensten voor gezinszorg in hun communicatie diverse doelgroepen en hun gevarieerde takenpakket aan bod laten komen. Qua beeldvorming is het bijvoorbeeld belangrijk om niet alleen foto's en getuigenissen van ouderen te gebruiken, maar te variëren om zoveel mogelijk potentiële gebruikers aan te spreken. De doelgroep van personen met een handicap wordt hierin best expliciet vernoemd om de vertaalslag voor geïnteresseerden gemakkelijker te maken. Tot slot kan men in de communicatie alle soorten ondersteuning waarvoor men beroep kan doen op de dienst vermelden. Belangrijk is dat de diensten voor gezinszorg zich met andere woorden meer gaan profileren. Daarbij is het ook belangrijk dat ze hun aanbod op maat van de persoon met handicap bekend maken.

Ook naar andere organisaties in de buurt toe is het wenselijk in te zetten op profilering. De toeleiders en de diensten voor gezinszorg kunnen hun werking voorstellen bij andere organisaties uit de buurt. De respondenten zien een eventuele rol weggelegd voor de eerstelijnszone. De eerstelijnszone kan het platform bieden om het aanbod van alle verschillende zorg- en welzijnsorganisaties te leren kennen, met inbegrip van de toeleiders en diensten voor gezinszorg. Maar ook andere bestaande overlegorganen en organisaties zoals de koepelorganisaties (Zorggezind en VVSG) of lokale besturen

kunnen hier actie in ondernemen. Dit kan mond-aan-mond-reclame, doorverwijzing en eventuele samenwerking doen ontstaan of versterken.

3 Microniveau

De laatste groep van aanbevelingen richt zich op het microniveau, op het niveau van en gericht op de gebruiker. Het is immers ook belangrijk dat er op het niveau van de gebruiker, personen met een handicap, drempels aangepakt worden.

Zo spelen financiële drempels een belangrijke rol in het niet of beperkt aanvragen van ondersteuning door diensten voor gezinszorg bij personen met een handicap. Belangrijk is dat deze *financiële drempels (betaalbaarheid en betaalbaarheid) weggewerkt worden*. Er moet vooral rekening gehouden worden met het feit dat het inkomen van PmH ook gebruikt moet worden voor andere hulp en medische zorgen gerelateerd aan de handicap. Hierdoor blijft er bij sommige PmH niet veel meer over om ondersteuning door diensten voor gezinszorg in te kopen. Dit terwijl diensten voor gezinszorg soms wel noodzakelijk zijn omwille van de handicap om zelfstandig leven mogelijk te maken.

Zorgen voor een betere betaalbaarheid kan op verschillende manieren. Dit kan door de gezinssamenstelling, de woonsituatie etc. anders in rekening te brengen bij de berekening van de gebruikersbijdrage voor gezinszorg bij PmH, rekening houdend met hun socio-demografisch profiel. Maar ook door de rechten van PmH in PG3 nog meer automatisch toe te kennen, meer systematisch te verkennen samen met toeleiders (o.a. DMW) en uit te putten zodat niemand tegemoetkomingen of premies misloopt waarop men recht heeft. Daarbij moet er oog zijn voor alle mogelijke premies en tegemoetkomingen op alle verschillende niveaus (federaal, Vlaams en lokaal). De geüpdatet rechtenverkenner van het departement Zorg (Rechtenverkenner 2.0) kan hierbij een ondersteunende tool zijn.

Naast het wegwerken van financiële drempels moet de *continuïteit en de flexibiliteit van de dienstverlening door diensten voor gezinszorg verder versterkt* worden. Hiervoor zien we twee, complementaire, pistes. Ten eerste is het aan te bevelen dat iedere dienst voor gezinszorg zelf op zoek gaat naar een manier om ondersteuning aan te bieden tijdens het weekend, avonden en nachten. Dit vereist echter dat men voldoende personeel vindt en dat de programmatie en arbeidsvoorwaarden herbekeken worden. Deze piste moet tezamen met het beleid dus eerst verder verkend worden. Men kan hiervoor echter ook over de diensten voor gezinszorg heen gaan samenwerken en afspraken maken. Dit gebeurt in bepaalde regio's nu al in het kader van nachtzorg. Er kunnen nieuwe samenwerkingsverbanden opgezet worden, of de bestaande samenwerkingsverbanden kunnen versterkt worden. Samenwerking brengt echter ook knelpunten met zich mee bv. rond beschikbaarheid en wachttijden van medewerkers en rond gegevensdeling van informatie over gebruikers tussen diensten voor gezinszorg. Ook het wegwerken van deze knelpunten en het faciliteren van deze samenwerkingsverbanden wordt best met het beleid verder verkend.

Tot slot is het van belang dat de toeleiders een warme overdracht garanderen. Uit het onderzoek van het VAPH blijkt immers dat het contacteren van de diensten voor gezinszorg een drempel vormt voor de personen met een handicap in prioriteitengroep 3. In combinatie met onze vaststellingen dat respondenten aangeven dat PmH zelf weinig de weg vinden en dat er verdere opvolging nodig is na het intakegesprek bij de diensten voor gezinszorg, pleiten we dan ook voor een aanklappende aanpak. De toeleiders zouden, indien de cliënt dit wenst, zelf de dienst voor gezinszorg kunnen contacteren, een

afspraken vastleggen etc. Hierin kunnen ook diensten voor gezinszorg een rol opnemen. Dit is in theorie (vanuit het Decreet Betreffende de Woonzorg (2019)) al een taak van de diensten voor gezinszorg, maar in de praktijk kan men, mede omwille van de hierboven beschreven drempels en praktische bezwaren, hier niet zoveel op inzetten als men wenst.

Literatuurlijst

- Agentschap Uitbetaling Groeipakket. (z.d.-a). *Ondersteuningstoelage*. Geraadpleegd 12 april 2024, van <https://www.fons.be/toeslagen-Groeipakket/ondersteuningstoelage>
- Agentschap Uitbetaling Groeipakket. (z.d.-b). *Zorgtoelage voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte*. Geraadpleegd 12 april 2024, van <https://www.groeipakket.be/tegemoetkomingen/zorgtoelage-ondersteuningsbehoefte>
- Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. (z.d.-a). *Hoeveel betaal je voor een mobiliteitshulpmiddel?* Geraadpleegd 26 maart 2024, van <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/mobiliteitshulpmiddelen/hoeveel-betaal-je-voor-een-mobiliteitshulpmiddel>
- Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. (z.d.-b). *Mobiliteitshulpmiddelen*. Geraadpleegd 26 maart 2024, van <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/mobiliteitshulpmiddelen>
- Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. (z.d.-c). *Voorwaarden: wie kan een mobiliteitshulpmiddel krijgen?* Geraadpleegd 26 maart 2024, van <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/voorwaarden-wie-kan-een-mobiliteitshulpmiddel-krijgen>
- Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. (z.d.-d). *Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood*. Geraadpleegd 26 maart 2024, van <http://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-ouderen-met-een-zorgnood>
- Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. (2019). *Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden*. <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-zwaar-zorgbehoevenden>
- Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. (2024a). *Het zorgbudget voor mensen met een handicap combineren met andere tegemoetkomingen*. <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/het-zorgbudget-voor-mensen-met-een-handicap-combineren-met-andere-tegemoetkomingen>
- Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. (2024b). *Zorgbudget voor mensen met een handicap*. <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-mensen-met-een-handicap>
- Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, 189 (2019). <https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1032439&datum=&geannoteerd=false&print=false>
- Besluit van de Vlaamse Regering houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, 1 (2018). <https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1030063&datum=&geannoteerd=false&print=false>
- Besluit Vlaamse Regering tot vaststelling van het totale aantal subsidiabele uren gezinszorg en het totale aantal subsidiabele uren schoonmaakhulp, karweihulp of oppashulp voor de diensten voor gezinszorg voor het jaar 2024, en tot bepaling van de criteria voor de verdeling van de extra uren

- gezinszorg voor de personen met een handicap, en tot invoering van een extra subsidie voor 2024 als compensatie voor de hogere brandstofkosten van de diensten voor gezinszorg (2024). <https://codex.vlaanderen.be/zoeken/Document.aspx?DID=1040132¶m=informatie>
- Bijdrageschaal gezinszorg, 1 (2014). [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/bijdrageschaal die de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg moeten gebruiken om de gebruikersbijdrage voor gezinszorg te berekenen.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/bijdrageschaal%20die%20de%20diensten%20voor%20gezinszorg%20en%20aanvullende%20thuiszorg%20moeten%20gebruiken%20om%20de%20gebruikersbijdrage%20voor%20gezinszorg%20te%20berekenen.pdf)
- Bleys, D., Morrens, B., & Brackx, J. (2024a). *Vervolgonderzoek prioriteitengroep 3: thuiszorg en praktische hulp - Beschrijvende analyses*. <https://www.vaph.be/over-vaph/beleid-en-cijfers/wetenschappelijk-onderzoek/ondersteuning-meerderjarigen/prioriteitengroep-3-en-praktische-hulp>
- Bleys, D., Morrens, B., & Brackx, J. (2024b). *Vervolgonderzoek prioriteitengroep 3: thuiszorg en praktische hulp - Steekproefrespons en datakwaliteit*. <https://www.vaph.be/over-vaph/beleid-en-cijfers/wetenschappelijk-onderzoek/ondersteuning-meerderjarigen/prioriteitengroep-3-en-praktische-hulp>
- Brackx, J., & Bleys, D. (2022). *Bevraging Hulpbronnen en ondersteuning prioriteitengroep 3*. https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/bevraging-hulpbronnen-en-ondersteuning-prioriteitengroep-3/bijlages/steekproefrespons_-_bevraging_hulpbronnen_en_ondersteuning_prioriteitengroep_3.pdf
- Brackx, J., Morrens, B., & Bleys, D. (2024a). *Vervolgonderzoek prioriteitengroep 3: thuiszorg en praktische hulp - Analyses handicap*. <https://www.vaph.be/over-vaph/beleid-en-cijfers/wetenschappelijk-onderzoek/ondersteuning-meerderjarigen/prioriteitengroep-3-en-praktische-hulp>
- Brackx, J., Morrens, B., & Bleys, D. (2024b). *Vervolgonderzoek prioriteitengroep 3: thuiszorg en praktische hulp - Groepsanalyses*. <https://www.vaph.be/over-vaph/beleid-en-cijfers/wetenschappelijk-onderzoek/ondersteuning-meerderjarigen/prioriteitengroep-3-en-praktische-hulp>
- Brackx, J., Morrens, B., & Bleys, D. (2024c). *Vervolgonderzoek prioriteitengroep 3: thuiszorg en praktische hulp - Syntheserapport met beleidsvoorstellen*. <https://www.vaph.be/over-vaph/beleid-en-cijfers/wetenschappelijk-onderzoek/ondersteuning-meerderjarigen/prioriteitengroep-3-en-praktische-hulp>
- De Rynck, P., & Dispa, M.-F. (2023). *Werken in de zorg. Welke toekomst?* <https://www.calameo.com/read/0017742956daa873d1a9a?authid=wVOkcfmJW739>
- Decreet betreffende de woonzorg, 31 (2019). <https://codex.vlaanderen.be/zoeken/Document.aspx?DID=1031639¶m=inhoud>
- Departement Werk en Sociale Economie. (z.d.). *Dienstencheques voor burger*. Geraadpleegd 8 april 2024, van <https://dienstencheques.vlaanderen.be/burger>
- Departement Zorg. (z.d.-a). *BelRAI binnen de thuiszorg*. Geraadpleegd 10 april 2024, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/ezorgzaam-vlaanderen/belrai/belrai-binnen-de-thuiszorg>

- Departement Zorg. (z.d.-b). *De gebruikersbijdrage voor gezinszorg berekenen*. Geraadpleegd 10 april 2024, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/procedures/de-gebruikersbijdrage-voor-gezinszorg-berekenen>
- Departement Zorg. (z.d.-c). *Diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds*. Geraadpleegd 8 april 2024, van <https://zorg-en-gezondheid.be/diensten-maatschappelijk-werk-van-het-ziekenfonds>
- Departement Zorg. (z.d.-d). *DOP-uren aanvragen in het e-loket voor gezinszorg*. Geraadpleegd 9 april 2024, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dop-uren-aanvragen-in-het-e-loket-voor-gezinszorg>
- Departement Zorg. (z.d.-e). *Thuiszorg*. Geraadpleegd 8 april 2024, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/thuiszorg>
- Departement Zorg. (z.d.-f). *Wat voor hulp kunt u krijgen bij gezinszorg?* Geraadpleegd 11 april 2024, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/wat-voor-hulp-kunt-u-krijgen-bij-gezinszorg>
- Digitaal Vlaanderen. (z.d.-a). *Incontinentieforfait*. Geraadpleegd 27 maart 2024, van <https://www.vlaanderen.be/incontinentieforfait>
- Digitaal Vlaanderen. (z.d.-b). *Voor een zieke zorgen*. Geraadpleegd 26 maart 2024, van <https://www.vlaanderen.be/voor-een-zieke-zorgen>
- Digitaal Vlaanderen. (z.d.-c). *Vrijwilligerswerk*. Geraadpleegd 8 april 2024, van <https://www.vlaanderen.be/vrijwilligerswerk>
- Digitaal Vlaanderen. (z.d.-d). *Zorgforfait voor chronisch zieken*. Geraadpleegd 8 april 2024, van <https://www.vlaanderen.be/zorgforfait-voor-chronisch-zieken>
- Digitaal Vlaanderen. (2023). *Integratietegemoetkoming voor personen met een handicap*. <https://www.vlaanderen.be/integratietegemoetkoming-voor-personen-met-een-handicap>
- Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid - Directie-generaal Personen met een handicap. (2023). *Integratietegemoetkoming (IT)*. <https://handicap.belgium.be/nl/tegemoetkomingen/integratietegemoetkoming#Wat-is-een-integratietegemoetkoming?>
- Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid - Directie-generaal Personen met een handicap. (2024). *Inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)*. <https://handicap.belgium.be/nl/tegemoetkomingen/inkomensvervangende-tegemoetkoming>
- Kabinet van Vlaams minister van Welzijn Volksgezondheid en Gezin. (2010). *Perspectief 2020: Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap* (p. 77). <https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/perspectiefplan-2020-nieuw-ondersteuningsplan-voor-personen-met-een-handicap-9-juli-2010/perspectiefplan-2020-nieuw-ondersteuningsbeleid-voor-pmh.pdf>
- KVG Buddy. (z.d.). *Over Buddy*. Geraadpleegd 16 april 2024, van <https://kvgbuddy.be/#/buddy/info>
- Ma-zo. (2024a). *Tegemoetkomingen voor mantelzorgers*. <https://www.ma-zo.be/>
- Ma-zo. (2024b). *Woningaanpassingspremies*. <https://www.ma-zo.be/mazopedia/woningaanpassingspremies/>

- MeerMobiël. (z.d.). *Vervoersmogelijkheden in Vlaanderen en Brussel*. Geraadpleegd 16 april 2024, van <https://www.meermobiël.be/vervoersmogelijkheden-vlaanderen-en-brussel>
- Ministerieel besluit tot bepaling van de nadere regels voor de registratie van gegevens over de activiteiten in het jaarverslag van de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (2013). <https://www.zorg-en-gezondheid.be/ministerieel-besluit-van-29-november-2013-tot-bepaling-van-de-nadere-regels-voor-de-registratie-van>
- Ministerieel besluit tot vaststelling van het bijdragesysteem voor de gebruiker van gezinszorg, 8 (2001). <https://codex.vlaanderen.be/Portals/Codex/documenten/1010255.html>
- RIZIV. (2024). *Forfait voor chronisch zieken*. <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/chronische-ziekten/forfait-voor-chronisch-ziekten>
- VAPH. (z.d.-a). *Bijstand bij de opstart en het beheer van uw budget*. Geraadpleegd 8 april 2024, van <https://www.vaph.be/organisaties/bijstandsorganisaties/bijstand>
- VAPH. (z.d.-b). *Gebruikersverenigingen met informatieloket*. Geraadpleegd 8 april 2024, van <https://www.vaph.be/organisaties/gebruikersverenigingen-met-informatieloket>
- VAPH. (z.d.-c). *Wat is een aanbieder van rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH-aanbieder)?* Geraadpleegd 28 november 2024, van <https://www.vaph.be/professionelen/rth/erkenning>
- VAPH. (z.d.-d). *Wat is een dienst ondersteuningsplan (DOP)?* Geraadpleegd 7 juni 2024, van <https://www.vaph.be/professionelen/dop/erkenning>
- VAPH. (z.d.-e). *Wat is persoonsvolgende financiering (PVF)?* Geraadpleegd 5 juni 2024, van <https://www.vaph.be/pvf/wat>
- VAPH. (2022a). *Diensten ondersteuningsplan - Samen uw ondersteuning plannen*. <https://www.vaph.be/documenten/diensten-ondersteuningsplan-dop>
- VAPH. (2022b, november 24). *Resultaten onderzoek prioriteitengroep 3: wie wacht op budget, heeft vaak praktische hulp nodig*. <https://www.vaph.be/nieuws/2022/11/resultaten-onderzoek-prioriteitengroep-3-wie-wacht-op-budget-heeft-vaak-praktische-hulp-nodig>
- VAPH. (2023a). *Rechtstreeks toegankelijke hulp: Laagdrempelige ondersteuning*. <https://www.vaph.be/documenten/rechtstreeks-toegankelijke-hulp-rth>
- VAPH. (2023b). *Wegwijs in het persoonsvolgend budget voor meerderjarigen*. <https://www.vaph.be/documenten/wegwijs-het-persoonsvolgend-budget>
- VAPH. (2023c). *Wegwijs in het persoonsvolgend budget voor meerderjarigen*. <https://www.vaph.be/documenten/wegwijs-het-persoonsvolgend-budget>
- VAPH. (2024a). *Aanbieders van RTH: Punten en bijdragen*. <https://www.vaph.be/organisaties/rth/punten-bijdragen>
- VAPH. (2024b). *Aanbieders van RTH: Rechtstreeks naar de zorgaanbieder*. <https://www.vaph.be/organisaties/rth/algemeen>
- VAPH. (2024c). *Hulpmiddelen en aanpassingen: Komt u in aanmerking voor een tegemoetkoming?* <https://www.vaph.be/hulpmiddelen/aanvragen>
- VAPH. (2024d). *Hulpmiddelen en aanpassingen: Zelfstandig activiteiten uitvoeren*. <https://www.vaph.be/hulpmiddelen/algemeen>

- VAPH. (2024e). *Ondersteuningsplan persoonsvolgend budget (OP PVB)*.
<https://www.vaph.be/documenten/ondersteuningsplan-persoonsvolgend-budget-op-pvb>
- VAPH. (2024f). *Prioriteitengroepen*. <https://extranet.vaph.be/jaarverslag/2023/pages/25/>
- VAPH. (2024g). *PVB: Hoe wordt uw aanvraag beoordeeld en beslist*.
<https://www.vaph.be/persoonlijke-budgetten/pvb/aanvragen/beoordeling>
- VAPH. (2024h). *PVB: Wachten op een persoonsvolgend budget*. <https://www.vaph.be/persoonlijke-budgetten/pvb/aanvragen/wachten-op-een-pvb>
- Vlaams Parlement. (2014). *Schriftelijke vraag: DOP-uren gezinszorg - Evaluatie*.
- Vlaamse minister van Welzijn Volksgezondheid en Gezin. (2023). *Ministerieel besluit tot vaststelling van de urencontingenten gezinszorg van de erkende diensten voor gezinszorg voor het jaar 2023*.
<https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1039024¶m=inhoud>
- Vlaamse Overheid. (2024). *Vlaamse Regering: Beslissingen van de Vlaamse Regering*.
<https://beslissingenvlaamseregering.vlaanderen.be/?search=gezinszorg>
- Wonen in Vlaanderen. (2023a). *Provincie Antwerpen - Advies en begeleiding woningaanpassing aan verminderd tarief*. <https://www.premiezoeker.be/premie/Antwerpen/Advies-en-begeleiding-woningaanpassing>
- Wonen in Vlaanderen. (2023b). *Provincie Vlaams-Brabant - Aanpassingspremie voor ouderen en personen met een handicap*. <https://www.premiezoeker.be/premie/Vlaams-Brabant/Aanpassingspremie>
- Wonen in Vlaanderen. (2023c). *Wonen in Vlaanderen - Aanpassingspremie*.
<https://www.premiezoeker.be/premie/Vlaanderen/aanpassingspremie>

Bijlagen

Bijlage 1: Voorwaarden ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen specifiek voor PmH

Tabel 23 Voorwaarden ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen specifiek voor PmH

Naam ondersteuning	Voorwaarden	Bronnen
Inkomensvervangende tegemoetkoming	<p>Persoon is tussen de 18 en 65 jaar oud</p> <p>Door een handicap kan de persoon niet werken of werkt de persoon wel maar is het verdienvermogen beperkt tot 1/3^{de} van wat iemand zonder handicap op de reguliere arbeidsmarkt kan verdienen</p> <p>De persoon is ingeschreven in het bevolkingsregister</p> <p>De persoon is gedomicilieerd en werkelijk verblijvend in België</p>	(Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid – Directie-generaal Personen met een handicap, 2024)
Integratietegemoetkoming voor personen met een handicap	<p>Persoon is erkend als PmH, met min. 7 punten op de schaal van zelfredzaamheid</p> <p>Persoon is tussen de 18 en 65 jaar oud</p> <p>Inkomsten van de PmH overschrijdt bepaalde grenzen niet</p> <p>De persoon is ingeschreven in het bevolkingsregister</p> <p>De persoon is gedomicilieerd en werkelijk verblijvend in België</p>	(Digitaal Vlaanderen, 2023; Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid – Directie-generaal Personen met een handicap, 2023)
Zorgbudget voor mensen met een handicap (Dit zorgbudget is uitdovend)	<p>Duidelijk afgebakende groepen van PmH en een vastgestelde ondersteuningsnood</p> <p>De PmH maakt geen gebruik van hulp of ondersteuning die niet gecombineerd mag worden met het zorgbudget zoals het PVB, een inkomensvervangende tegemoetkoming of integratietegemoetkoming als de persoon jonger is dan 21 jaar (uitzondering: vrijwillige overstap van niet-rechtstreeks toegankelijke hulp naar het zorgbudget), ondersteuning door een gehandicaptenvoorziening buiten Vlaanderen</p> <p>De persoon is aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming</p>	(Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, 2024b, 2024a)
Rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH)	<p>De persoon heeft een erkende handicap of vermoeden van handicap</p> <p>Indien vermoeden van handicap: jonger dan 65 jaar bij het eerste gebruik van RTH</p> <p>De persoon woont in Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest</p>	(VAPH, 2023a, 2024b, 2024a)

	De persoon heeft nog geen PVB, ondersteuning door multifunctioneel centrum (MFC) of persoonlijk-assistentiebudget (PAB)	
(Deel-)PVB	De persoon is erkend door het VAPH als PmH De persoon is jonger dan 65 jaar op het moment van de eerste vraag naar ondersteuning aan het VAPH De persoon woont in Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest	(Brackx & Bleys, 2022; VAPH, 2023b)
Tegemoetkoming voor de aankoop van hulpmiddelen of (woning)aanpassingen	De persoon is erkend door het VAPH als PmH De persoon is jonger dan 65 jaar op het moment van de eerste vraag naar ondersteuning aan het VAPH De persoon woont in Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest	(VAPH, 2024c, 2024d)
Zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte	Het kind heeft, volgens een arts van Opgroeien, minstens 4 punten in pijler 1 (gevolgen van de aandoening/beperking voor het kind) of minstens 6 punten in totaal op de drie pijlers (gevolgen van de aandoening/beperking voor het kind, in het dagelijks leven van het kind en in het dagelijks leven van het gezin) Het kind is jonger dan 21 jaar en ontvangt al een Groeipakket	(Agentschap Uitbetaling Groeipakket, z.d.-b)
Ondersteuningstoeslag	Het kind scoort minstens 12 punten op de medisch-sociale schaal Het kind is jonger dan 21 jaar en ontvangt al een Groeipakket Het kind woont in Vlaanderen of Brussel Het kind is Belg of voldoet aan de nationaliteitsvoorwaarden	(Agentschap Uitbetaling Groeipakket, z.d.-a)

Bijlage 2: Voorwaarden ondersteuningsmogelijkheden, premies en tegemoetkomingen bredere doelgroep

Tabel 24 Voorwaarden premies en tegemoetkomingen voor een bredere doelgroep

Naam ondersteuning	Voorwaarden	Bronnen
Zorgforfait voor chronisch zieken	<p>De persoon heeft hoge uitgaven voor gezondheidszorg, namelijk in het betrokken en voorafgaande kalenderjaar minstens €450/jaar of €365/jaar (bij verhoogde tegemoetkoming) remgeld betaald hebben.</p> <p>Verlies aan zelfredzaamheid met criteria per tegemoetkoming.</p> <p>Voor tegemoetkoming van €371,55 moet de persoon in één van volgende situaties zijn: minstens 6 maanden erkend zijn als rechthebbende met een zware aandoening in het kader van kinesithérapie of fysiotherapie in het betrokken of voorafgaande kalenderjaar samen, minstens zesmaal of gedurende minstens 120 dagen opgenomen zijn in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis voldoen aan de medische voorwaarden die recht geven op een zorgtoeslag voor specifieke ondersteuningsbehoeften (Groeipakket)</p> <p>Voor tegemoetkoming van €557,36 moet de persoon in één van volgende situaties zijn: voldoen aan de afhankelijkheidsvoorwaarden voor de toekenning van de integratietegemoetkoming voor personen met een handicap (minstens 12 punten) voldoen aan de afhankelijkheidsvoorwaarden voor de toekenning van de zorgbudget voor ouderen met een zorgnood met een handicap (minstens 12 punten) recht hebben op een tegemoetkoming voor hulp van derden (mindervaliden) als invalide met gezinslast, recht hebben op een tegemoetkoming voor hulp van derden als invalide zonder gezinslast, recht hebben op een uitkering als gerechtigde met gezinslast wegens een behoefte aan hulp van derden</p> <p>Voor de tegemoetkoming van €743,12 moet de persoon minstens drie maanden recht hebben op het forfait B of C in het kader van de thuisverpleging.</p>	(Digitaal Vlaanderen, z.d.-d; RIZIV, 2024)

Incontinentieforfait	<p>De persoon is zwaar zorgbehoevenden:</p> <p>Gedurende minstens 4 van de laatste 12 maanden recht hebben op het forfait B of C in de thuisverpleging</p> <p>Score 3 of 4 voor het criterium 'incontinentie'</p> <p>De laatste dag van de periode van 4 maanden niet verblijven in een verzorgingsinrichting waarvoor de ziekteverzekering een tegemoetkoming voorziet</p> <p>Voorwaarden voor niet-afhankelijke personen:</p> <p>Onbehandelbare vorm van urinaire incontinentie</p> <p>Geen recht op het incontinentieforfait omdat de persoon niet voldoet aan het afhankelijkheids criterium</p> <p>Nog geen tegemoetkoming ontvangen voor autosondage of incontinentiemateriaal</p> <p>Niet verblijven in een verzorgingsinrichting waarvoor de ziekteverzekering een tegemoetkoming voorziet (m.u.v. opname in een acute dienst en bij opvang in een dagverzorgingscentrum)</p>	(Digitaal Vlaanderen, z.d.-a)
Tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen	<p>Medische voorwaarde: behoefte voor een mobiliteitshulpmiddel (langdurige problemen met verplaatsingen) is voorgeschreven door een arts of meer gespecialiseerde zorgverlener.</p> <p>Administratieve voorwaarde: aangesloten zijn bij de Vlaamse sociale bescherming (jaarlijkse zorgpremie betalen aan de zorgkas).</p>	(Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, z.d.-a, z.d.-c, z.d.-b)
Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden	<p>De persoon heeft vijf opeenvolgende kalenderjaren in Vlaanderen of Brussel gewoond of is in een lidstaat van de Europese Economische Ruimte of Zwitserland sociaal verzekerd geweest</p> <p>De persoon is aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming</p> <p>De persoon is zwaar zorgbehoevend en kan dat bewijzen met een verblijfsattest van een residentiële zorgvoorziening of attest zwaar zorgbehoevendheid:</p> <p>Katz-schaal thuisverpleging: min. score B</p> <p>BelRAI Screener (afgenomen i.k.v. gezinszorg of aanvullende thuiszorg): min. totaalscore 13 of min. 5,5 punten op de som van de modules IADL en ADL</p> <p>Medisch-sociale schaal (i.k.v. recht op integratietegemoetkoming, zorgbudget voor ouderen met een zorgnood of tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden): min. score 15</p> <p>Medisch-sociale schaal (i.k.v. zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte of bijkomende kinderbijslag) som van pijlers P1, P2 en P3 min. score 18</p> <p>Attest tegemoetkoming palliatieve verzorging of palliatieve forfait</p> <p>Kine-E-attest</p>	(Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, 2019)

	De persoon doet geen beroep op andere hulp die niet gecombineerd mag worden met het zorgbudget, zoals een PVB (m.u.v. een overgangsmaatregel voor personen die voor 2017 gestart zijn met niet-rechtstreeks toegankelijke hulp en reeds een zorgbudget hadden), MFC, PAB, medisch-pedagogisch instituut (MPI) of ondersteuning door een gehandicaptenvoorziening buiten Vlaanderen	
Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood	<p>Dit zorgbudget kan ten vroegste aangevraagd worden op de dag dat de persoon 65 jaar wordt</p> <p>De persoon heeft een lage zelfredzaamheid:</p> <p>Thuiswonend: Min. 7 punten op de schaal van zelfredzaamheid zoals bepaald door de Directie-generaal Personen met een Handicap</p> <p>Verblijvend in een woonzorgcentrum: automatische toekenning van zorgcategorie 4 (of 5)</p> <p>De gezinsinkomsten overschrijden bepaalde grenzen niet (de grenzen zijn afhankelijk van de gezinssamenstelling)</p> <p>De persoon is aangesloten bij een zorgkas</p> <p>De persoon heeft vijf opeenvolgende kalenderjaren in Vlaanderen of Brussel gewoond of is in een lidstaat van de Europese Economische Ruimte of Zwitserland sociaal verzekerd geweest</p> <p>De persoon ontvangt geen inkomensvervangende tegemoetkoming of integratietegemoetkoming</p>	(Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, z.d.-d)
Vlaamse aanpassingspremie	<p>Behoren tot de doelgroep van de premie:</p> <p>65+ers die aanpassingswerken uitvoeren aan de eigen woning of aan de woning die ze huren op de private huurmarkt met een huurovereenkomst van minstens 3 jaar</p> <p>Bewoner die zijn woning aanpast voor een inwonende 65+er (bloed- of aanverwant tot de 2e graad)</p> <p>Particulieren die een woning voor minstens 9 jaar verhuren aan een woonmaatschappij en aanpassingen uitvoeren voor een 65+er die de woning bewoont</p> <p>Het inkomen van de 65-plusser, eventueel verhoogd met het inkomen van zijn gehuwde of wettelijk samenwonende partner die de premiewoning mee bewoont, mag een bepaalde grens niet overschrijden</p> <p>De 65+er mag op de aanvraagdatum naast de premiewoning geen andere woning volledig in volle eigendom hebben, tenzij het een ongeschikte woning betreft die door hem werd bewoond</p> <p>De aanpassingen vallen binnen één van de twee categorieën: (1) technische en sanitaire uitrusting en (2) verbouwingswerken</p> <p>Alle ingediende facturen (op naam van de aanvrager en met de nodige gegevens) mogen op de aanvraagdatum niet ouder zijn dan 2 jaar en moeten in totaal minstens €1200 (incl. btw) bedragen</p>	(Wonen in Vlaanderen, 2023c)

Advies en begeleiding woningaanpassing aan verminderd tarief (Provincie Antwerpen)	De voorwaarden zijn afhankelijk van de aard van de vraag en de vereiste aanpassingen.	(Wonen in Vlaanderen, 2023a)
Aanpassingspremie voor ouderen en personen met een handicap (Provincie Vlaams-Brabant)	<p>Minstens 1 gezinslid moet 65 jaar of ouder zijn of erkend zijn als persoon met handicap door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid of door het VAPH.</p> <p>De aanvrager moet de aan te passen woning bewonen als eigenaar of als huurder.</p> <p>De aanvrager mag geen ander onroerend goed in volle eigendom of in volledig vruchtgebruik hebben waarvan het totaal niet-geïndexeerde kadastraal inkomen hoger is dan 125 euro.</p> <p>Het inkomen mag de vastgelegde maxima niet overschrijden.</p> <p>De woning moet gelegen zijn in de provincie Vlaams-Brabant en mag geen ongezonde, onverbeterbare woning zijn.</p> <p>De facturen mogen niet ouder zijn dan 1 jaar op de aanvraagdatum.</p> <p>De werken moeten ten laatste uitgevoerd zijn 1 jaar na de beslissing waarbij de premie wordt toegekend.</p> <p>De werken komen in aanmerking voor het verkrijgen van een provinciale premie en er bestaat een verband tussen de aard van de handicap of de graad van invaliditeit van de oudere en de aard van de aanpassingswerken.</p>	(Wonen in Vlaanderen, 2023b)
Tegemoetkoming voor woningaanpassingen	De voorwaarden zijn verschillend per stad of gemeente.	(Ma-zo, 2024b)
Mantelzorgpremie	De voorwaarden worden gekozen door de gemeente zelf. De meest voorkomende voorwaarden gaan over inwonen van de zorgbehoevende persoon bij de mantelzorger, leeftijd, in de gemeente wonen, mate van zelfredzaamheid en familieband.	(Digitaal Vlaanderen, z.d.-b; Ma-zo, 2024a)

Bijlage 3: Gedetailleerd overzicht van de opdrachten van diensten voor gezinszorg

Tabel 25 Opdrachten diensten voor gezinszorg

Type	Omschrijving
<i>Persoonsverzorging</i>	
Dagelijkse lichaamszorg en comfort bieden	<p>Hygiënische zorgen zoals het dagelijks en wekelijks toilet, bad, haarverzorging, voet- en nagelverzorging, mondhygiëne, zorg voor een hoorapparaat, contactlenzen/bril, scheren, opmaak en make-up.</p> <p>Helpen bij bewegen en verplaatsen binnenshuis en buitenshuis.</p> <p>Zorgen voor rust en slaap door een ziekenhuisbed te installeren en opmaken, helpen om in bed te stappen of in de zetel te gaan zitten en zorgen voor een goede houding.</p> <p>Helpen bij het omkleden en kiezen van gepaste kledij.</p> <p>Helpen bij het eten en drinken.</p> <p>Helpen bij het toiletbezoek door het begeleiden naar het toilet, het urinaal/bedpan te gebruiken en helpen bij incontinentie.</p> <p>Bijstand verlenen bij het gebruik van geneesmiddelen (zonder voorschrift).</p> <p>De fysieke veiligheid van de gebruiker ondersteunen.</p> <p>Ervoor zorgen dat een zwaar zorgbehoevende gebruiker comfortabeler verzorgd kan worden, met minder pijn en ongemak.</p>
Specifieke zorg voor zorgbehoevende personen	<p>Ondersteuning bieden bij passieve of actieve beweging, een verband (uitgezonderd compressie door windels) of steunkousen aanbrengen, prothese aanbrengen, een stomazakje verversen bij een genezen stoma, ondersteuning bieden bij een warmte- of koudebehandeling, ondersteuning bieden bij het gebruik van aangepaste hulpmiddelen en verzorgingsmateriaal en vaststellen van de behoefte aan hulpmiddelen.</p>
Observeren en rapporteren	<p>Observeren en rapporteren volgens afspraak over temperatuur, stoelgang, symptomen bij disfuncties en nevenwerkingen bij behandelingen.</p>
Bijstand bij gebruik van orale geneesmiddelen op voorschrift van een arts	<p>Toezien op het gebruik van geneesmiddelen, therapietrouw bevorderen, de stiptheid daarbij ondersteunen.</p>
Bijstand bij verzorging van huidirritaties	<p>Bijstand verlenen bij het verzorgen van huidirritaties.</p>
Eerste hulp	<p>Eerste hulp bij ongevallen.</p>
Zorg voor een goed functionerend lichaam	<p>Aanreiken van tips voor een gezonde levenswijze en een goede lichaamszorg: gezonde en aangepaste voeding, valpreventie en zorg voor voldoende slaap.</p> <p>Ondersteuning bieden bij borstvoeding.</p> <p>Besmettingen voorkomen: beschermingsmaatregelen tegen infectie toepassen, materialen reinigen en ontsmetten.</p> <p>Drukletsels helpen voorkomen, verstijving en misgroeiingen helpen voorkomen, en ademhaling en bloedcirculatie helpen bevorderen.</p> <p>Afspraken over de veiligheid van en het toezicht op zorgvragers (onder meer rusteloze en stervende personen) opvolgen en naleven.</p>

<i>Huishoudelijke hulp</i>	
Organisatie van het huishouden	
Helpen bij maaltijden	Maaltijden bereiden, opdienen, afruimen en afwassen.
Zorg voor kleding	Wassen, strijken en verstellen.
Zorg voor woon- en leefklimaat	Leefruimten hygiënisch onderhouden, bedden opmaken en verschoneren, zorgen voor planten in de woning en zorg voor huisdieren.
Boodschappen doen	
Veiligheid en hygiëne	Zorg dragen voor veiligheid en hygiëne in de woning.
<i>Schoonmaakhulp</i>	
Schoonmaakhulp	Het aanbieden van activiteiten die tot doel hebben de woning van de gebruiker te reinigen en er de hygiëne te bevorderen.
<i>Algemene psychosociale en (ped)agogische ondersteuning</i>	
Aandacht en aanwezigheid	Aandacht geven en aanwezigheid verzekeren.
Psychosociale en emotionele problemen	Opmerken en begrijpen van psychosociale en emotionele problemen en ondersteuning bieden bij de verwerking ervan.
Ondersteuning bieden	Ondersteunen bij sociale contacten, ontspanning, administratie en gezinsbudget, mobiliteitsproblemen, revalidatie en therapietrouw.
Zorg en ondersteuning voor specifieke doelgroepen	Zorg en ondersteuning voor specifieke doelgroepen, zoals kansarmen, psychische zieken, jonge gezinnen voor en na de geboorte van een kind, personen met dementie en terminale zieken.
Zorg voor kinderen	Zorg voor kinderen, zoals zorgen voor een baby, ondersteuning bieden bij de opvoeding, kinderen begeleiden bij spel en huiswerk en toezicht houden op kinderen.
Preventie	Ondersteunen van sociale vaardigheden, ondersteunen van de draagkracht van gebruikers en mantelzorgers, problemen opvangen en signaleren en de zelfzorg stimuleren, opvangen en signaleren van crisissituaties en de gebruiker en zijn omgeving bijstaan in moeilijke momenten, voorkomen en signaleren van misbehandeling of verwaarlozing en signaleren van suïcidaal gedrag.
Karweihulp	Kleinere technische handelingen die toelaten dat de nodige zorg en ondersteuning kan verleend worden binnen een aangepaste en veilige woonomgeving, gericht op het verbeteren van het welzijn van de gebruiker en passend in de realisatie van de beoogde zorg- en ondersteuningsdoelen.
Oppashulp	De gebruiker gezelschap bieden en toezicht houden bij afwezigheid of ter ondersteuning van de mantelzorg.
<i>Andere</i>	
Ondersteuning en versterking eigen zorgregie	Ondersteuning en versterking van gebruikers en hun informele zorg- en ondersteuningsnetwerk bij het opnemen van de eigen zorgregie.
Bepalen en opvolgen zorg-, ondersteunings- en ontwikkelingsdoelen	Op aangeven van en in samenspraak met de gebruiker bepalen en opvolgen van zorg-, ondersteunings- en ontwikkelingsdoelen in het zorg- en ondersteuningsplan.

Coördineren van de integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning	<p>Op verzoek van de gebruiker het coördineren van de integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning.</p> <p>Met geïntegreerde zorg en ondersteuning doelt men op het op operationeel en organisatorisch niveau samenwerken van alle betrokken zorg- en welzijnsactoren en initiatieven van vrijwillige en informele zorg in het streven naar een samenhangende en continue zorg en ondersteuning aan de gebruiker en zijn mantelzorgers, waarbij de zorg- en ondersteuningsvraag en de context van de gebruiker het uitgangspunt vormen en dat gedurende de hele levensloop.</p> <p>Met integrale zorg en ondersteuning doelt men op de zorg en ondersteuning die een persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag als geheel benadert, rekening houdend met aspecten van medische, psychosociale, levensbeschouwelijke en culturele aard en ook met factoren uit het dagelijks leven.</p>
Evalueren en objectiveren van het zelfzorgvermogen	Het zelfzorgvermogen van de gebruiker evalueren en objectiveren in functie van het toekennen van zorgbudgetten.

(Decreet betreffende de woonzorg, 2019; Departement Zorg, z.d.-f)

Bijlage 4: Topiclijst focusgroepen toeleiders

Toelichting

- Opzet onderzoek
- Opzet focusgroep [zeker aanhalen dat we kijken naar prioriteitengroep 3]
- Formulier voor geïnformeerde toestemming

Kennismaking(srondje)

- Naam
- Functie
- Organisatie
- Regio
- *[iets leuks om het ijs te breken]*

Toeleiding naar gezinszorg

Om te beginnen willen we wat zicht krijgen op de **toeleiding in het algemeen**.

0. Personen stappen naar toeleider toe: bereiken jullie alle personen met een (vermoeden van een) handicap?
 - a. Indien niet:
 - i. Wie niet?
 - ii. Waarom bereik je die niet?
 - iii. Hoe kan dit verbeterd worden?
 - iv. Welke vragen bereiken jullie wel?
 - b. Indien wel: hoe zorgen jullie hiervoor?
1. Gezinszorg voorstellen:
 - a. Wordt gezinszorg tijdens de gesprekken voorgesteld?
 - i. Indien niet: waarom niet?
 - ii. Wat moet er veranderen opdat je dat wel zou doen? *[samenwerking opstellen, heeft dat meerwaarde?]*
 - iii. Indien wel: zetten jullie hier actief op in? *[samenwerking? Voordelen en moeilijkheden]*
 1. Waarom niet/wel? *[DOP-uren gekend?]*
 - iv. Wanneer komt dit aan bod?
 - v. Hoe komt dit dan ter sprake? (door de persoon zelf aangehaald, op insteek van toeleider ...?)
 - vi. Bij wie wordt dit ter sprake gebracht? Bij welke hulpvragen wordt dit voorgesteld? (positieve keuze of negatieve (als alternatief voor iets anders?))
 1. Indien negatieve keuze: in welke gevallen wordt het gebruikt? Als alternatief voor wat?
 - vii. Hoe omschrijf je gezinszorg dan aan de cliënt?
 - viii. Hoe wordt er op dat voorstel gereageerd? [positief of negatief]
 1. Wat is de reactie concreet?

2. Indien negatief: wat zijn volgens jou mogelijke drempels?
3. Indien positief: wat overtuigt hen?

2. Vervolg traject:

- a. Heb je er zicht op of de cliënten ook effectief een beroep doen op gezinszorg?
- b. Ondersteun je de personen daarin? [*warme overdracht?, aanklappende ondersteuning*]
- c. Wat maakt dat ze het uiteindelijk niet doen?
- d. Zijn er cliënten die eerst negatief reageerden, maar uiteindelijk toch gebruik maken van gezinszorg?
 - i. Wat had hen overtuigd?

Stellingen (indien gesprek niet goed op gang komt/blijft):

- “Sommige PmH zullen we nooit doorverwijzen naar gezinszorg”
- “Gezinszorg is nooit onze eerste keuze”
- “Als PmH nood hebben aan individuele praktische hulp, moet dat betaald kunnen worden via een PVB”

Zijn er nog andere puntjes rond gezinszorg die je kwijt wil?

Bijlage 5: Topiclijst focusgroepen diensten voor gezinszorg

Toelichting

- Opzet onderzoek
- Opzet focusgroep
- Formulier voor geïnformeerde toestemming

Kennismaking(srondje)

- Naam
- Functie
- Organisatie
- Regio
- *[lets leuks om het ijs te breken]*

Algemeen aandachtspunt: steeds doorvragen of voor alle types van handicap het geval is, of dat er verschillen zijn.

Bereik PmH

1. *[rode en groene kaartjes]* Heb je al personen met een handicap ondersteund? Of als je in een leidinggevende functie zit: ondersteunt jouw organisatie personen met een handicap?
 - a. Indien groen: Over hoeveel personen gaat het ongeveer?
 - b. Waarmee helpen jullie hen?
 - c. Heb je er altijd zicht op of een persoon erkend is als een PmH?
 - d. Indien rood: Geldt dat voor de ganse organisatie? Bereikt zij wel personen met een handicap?
2. We willen voor de pauze vooral kijken naar mogelijke redenen waarom PmH al dan niet bereikt worden door jullie diensten. *[kunnen ze ook invullen op het invuldocument: drempels en helpende factoren]*
 - a. Hoe komen nieuwe cliënten tot bij jullie?
 - i. Loopt dit anders voor personen met een handicap?
 - b. Wat heeft er volgens jullie voor gezorgd dat jullie personen met een handicap (niet) hebben kunnen bereiken?
 - c. Zetten jullie daar actief op in?
 - i. Indien ja, op welke manier?
 1. Bots je hierbij op bepaalde drempels?
 - ii. Indien nee, waarom niet?
 - iii. Willen/kunnen jullie er meer op inzetten?
 1. Waarom wel/niet?
 2. Wat kan hierbij helpen?
 - d. Waarom zouden PmH geen beroep doen op jullie diensten? *[mogelijke topics: financiële, administratieve last, onbekendheid vanuit PmH, vraagverlegenheid vanuit PmH]*

[PAUZE]

Begeleiden van PmH

In dit tweede deel willen we ingaan op jullie ervaringen met het ondersteunen van personen met een handicap. We doen dit aan de hand van enkele uitdagende stellingen. Je kan aan de hand van het groene en rode kaartje aangeven of je het al dan niet eens bent met de stelling. We gaan er nadien dieper op in.

- “Personen met een handicap ondersteunen is niet onze opdracht”
Mogelijke bijvragen;
 - Waarom wel/niet?
 - Staat dit ergens vastgelegd?
 - Wat vind je daar zelf van?
 - Wie zou dat dan wel moeten doen?
- We zijn capabel om personen met een handicap te ondersteunen”
Mogelijke bijvragen:
 - Waarom wel/niet?
 - Geldt dat voor elk type handicap? Zijn daar verschillen in?
 - Wat heb je nodig om je wel capabel te voelen?
- “Eigenlijk is dat maar net hetzelfde als de andere mensen die we begeleiden”
 - Welke ondersteuning bieden jullie aan PmH?
 - Is de ondersteuning hetzelfde of anders als bij andere doelgroepen?
 - Indien anders, op welke manier?
 - Indien hetzelfde, waarom?

Zijn er zaken die (zouden) helpen om personen met een handicap te ondersteunen?

- Zo ja, welke?
 - *DOP-uren?*
 - *Hogere subsidies voor avond/weekend/feestdagen?*
- Zo nee, waarom niet?

Bijkomende punten

[Rondje] Zijn er nog zaken die niet aan bod zijn gekomen, maar die je wel nog graag kwijt wil?

Bijlage 6: Invuldocument focusgroepen diensten voor gezinszorg



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Bijlage 7: Topiclijst interviews met experts

Praktisch

- Toelichten opzet onderzoek en interview
- Formulier voor geïnformeerde toestemming
- Opname starten
- Vertrouwelijkheidsclausule

Inhoudelijk

Toelichten bevindingen (o.b.v. algemene drempels en helpende factoren en “estafette”)

1. Algemene drempels:
 - a. Het aanbod van de verschillende organisaties (zowel van toeleiders als van diensten gezinszorg, poetsdiensten, thuisverpleging, vergunde zorgaanbieders, RTH-aanbieders ...) is onvoldoende gekend bij de maatschappij (o.a. PmH en hun naasten) en professionals
 - b. Onderscheid tussen organisaties is onduidelijk (zowel voor potentiële gebruikers als professionals)
 - c. Doelgroep PmH wordt te weinig expliciet benoemd door de organisaties
 - d. Geen structurele doorverwijzing/communicatie over diensten voor gezinszorg in de brief omtrent de beslissing PVB, folder PVB (spreken enkel over RTH en hulpmiddelen in afwachting van PVB)
 - e. Alles op persoonlijke basis (afhankelijk van goodwill en kennis persoon), niets structureels
 - f. Geen stimulansen voor toeleiders en diensten voor gezinszorg om meer in te zetten op PmH (die ze nog niet bereiken) omdat ze al aan hun aantallen komen
2. Algemene helpende factoren
 - a. Mond-aan-mond-reclame
 - b. Samenwerking met andere organisaties (vergunde zorgaanbieders, scholen, ziekenhuizen, DOP ...)
3. Drempels per fase:
 - a. Bereiken van PmH door toeleiders
 - i. Niet alle (types) PmH bereikt
 - ii. Financiering toeleiders is beperkt → geen ruimte om acties te ondernemen om “missende” doelgroepen proactief te bereiken
 - b. Voorstellen van diensten voor gezinszorg aan PmH
 - i. Voor toeleiders:
 1. Beperkte kennis van diensten voor gezinszorg over de doelgroep PmH
 2. Wachtlijsten (of idee dat die er zullen zijn)
 3. Beperkingen van de taken die diensten voor gezinszorg mogen uitvoeren
 - ii. Voor PmH:
 1. Financiële luik: gebruikersbijdrage + feit dat niet iedereen kennis heeft van alle mogelijke premies en tegemoetkomingen
 2. Complexiteit en administratieve last bij het aanvragen van een dienst voor gezinszorg
 3. Flexibiliteit en continuïteit van de zorg geboden door diensten voor gezinszorg
 4. Beeldvorming en stigma rond diensten voor gezinszorg

5. Vertrouwen (iemand nieuw in huis)
 6. Ontbreken van het inzicht dat hulp van derden nodig is
 - c. Vervolg toeleiding
 - i. Toeleiders geen tijd voor opvolging na intake
 - ii. Mismatch: jongeren toegeleid naar gezinszorg \leftrightarrow idee bij jongeren dat gezinszorg voor ouderen is
 - d. Bereiken van PmH door diensten voor gezinszorg
 - i. Aanbod van diensten voor gezinszorg onvoldoende gekend bij PmH en hun naasten en professionals
 - ii. Aanbod van diensten voor gezinszorg verschilt tussen de verschillende diensten
 - iii. Onvoldoende ruimte binnen het urencontingent of personeelsbezetting van sommige diensten voor gezinszorg
 - iv. Flexibiliteit en continuïteit van zorg en ondersteuning
 - v. Hoge gebruikersbijdrage
 - vi. Schotten tussen verschillende organisaties en/of departementen
 - e. Begeleiden van PmH door diensten voor gezinszorg
 - i. Niet iedereen wil met de doelgroep werken
 - ii. Vraagt meer (kennis en competenties) van de medewerkers
= ontbrekende kennis over doelgroep (opleiding niet afgestemd op huidige samenleving)
 - iii. Grenzen bewaken: verwachtingen t.a.v. diensten voor gezinszorg kloppen niet (zowel onderschatting als overschatting) OF zorgvraag te groot (eigenlijk nood aan handicapspecifieke hulp of andere meer intensieve/gespecialiseerde hulp)
4. Welke zaken zijn herkenbaar?
 5. Welke verrassen je?
 - a. Waarom?
 6. Zijn er zaken die ontbreken?
 7. 3 à 5 belangrijkste zaken die je meeneemt uit de toelichting?
 8. [per punt, in volgorde van belangrijkheid] wat tijd geven om voor zichzelf te noteren
 - a. [bij zaken die niet goed gaan] Wat moet er veranderen?
 - i. Op welke manier kan dit bekomen worden?
 1. Op korte termijn
 2. Op lange termijn: Hoe zou het er over 10 jaar idealiter uitzien?
 - ii. Welke concrete aanbevelingen zou je hieraan koppelen? [opsplitsing maken tussen de eigen organisatie/sector en gericht naar anderen(overheid ...)]
 - b. [bij zaken die goed gaan] Wat moet er behouden blijven?
 - i. Hoe kan dit verder benadrukt worden?
 - ii. Welke concrete aanbevelingen zou je hieraan koppelen? [opsplitsing maken tussen de eigen organisatie/sector en gericht naar anderen(overheid ...)]
 9. Nog bijkomende opmerkingen of bedenkingen die je zeker wil meegeven?