

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten  
binnen de eerste lijn**

Liesbeth Op de Beeck  
Dr. Eveline Teppers  
Prof. dr. Tine Van Regenmortel



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



Publicatie nr. 2020/01

SWVG-Rapport 32

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn

Promotor: Prof. dr. Tine Van Regenmortel<sup>1</sup>

Onderzoekers: Liesbeth Op de Beeck<sup>1</sup>, dr. Eveline Teppers<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIVA Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest 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>	
<b>KU Leuven</b>	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
<b>UGent</b>	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. An De Sutter
<b>Vrije Universiteit Brussel</b>	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b>	
· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b>	
· Centrum voor Statistiek	
<b>Thomas More Hogeschool</b>	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b>	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
<b>Hogeschool Gent</b>	
· Faculteit Mens en Welzijn	
<b>UC Leuven-Limburg</b>	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

## Rapport 32

Maart 2020

### Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn

Onderzoeker: Liesbeth Op de Beeck<sup>1</sup>, dr. Eveline Teppers<sup>1</sup>

Promotor: Prof. dr. Tine Van Regenmortel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIVA Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

### Samenvatting

Dit onderzoek evalueert de plaats en werking van diensten voor rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) binnen de eerste lijn met als objectief beleidsaanbevelingen voorop te stellen. De centrale onderzoeksvraag luidt: *wie is de RTH-cliënt, op welk aanbod kan deze beroep doen en welke (intersectorale) samenwerkingen zijn hiervoor uitgebouwd?*

De centrale onderzoeksvraag omvat drie thematische clusters van meer concrete onderzoeksvragen: 1) het aanbod van RTH-diensten, zowel voor wat betreft de omvang en spreiding als de inhoud van de ondersteuning, 2) de doelgroep van RTH-diensten, meer specifiek het profiel en de kenmerken van de RTH-cliënten en 3) de (inter)sectorale samenwerking van RTH-diensten, tevens gerelateerd aan hun outreach functie. Outreach wordt door het VAPH opgevat als de overdracht van handicapspecifieke kennis naar een groep van minimaal drie ondersteuners zodat de aangeboden ondersteuning beter kan worden afgestemd op de noden en behoeften van personen met een handicap. RTH-diensten vormen de focus van dit onderzoek. Daarnaast is er ook, zij het in meer beperkte mate, aandacht voor het perspectief van reguliere diensten en gebruikers.

In het onderzoek combineren we kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden: een kwantitatieve analyse van administratieve data en data van een websurvey waaraan RTH-diensten hebben deelgenomen, aangevuld met verkennende individuele gesprekken alsook twee verdiepende focusgroepen met diverse stakeholders.

Op basis van de administratieve data en een websurvey werd inzicht verworven in het RTH-aanbod en het profiel van de RTH-cliënt. Daarnaast boden deze kwantitatieve data ook inzicht in de manier waarop RTH-diensten (inter)sectorale samenwerking en outreach aanpakken en ervaren.

Het kwantitatieve onderzoeksluik bestond uit twee verschillende datasets, meer specifiek een rijke administratieve dataset van het VAPH met registratiegegevens van 210 penhouders (erkende RTH-diensten) en van 26 088 personen met (een vermoeden van) een handicap over het volledige jaar 2018. Daarnaast een dataset gebaseerd op een websurvey dat werd ingevuld door 142 contactpersonen van RTH-diensten, wat neerkwam op een responsgraad van 88%. In totaal werden er 133 ingevulde surveys gebruikt voor de kwantitatieve analyses.

De kwantitatieve onderzoeksresultaten laten zien dat de RTH-middelen vooral worden ingezet voor mobiele begeleiding (249 029 prestaties) en dagopvang (91 239 prestaties), en minder voor ambulante (34 361 prestaties) en groepsbegeleiding (16 739 prestaties), verblijf (11 833 prestaties) en outreach

(4 173 prestaties). Hieruit kan ook worden afgeleid dat bijna alle RTH-middelen naar RTH-ondersteuning gaat gericht aan cliënten (99%) en in beperkte mate naar de ondersteuning van personen die werken met personen met (een vermoeden van) een handicap (outreach). Dit kan deels worden verklaard door het relatief jong bestaan van outreach, het voornamelijk éénmalige karakter en het onderregistreren van outreach.

Het aanbod van de RTH-ondersteuningsfuncties verschilt tussen de RTH-diensten. Diensten die RTH aanbieden aan minderjarigen hebben een hoger aanbod van outreach en verblijf dan diensten die RTH aanbieden aan enkel meerderjarigen. De voormalige erkende zorgvormen blijken ook samen te hangen met het aanbod van de verschillende ondersteuningsfuncties. Zo hebben de voormalige tehuizen niet-werkenden, dagcentra en internaten ondanks ook een sterk aanbod van begeleiding een hoger aanbod van dagopvang, terwijl de voormalige thuisbegeleidingsdiensten en begeleid wonen het meeste inzetten op begeleiding. De voormalige erkende zorgvormen begeleid wonen, (semi-)internaten en thuisbegeleidingsdiensten hebben het hoogste aanbod van outreach. Tot slot ligt het aanbod van outreach en verblijf hoger en het aanbod van dagopvang lager bij grote RTH-diensten (gebaseerd op hun erkende RTH-capaciteit) dan bij kleine RTH-diensten.

De kwantitatieve onderzoeksresultaten laten ook regionale verschillen zien, wanneer er wordt gekeken naar de provincie van de penhouder. Ten opzichte van het bevolkingsaantal, zijn er in 2018 meer cliënten geholpen in Antwerpen en West-Vlaanderen (in West-Vlaanderen lag de erkende RTH-capaciteit verhoudingsgewijs ook hoger) en minder cliënten in Hoofdstedelijk Gewest Brussel (waar de erkende RTH-capaciteit verhoudingsgewijs veel lager lag) en Vlaams-Brabant. Er worden ook verschillen gevonden tussen de provincies voor het aandeel RTH-prestaties van de verschillende ondersteuningsfuncties. Bijvoorbeeld het aandeel RTH-prestaties van mobiele begeleiding is het hoogst in Antwerpen en Vlaams-Brabant, terwijl het aandeel RTH-prestaties van dagopvang het hoogst is in Limburg.

Wanneer we dieper gaan kijken naar de ondersteuningsfunctie begeleiding (ambulant, mobiel of groepsbegeleiding), dan geeft de meerderheid van de RTH-diensten aan dat een langdurige (d.i. meer dan twee jaar) opvolging van de cliënt vereist is. Dit wordt sterker aangegeven door grote diensten, diensten met een aanbod aan enkel meerderjarigen en minder sterk door thuisbegeleidingsdiensten en (semi-)internaten. Uit de aangehaalde activiteiten die onder de noemer begeleiding van minderjarigen vallen, komt sterk naar voren dat RTH-diensten zich sterk richten op het netwerk, meer bepaald de ouders. Daarnaast wordt er ook ingezet op inclusie in de maatschappij met betrekking tot opvang, onderwijs maar ook vrije tijd. De activiteiten binnen begeleiding aan meerderjarigen zijn zeer divers en omvatten verschillende levensdomeinen (d.i. relaties, werk, hulpverlening en netwerk). Het thema 'administratie' komt ook sterk naar voren, wat naast een reële vraag van cliënten om met de complexe, administratieve realiteit om te gaan, ook een ingangspoort kan zijn om een vertrouwensrelatie aan te gaan of een impliciete zorgvraag naar ondersteuning.

Uit de kwantitatieve onderzoeksresultaten kunnen we volgende kenmerken van de RTH-cliënt afleiden: 1) gemiddeld is de RTH-cliënt 24 jaar en 52% is meerderjarig, 2) er is op basis van de administratieve gegevens geen indicatie van het handicapprofiel of het gaat in de meeste gevallen om ASS of licht verstandelijke handicap, 3) negen op de tien krijgt RTH bij één vergunde zorgaanbieder, 4) 85% doet beroep op enkel begeleiding (ambulant en/of mobiel en/of groepsbegeleiding), 5) twee op de tien staat op een wachtlijst voor niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (nRTH) (voornamelijk persoonsvolgend budget (PVB), prioriteitengroep 3 en budgetcategorieën I, III, IV en VI), 6) gemiddeld worden 2.72 punten per cliënt ingezet over het hele jaar, wat hoger is voor cliënten die op een wachtlijst voor nRTH staan (3.84 punten) en 7) er kunnen verschillende profielen van gebruik worden onderscheiden.

Met betrekking tot de verschillende profielen van gebruik, zijn er cliënten die een intensieve of hoogfrequente ondersteuning (d.i. 7-8 RTH punten, 7%) hebben gekregen in 2018, wat aantoonde dat het maximum van acht punten niet 'te hoog' is. Verder kan het gaan om slechts één intake (of een afsluitingssessie) (12%), ondersteuning die in het laatste kwartaal van het jaar werd ingezet (9%), weinig intensieve of laagfrequente ondersteuning (d.i. maximum 1 RTH punt, 31%) wat mogelijks overbruggingshulp kan zijn voor personen die moeten wachten op meer RTH-ondersteuning. Uit de websurvey komen ook andere verklaringen naar voren voor een minimale inzet van RTH per cliënt (d.i. minder dan 1 punt): afhaken na de eerste contacten, oplossing gevonden buiten het VAPH, enkel ondersteuning tijdens de schoolvakanties, kiezen voor zorgverdunding door de zorgaanbieders, vanwege de wachtlijsten en hierbij aansluitend een tekort aan (geschikt) aanbod om elke cliënt voldoende ondersteuning te bieden.

Ondanks dat er cliënten zijn voor wie de acht RTH-punten per jaar voldoende zijn, geeft de meerderheid van de RTH-diensten aan dat voor sommige cliënten dit aantal te weinig is. Meer specifiek, iets meer dan vier op de vijf RTH-diensten geeft aan dat het maximum aantal punten per cliënt best wordt verhoogd. Deze verhoging wordt best enkel doorgevoerd onder bepaalde voorwaarden, bijvoorbeeld: voor personen die wachten op de laagste budgetcategorieën van PVB, bij de inzet van verblijf of dagopvang, bij combinaties van verschillende RTH-ondersteuningsfuncties, bij het krijgen van ondersteuning bij verschillende zorgaanbieders/voorzieningen en bij veranderingen in de levenscyclus van de persoon (o.a. transitie momenten, crisissen, het wegvallen van het netwerk).

De RTH-diensten erkennen verschillende sterktes van RTH, zoals het snel, vlot en op korte termijn inzetbaar zijn van RTH, het laagdrempelige en flexibele karakter en de weinig complexe administratie die vereist is. Niettegenstaande komen deze sterktes in het gedrang doordat het aanbod onvoldoende is en er lange wachtlijsten zijn. Negen op de tien RTH-diensten geeft aan dat er binnen hun dienst onvoldoende middelen zijn en acht op de tien presteert meer dan hun erkende RTH-capaciteit. De overprestatie is vooral te wijten aan de grote vraag naar RTH en de expertenrol van de dienst binnen een bepaalde doelgroep. Daarnaast is het bestaan en de druk van wachtlijsten binnen RTH een gekend knelpunt. Ongeveer zes op de tien RTH-diensten werkt met een wachtlijst voor RTH. Het aandeel diensten met een wachtlijst voor begeleiding ligt hoger dan voor de andere ondersteuningsfuncties, 60% tegenover 20-30%. De gemiddelde wachttijd voor begeleiding (indien wachtlijst) ligt ook hoger dan voor de andere ondersteuningsfuncties, 15-16 maanden tegenover 3 maanden (outreach), 7 maanden (verblijf) en 13 maanden (dagopvang). We kunnen op basis van dit onderzoek dus besluiten dat er vanuit de RTH-diensten een sterke nood is aan verdere uitbreiding van het RTH-aanbod.

Meer inzicht verwerven in de manier waarop (inter)sectorale samenwerking en outreach in de praktijk concreet vorm krijgt, was het doel van de gesprekken en focusgroepen. Knelpunten en mogelijkheden ter verbetering werden in kaart gebracht. Zowel RTH-diensten, diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg, eerstelijnsdiensten, een nuldelijnsdienst, diensten ondersteuningsplan (DOP) als gebruikersverenigingen deelden hun ervaringen hieromtrent. Het perspectief van diensten/organisaties die werken met minderjarigen binnen andere sectoren (kinderopvang, onderwijs en jongerenwelzijn) werd eveneens via de kwalitatieve bevraging opgenomen in het onderzoek.

Uit het kwalitatieve onderzoeksluik blijkt dat RTH-diensten naast outreach, zoals dit wordt gedefinieerd door het VAPH, ook kennis en expertise delen op cliëntniveau. Daarnaast blijkt uit praktijkvoorbeelden dat (inter)sectorale samenwerking diverse vormen aanneemt. Er wordt samengewerkt in functie van de ondersteuning aan een individuele cliënt, maar de samenwerkingsverbanden worden ook breder ingevuld. RTH-medewerkers die deelnemen aan consultatiemomenten van eerstelijnsdiensten of een

RTH-medewerker die halftijds deel uitmaakt van een nuldelijnsdienst zijn hier slechts enkele voorbeelden van.

Naar analogie met de kwantitatieve resultaten blijkt dat RTH-diensten aan een brede waaier van actoren outreach bieden en cliëntgebonden kennis overdragen. Er wordt ook met een verscheidenheid aan partners samengewerkt. Het betreft telkens scholen, CLB, organisaties voor jongerenwelzijn, CAW, OCMW, diensten maatschappelijk werk (DMW), thuiszorgdiensten, diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg, etc.

De kwalitatieve resultaten tonen aan dat er meerdere positieve effecten worden verbonden aan zowel outreach, kennisdeling op cliëntniveau alsook aan (inter)sectorale samenwerking. Volgens de diverse stakeholders die werden bevestigd, draagt het onder meer bij tot meer inclusie en kwaliteitsvolle ondersteuning voor personen met een handicap. Ontvangers van outreach bouwen meer zelfvertrouwen op door de aangereikte handvatten en de praktijkgerichte adviezen die hen in staat stellen om beter met de specifieke noden van deze doelgroep om te gaan. Uit getuigenissen van diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg en eerstelijnsdiensten blijkt dat ze in bepaalde situaties botsen op de grenzen van hun eigen specifieke competenties. Doordat meer niet-handicapspecifieke diensten meer praktijkgerichte inzichten en vaardigheden vergaren m.b.t. handicap worden ze ook meer toegankelijk voor de doelgroep personen met een handicap. De kruisbestuiving van kennis en de mogelijkheid om kwetsbare groepen beter te bereiken en toe te leiden door middel van kennisuitwisseling en samenwerking zijn eveneens positieve effecten die werden vermeld.

Toch blijkt uit dit onderzoek dat er ook bezorgdheden en knelpunten worden ervaren. De onderzoeksbevindingen doen ons besluiten dat er verschillende visies bestaan omtrent hetgeen outreach momenteel is en zou kunnen zijn. Vanuit het gebruikersperspectief wordt vooral benadrukt dat ook andere sectoren een verantwoordelijkheid hebben om met eigen middelen te investeren in kennis over handicap wanneer de handvatten die via outreach worden aangeboden niet voldoende zijn. Bijkomend werd er vanuit dit standpunt benadrukt dat de vrije keuze en zelfregie van de persoon met de handicap centraal zou moeten blijven staan binnen een samenwerking die tussen verschillende diensten wordt opgezet in functie van zijn ondersteuning. Heldere communicatie over alle ondersteuningsmogelijkheden, met inbegrip van de krachten van de persoon zelf, afstemming tussen betrokken diensten en een goed overzicht van diegenen die betrokken zijn, is hierin cruciaal. Hoewel de bevestigde RTH-diensten, diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg en eerstelijnsdiensten aangaven (beperkt) aan vraagverduidelijking te doen, wordt dit mogelijks toch niet steeds objectief en breed genoeg bekeken, aldus het standpunt van de DOP en gebruikersverenigingen.

In het kwalitatieve onderzoeksluik observeren we een spanningsveld tussen outreach, het inzetten op ondersteuning en daarmee samenhangend het beheersbaar houden van wachttijden binnen RTH. Andere mogelijke redenen waarom sommige RTH-diensten meer dan wel minder inzetten op outreach kunnen te maken hebben met het type RTH-dienst, de evolutie van RTH-diensten, hun gewoontes, visie, etc. Uit het onderzoek wordt ook duidelijk dat er met betrekking tot aspecten verbonden aan (inter)sectorale samenwerking (overleg, netwerkmomenten, etc.) eveneens een spanningsveld wordt ervaren door de bevestigde RTH-diensten dat kan worden herleid tot het aanvoelen van de capaciteitsgrenzen.

Uit de bevestiging van enkele diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg en eerstelijnsdiensten blijkt dat ook zij de grenzen van hun beschikbare capaciteit ervaren. Daarnaast werd vanuit dit perspectief ook meegegeven dat administratieve verschillen en verschillen in financiële systemen hindernissen zijn om (meer) intersectoraal samen te werken. Meer kennis van elkaar en elkaars

dienstverlening werd ook meegeven als een belangrijke voorwaarde voor meer (inter)sectorale samenwerking.

Zowel RTH-diensten, diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg als eerstelijnsdiensten en nuldelijnsdiensten hebben elk een specifieke expertise en een unieke eigenheid. Elk apart, maar ook gecombineerd, zijn ze ervan overtuigd dat ze preventief kunnen werken waardoor meer intensieve ondersteuning zou kunnen worden uitgesteld of zelfs overbodig gemaakt. Uit de bevraging wordt duidelijk dat het streven naar complementariteit hierin de rode draad vormt. Ondersteuning bieden wordt niet opgevat als een 'of-of' verhaal, maar eerder als een 'en-en' verhaal waarin verschillende diensten elkaar zouden moeten kunnen vinden en elkaar op een evenwichtige manier aanvullen. Toch blijkt uit bepaalde gesprekken dat het evenwicht hierin soms zoek is. Vanuit bepaalde diensten wordt soms ervaren dat 'hun' expertise wordt overgenomen door RTH-diensten.

De kwalitatieve onderzoeksresultaten tonen aan dat er een grijze zone is tussen het RTH en reguliere aanbod. Toch worden in dit onderzoek ook een aantal richtinggevende elementen duidelijk. De mogelijkheid om een proces aan te gaan met als doel personen met een handicap iets aan te leren waarbij gespecialiseerde kennis vereist is (RTH) versus het overnemen/uitvoeren van (praktische) taken met een focus op zelfzorg of thuiszorg en waarbij basiskennis met betrekking tot handicap volstaat (reguliere ondersteuning) is een belangrijke onderscheidende factor. Betaalbaarheid van ondersteuning (zowel RTH als regulier) zou mogelijks voor bepaalde personen met een handicap een probleem zijn, aldus indicaties binnen dit onderzoek.

Op basis van de onderzoeksresultaten kunnen we concluderen dat zowel outreach, kennisdeling op cliëntniveau als (inter)sectorale samenwerking een meerwaarde hebben binnen het streven naar een inclusieve samenleving en de realisatie van ondersteuning vanuit de concentrische cirkels. Complementariteit tussen verschillende ondersteuningsbronnen en inzetten op ondersteuning vanuit ieders kernkwaliteiten zou hierbij volgens ons het streven moeten zijn. Dit geldt eveneens voor de gedeelde verantwoordelijkheid en afstemming tussen sectoren wanneer inclusie een gezamenlijk streefdoel is. Dit vereist volgens ons ook de nodige aandacht voor wat wel/niet en hoe kan worden gerealiseerd in andere sectoren.

Dit onderzoek resulteert in beleidsaanbevelingen. De nadruk van de aanbevelingen rond het RTH-aanbod ligt op een verdere uitbreiding van het RTH-aanbod, een algemeen (en intersectoraal) aanmeldingssysteem met continue opvolging en actualisering, het belang van een flexibel en breed ondersteuningsaanbod om het preventieve en inclusieve karakter van RTH te vrijwaren en het *empowerend* ondersteunen van de persoon en het netwerk. De nadruk van de aanbevelingen rond het profiel van de RTH-cliënt ligt op het belang van een betere registratie van de handicapprofielen, de voorwaarden die best in acht worden genomen indien cliënten de overstap maken van nRTH naar RTH, een betere bekendmaking van RTH en een flexibele inzet van RTH-punten per cliënt met oog op het verhogen van de grens tussen RTH en nRTH gebonden aan bepaalde voorwaarden. Binnen de aanbevelingen rond (inter)sectorale samenwerking en outreach wordt er een nadruk gelegd op het belang van outreach binnen het streven naar inclusie, het continueren en bekender maken van outreach, de noodzaak en het potentieel van intersectorale samenwerking binnen het streven naar inclusie, de én-én verhouding van reguliere en RTH-ondersteuning en elk eigenheid erin. De concrete aanbevelingen zijn terug te vinden in het slothoofdstuk van het rapport.





## Inhoud

<b>Lijst afkortingen</b>	<b>17</b>
<b>Inleiding</b>	<b>19</b>
<b>Hoofdstuk 1      Onderzoeksdoelstellingen en methodologie</b>	<b>21</b>
1      Onderzoeksdoelstellingen	21
2      Methodologie	22
2.1      Methodologie kwantitatief luik	22
2.2      Methodologie kwalitatief luik	24
3      Opbouw rapport	27
<b>Hoofdstuk 2      Kwantitatief luik</b>	<b>29</b>
1      Administratieve data	29
1.1      Besteding van de RTH-middelen	29
1.2      De RTH-aanbieders of penhouders	31
1.3      Regionale spreiding van besteding van de RTH-middelen	38
1.4      Profiel van de RTH-cliënt	40
1.5      Profielen van gebruik	51
1.6      Outreach	56
2      Websurvey	56
2.1      Achtergrondinformatie	57
2.2      nRTH binnen RTH	70
2.3      De RTH-ondersteuningsfunctie begeleiding	76
2.4      De RTH-ondersteuningsfunctie outreach	81
2.5      Wachtlijsten	85
2.6      Stellingen en beleidsaanbeveling rond wachtlijsten voor RTH	89
2.7      Financiële eigen bijdrage	92
2.8      Sectorale samenwerkingen met VAPH-voorzieningen of -diensten	95
2.9      Intersectorale samenwerkingen	98
2.10      Stellingen en vrije omschrijving sterktes, knelpunten en beleidssuggesties	100
3      Samenvatting	106
3.1      Aanbod	106
3.2      Profiel van de RTH-cliënt	108
3.3      Outreach en samenwerking	110
3.4      Sterktes, knelpunten en suggesties voor het beleid	111

<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Kwalitatief luik</b>	<b>113</b>
1	Synthese verkennende gesprekken	113
1.1	Houding ten aanzien van outreach, kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking	113
1.2	Outreach, kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking: concrete praktijk	116
1.3	Handicapspecifieke en/of reguliere ondersteuning	125
1.4	Samenvatting	130
2	Synthese focusgroepen	133
2.1	Profiel	133
2.2	Aanbod	135
2.3	Outreach, kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking	138
2.4	Samenvatting	142
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen van het onderzoeksteam</b>	<b>145</b>
1	Overkoepelende slotconclusies	145
1.1	Aanbod	145
1.2	Profiel	148
1.3	Outreach, kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking	150
2	Aanbevelingen	157
2.1	Aanbod	158
2.2	Profiel	161
2.3	Outreach, kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking	163
2.4	Verder onderzoek	168
<b>BIJLAGEN</b>		<b>169</b>

## Lijst Tabellen

Tabel 1	Aantal RTH-punten, aantal RTH-prestaties, aantal penhouders en aantal personen met (een vermoeden van) een handicap die werden ondersteund per RTH-ondersteuningsfunctie in 2018	31
Tabel 2	Voormalige erkende zorgvormen van de penhouders (meerdere zorgvormen per penhouder mogelijk)	32
Tabel 3	Voormalige erkende zorgvormen van de penhouders en minstens één prestatie geleverd in 2018 voor de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties (in rij %)	33
Tabel 4	RTH-capaciteit (erkende RTH-punten)*	34
Tabel 5	RTH-capaciteit (erkende RTH-punten) van de penhouders en minstens één prestatie geleverd in 2018 voor de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties (in rij %)	34
Tabel 6	Gemiddeld (en mediaan) aantal RTH-punten ingezet, aantal RTH-prestaties geleverd per penhouder naar (al dan niet gepresteerde) RTH-ondersteuningsfunctie in 2018	35
Tabel 7	Aantal onderaannemers per penhouder, rekening houdend met hun RTH-capaciteit, in 2018	37
Tabel 8	Realisatiepercentages per penhouder in 2018	37
Tabel 9	Regionale spreiding van RTH-prestaties en RTH-punten in 2018	38
Tabel 10	Regionale spreiding van capaciteit en realisatie van RTH in 2018	39
Tabel 11	Regionale spreiding van de RTH-prestaties per RTH-ondersteuningsfunctie in 2018	40
Tabel 12	Profielschets van de RTH-cliënten (n= 26 088), waaronder leeftijd, aantal voorzieningen, al dan niet op de wachtlijst nRTH (prioriteitengroep en budgetcategorie) en aantal RTH-punten in 2018	42
Tabel 13	Gemiddeld aantal RTH- <b>prestaties</b> per cliënt en per ondersteuningsfunctie en provincie* in 2018	45
Tabel 14	Gemiddeld aantal RTH- <b>punten</b> per cliënt, volgens ondersteuningsfunctie en provincie* in 2018	45
Tabel 15	Gemiddeld aantal RTH-punten per cliënt, volgens leeftijdscategorie, ondersteuningsfunctie en provincie* in 2018	46
Tabel 16	Soort handicap van de cliënten op basis van gegevens van VAPH en van ITP in 2018	47
Tabel 17	Zorgvragen in termen van gebruikte ondersteuningsfuncties in 2018	48
Tabel 18	Gemiddeld aantal prestaties per RTH-ondersteuningsfunctie indien gebruik gemaakt van de RTH-ondersteuningsfunctie begeleiding in 2018 (in rij gemiddelden)	50
Tabel 19	Startmaand RTH en de verdeling van de startmaand per categorie totaal aantal RTH-punten per cliënt in 2018	51

Tabel 20	Tijdsduur (in maanden) van de RTH-ondersteuning in maanden en de verdeling van de startmaand per categorie totaal aantal RTH-punten per cliënt in 2018	52
Tabel 21	Tijdsduur (in maanden) van de RTH-ondersteuning volgens de verschillende zorgvragen per cliënt in 2018 (in kolom %)	53
Tabel 22	Profielen van gebruik rekening houdend met totaal aantal RTH-punten en tijdsduur van de RTH-ondersteuning in 2018	54
Tabel 23	Verschillen in aandeel intakes, cliënten die maximaal 1 punt en cliënten die meer dan 7 punten hebben ingezet tussen verschillende supgroepen van cliënten in 2018 (in rij %)	55
Tabel 24	Aantal prestaties outreach per doelgroep ontvangers in 2018	56
Tabel 25	Erkende zorgvorm(en) van de dienst voor de overgang naar MFC en FAM (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	57
Tabel 26	RTH aangeboden in 2018	58
Tabel 27	Redenen onderregistratie van RTH (met inbegrip van outreach) in 2018 (meerdere antwoorden mogelijk)	58
Tabel 28	Redenen onderprestatie van RTH in 2018 (meerdere antwoorden mogelijk)	59
Tabel 29	Redenen overprestatie van RTH in 2018 (meerdere antwoorden mogelijk)	59
Tabel 30	Voornaamste reden voor uitwisseling RTH-punten in 2018	60
Tabel 31	Leeftijdsgroep doelgroep RTH in 2019	60
Tabel 32	RTH aanbod in 2019 (meerdere antwoorden mogelijk)	61
Tabel 33	RTH aanbod in 2019 per erkende zorgvorm voor de overgang naar MFC/FAM (waarbij één dienst verschillende zorgvormen kan aannemen, in rij %)	62
Tabel 34	RTH-capaciteit (erkende RTH-punten) of grootte van de dienst	63
Tabel 35	RTH-aanbod in 2019 volgens grootte van de dienst (in rij %)	63
Tabel 36	Combinaties RTH-aanbod gericht aan cliënten (d.w.z. exclusief outreach) in 2019	64
Tabel 37	Via welke weg cliënten bij de zorgaanbieders terechtkomen (meerdere antwoorden mogelijk)	65
Tabel 38	In welke mate komt het voor dat een cliënt niet in aanmerking komt voor RTH	65
Tabel 39	Redenen waarom cliënten niet in aanmerking komen voor RTH (meerdere antwoorden mogelijk)	66
Tabel 40	Vrije omschrijving van de voorzieningen waarnaar wordt doorverwezen indien cliënt niet in aanmerking komt voor RTH (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	66
Tabel 41	Voornaamste reden andere RTH-ondersteuningsfunctie aanbieden dan de initiële vraag	67
Tabel 42	In welke mate komt het voor dat een cliënt een ondersteuningsplan (OP) heeft	67

Tabel 43	In welke mate wordt er rekening gehouden met het ondersteuningsplan (OP)	68
Tabel 44	Redenen waarom (helemaal of eerder) geen rekening wordt gehouden met het ondersteuningsplan (OP) (meerdere antwoorden mogelijk)	68
Tabel 45	In welke mate wordt er via RTH ingezet op samenwerking met het netwerk van de cliënt	69
Tabel 46	In welke mate wordt het netwerk van de cliënt versterkt door RTH	70
Tabel 47	De situatie die het meeste voorkomt wat betreft zorgvragen RTH en zorgvragen nRTH	70
Tabel 48	De situatie die het meeste voorkomt tijdens de trajecten wanneer de zorgvragen passen binnen het aanbod <b>nRTH</b>	71
Tabel 49	De situatie die het meeste voorkomt tijdens de trajecten wanneer de zorgvragen passen binnen het aanbod <b>RTH</b>	71
Tabel 50	Aantal cliënten die minimaal (d.i. minder dan 1 punt per jaar) en maximaal (d.i. 8 punten per jaar) gebruik maken van RTH op jaarbasis	72
Tabel 51	Redenen waarom cliënten <b>minimaal</b> gebruik (d.i. minder dan 1 punt per jaar) maken van RTH (meerdere antwoorden mogelijk)	73
Tabel 52	Redenen waarom er <b>geen of slechts</b> enkele cliënten zijn die <b>maximaal</b> (d.i. 8 punten per jaar) gebruik maken van RTH (meerdere antwoorden mogelijk), rekening houdend met de grootte van de dienst	73
Tabel 53	Redenen waarom sommige, de meeste of alle cliënten <b>maximaal</b> (d.i. 8 punten per jaar) gebruik maken van RTH (meerdere antwoorden mogelijk)	74
Tabel 54	Beleidsaanbeveling wat betreft regelgeving van 8 punten per cliënt rekening houdend met het bestaan van het basisondersteuningsbudget (BOB)	74
Tabel 55	De situatie die het meeste voorkomt wat betreft de zorgvragen 'begeleiding' volgens grootte en type (erkende zorgvorm) van de dienst en leeftijdsgroep doelpubliek (rij %)	77
Tabel 56	Registratie van een korte begeleiding (minder dan een uur/half uur) binnen de GIR	78
Tabel 57	De top 3 meest uitgevoerde activiteiten tijdens RTH-ondersteuningsfunctie begeleiding bij <b>meerderjarigen</b> (geordende weergave)	78
Tabel 58	De top 3 meest uitgevoerde activiteiten tijdens RTH-ondersteuningsfunctie begeleiding bij <b>minderjarigen</b> (geordende weergave)	80
Tabel 59	De drie voornaamste ontvangers van de RTH-ondersteuningsfunctie outreach (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	82
Tabel 60	De top 2 meest uitgevoerde activiteiten tijdens de RTH-ondersteuningsfunctie 'outreach' (meerdere antwoorden mogelijk)	83

Tabel 61	Vrije omschrijving van de thema's waarvan kennis wordt overgedragen tijdens de RTH-ondersteuningsfunctie outreach (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	84
Tabel 62	Wachttijd, aanmeldingsstop en instroomquota voor RTH rekening houdend met de grootte van de dienst	85
Tabel 63	Wachttijd, aanmeldingsstop en instroomquota voor RTH per provincie	85
Tabel 64	Gemiddelde wachttijd in maanden per RTH-ondersteuningsfunctie* in 2019	86
Tabel 65	Aanmeldingsstop en instroomquota per RTH-ondersteuningsfunctie* in 2019	87
Tabel 66	De voornaamste maatregelen om wachtlijsten, instroomquota of een aanmeldingsstop voor RTH te voorkomen (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	88
Tabel 67	Hoe een beschikbare plaats op de wachtlijst wordt ingevuld	89
Tabel 68	Stellingen met betrekking tot wachtlijsten indien men een wachtlijst heeft voor RTH (n= 84)	90
Tabel 69	Vrije omschrijving van wat er prioritair moet gebeuren om wachtlijsten te vermijden of te voorkomen (meerdere antwoorden mogelijk, vraag aan iedere dienst gesteld)	91
Tabel 70	Financiële eigen bijdrage voor één of meerdere RTH-ondersteuningsfuncties	92
Tabel 71	Vrije omschrijving van de factoren die de verschillen in financiële eigen bijdrage tussen cliënten bepalen (meerdere antwoorden mogelijk)	92
Tabel 72	Al dan niet financiële eigen bijdrage per RTH-ondersteuningsfunctie*, gemiddeld maximum, bereik en aandeel meer dan max. tarieven volgens VAPH	93
Tabel 73	Redenen voor het vragen van een financiële bijdrage aan de cliënt (meerdere antwoorden mogelijk)	94
Tabel 74	Redenen voor het <b>niet</b> vragen van een financiële bijdrage aan de cliënt (meerdere antwoorden mogelijk)	95
Tabel 75	Sectorale en intersectorale samenwerkingen volgens grootte van de voorziening	95
Tabel 76	Op welke manier wordt er rond RTH samengewerkt met andere VAPH-voorzieningen of -diensten (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	95
Tabel 77	De belangrijkste reden om samen te werken rond RTH met andere VAPH-voorzieningen of -diensten	96
Tabel 78	Beoordeling tevredenheid samenwerking rond RTH met VAPH-voorzieningen of -diensten	96
Tabel 79	Redenen waarom er <b>niet</b> wordt samengewerkt rond RTH met andere VAPH-voorzieningen of -diensten (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	97

Tabel 80	Sectoren waarmee wordt samengewerkt rond RTH (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	98
Tabel 81	Belangrijkste reden om samen te werken rond RTH met andere sectoren	99
Tabel 82	Beoordeling tevredenheid samenwerking rond RTH met andere sectoren	99
Tabel 83	Redenen waarom er <b>niet</b> wordt samengewerkt rond RTH met andere sectoren (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	100
Tabel 84	Vrije omschrijving waarom en voor wie overstap van RTH naar nRTH moeilijk is (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	101
Tabel 85	Vrije omschrijving bij wie de bekendheid van RTH ontbreekt (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	102
Tabel 86	Vrije omschrijving van de sterke punten van RTH (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	103
Tabel 87	Vrije omschrijving van de knelpunten van RTH (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	104
Tabel 88	Vrije omschrijving van de suggesties voor het beleid (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)	105
Tabel 89:	Samenstelling stuurgroep	171
Tabel 90:	Stakeholders verkennende gesprekken	173
Tabel 91:	Deelnemers focusgroep met focus minderjarigen	181
Tabel 92:	Deelnemers focusgroep met focus meerderjarigen	183
Tabel 93	Stellingen met betrekking tot RTH (stelling 1 tot 9)	203
Tabel 94	Stellingen met betrekking tot RTH (stelling 10 tot 17)	203
Tabel 95	Stellingen met betrekking tot RTH (stelling 18 tot 23)	204

#### Lijst Figuren

Figuur 1	Aantal RTH-punten per penhouder (n= 210) in 2018	36
Figuur 2	Aandeel meer gepresteerd dan erkenning voor RTH in 2018 (n= 170)	38
Figuur 3	Leeftijd RTH-cliënt in 2018	41
Figuur 4	Aantal RTH-punten per cliënt in 2018	44





## Lijst afkortingen

<b>ASS</b>	Autismespectrumstoornis
<b>BOB</b>	Basisondersteuningsbudget
<b>CAW</b>	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
<b>CGG</b>	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
<b>CLB</b>	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
<b>DMW</b>	Dienst Maatschappelijk Werk
<b>DOP</b>	Dienst Ondersteuningsplan
<b>FAM</b>	Flexibel Aanbod Meerderjarigen
<b>GIO</b>	Globale Individuele Ondersteuning
<b>MFC</b>	Multifunctioneel centrum
<b>nRTH</b>	Niet-Rechtstreeks Toegankelijk Hulp
<b>OCMW</b>	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
<b>OP</b>	Ondersteuningsplan
<b>PAB</b>	Persoonlijke-Assistentiebudget
<b>PVB</b>	Persoonsvolgende Budget
<b>PVF</b>	Persoonsvolgende financiering
<b>RTH</b>	Rechtstreeks Toegankelijke Hulp
<b>VAPH</b>	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
<b>VFG</b>	Vereniging voor Personen met een Handicap



## Inleiding

Op 1 januari 2017 werd de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap (PVF) ingevoerd. De persoonsvolgende financiering heeft tot doel bij te dragen tot de realisatie van voldoende, passende én kwaliteitsvolle ondersteuning voor iedereen die er nood aan heeft. Personen met een handicap krijgen een budget toegekend waarmee ze zelf hun zorg en ondersteuning kunnen vormgeven. Het is een getrappt financieringssysteem bestaande uit een trap 1 en trap 2. Personen met beperkte ondersteuningsnoden vallen onder de eerste trap. Trap 2 is bedoeld voor personen die omwille van hun handicap nood hebben aan meer intensieve of frequente, gespecialiseerde ondersteuning.

Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH) vormt een belangrijk onderdeel van de eerste trap van het persoonsvolgend financieringssysteem. RTH-diensten bieden personen met een (vermoeden van) handicap laagdrempelige handicapspecifieke zorg en ondersteuning aan. RTH-diensten zorgen er mee voor dat deze personen niet of pas later moeten worden toegeleid naar de tweede trap van de persoonsvolgende financiering. RTH-diensten vervullen dus een belangrijke rol binnen het streven naar een inclusieve samenleving. Naast RTH-diensten bestaan er ook reguliere diensten waarop personen met een handicap eveneens een beroep kunnen doen. Het is tevens de taak van RTH-diensten om met reguliere diensten samen te werken.

De focus van dit onderzoek ligt op de plaats en werking van de RTH-diensten binnen de eerste lijn. Het is de bedoeling om na te gaan wat het profiel is van de personen die gebruik maken van de RTH-diensten, wat de omvang, spreiding en inhoud van het RTH-aanbod precies inhoudt en op welke manier de (inter)sectorale samenwerking met reguliere diensten vorm krijgt. De centrale onderzoeksvraag luidt als volgt: *‘Wie is de RTH-cliënt, op welk aanbod kan deze beroep doen en welke (intersectorale) samenwerkingen zijn hiervoor uitgebouwd?’*

In dit onderzoek worden zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden gebundeld. Er werden beschrijvende analyses uitgevoerd op administratieve data van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en op data verzameld via een websurvey die werd ingevuld door voorzieningen met een RTH-aanbod. Er werden bijkomend verkennende gesprekken en focusgroepen georganiseerd met diverse stakeholders. Dit alles met als opzet om uiteindelijk beleidsaanbevelingen te formuleren.

Dit onderzoek gebeurde in opdracht van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Het onderzoek is uitgevoerd binnen het kader van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.



# Hoofdstuk 1

## Onderzoeksdoelstellingen en methodologie

In dit hoofdstuk beschrijven we in eerste instantie de doelstelling van dit onderzoeksrapport. We verduidelijken de centrale onderzoeksvraag en lichten de daarbij horende deelvragen toe.

Vervolgens beschrijven we de manier waarop de onderzoeksdata werden verzameld en geanalyseerd. Het onderzoek is gebaseerd op zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden.

Vooreerst wordt het kwantitatieve luik toegelicht. Het betreft een grondige analyse op de administratieve data (over het jaar 2018) van het VAPH en op de data verzameld aan de hand van een websurvey, die werd afgenomen bij voorzieningen met een RTH-aanbod in 2019.

Daarna wordt er een toelichting gegeven bij de kwalitatieve onderzoeksmethodes. Bij aanvang van het onderzoek werd een reeks verkennende gesprekken ingepland. Verscheidene stakeholders werden, elk vanuit hun specifieke perspectief, bevraagd. Tijdens een latere onderzoeksfase werden bijkomend twee verdiepende focusgroepen georganiseerd.

Tot slot bespreken we kort de opbouw van het rapport.

### 1 Onderzoeksdoelstellingen

Dit onderzoek evalueert de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn met als objectief beleidsaanbevelingen voorop te stellen. De centrale onderzoeksvraag luidt: *wie is de RTH-cliënt, op welk aanbod kan deze beroep doen en welke (intersectorale) samenwerkingen zijn hiervoor uitgebouwd?*

De centrale onderzoeksvraag omvat drie thematische clusters van meer concrete onderzoeksvragen:

1. Aanbod van RTH-diensten, zowel voor wat betreft de omvang en spreiding als de inhoud van de ondersteuning.
  - Wat wordt onder 'begeleiding' door een RTH-dienst in de praktijk begrepen?
  - Kan begeleiding in sommige gevallen worden beschouwd als praktische hulp en in welke gevallen is het zinvol dat RTH-diensten dit aanbieden?
  - Heeft de invulling van begeleiding door RTH-diensten impact op de eventuele wachtttermijnen bij RTH-diensten?
  - Etc.
2. Doelgroep van RTH-diensten, meer specifiek het profiel en de kenmerken van de RTH-cliënten.
  - Welke ondersteuningsvragen hebben deze personen?
  - Wat is hun zorgnood?
  - In welke mate zijn dit personen die in aanmerking komen voor een PVB, maar nog wachtende zijn?
  - Etc.

3. Samenwerking van RTH-diensten, gerelateerd aan hun outreach functie<sup>1</sup>.
- Wat zijn voorwaarden om intersectoraal samen te werken, zowel vanuit het standpunt van de RTH-diensten als vanuit de reguliere diensten?
  - Welke potentiële obstakels voor samenwerking bestaan er?
  - In welke mate zetten RTH-diensten effectief zulke samenwerkingen op met reguliere diensten en welke criteria worden gehanteerd om een persoon al dan niet door te verwijzen?
  - Welke vorm neemt de samenwerking tussen de professionele zorgaanbieders aan?
  - Etc.

## 2 Methodologie

Dit onderzoek is *mixed method*. Er worden zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden ingezet. De driethematische clusters (doelgroep, aanbod en samenwerking/outreach) zullen worden onderzocht binnen het kwantitatieve onderzoeksluik. Het kwalitatieve luik omvat voornamelijk de cluster omtrent samenwerking en outreach, maar ook aspecten m.b.t. de doelgroep en het aanbod worden verder uitgediept.

### 2.1 Methodologie kwantitatief luik

#### 2.1.1 Administratieve data

Voor de analyses op de administratieve data van het VAPH werden er zes verschillende Excel-bestanden aangeleverd, allemaal gegevens voor het jaar 2018: a) een bestand met de RTH-registraties en punten per ondersteuningsfunctie op cliëntniveau en verschillende persoonsgegevens; b) een bestand waarbij het tijdstip van elke ondersteuningsfunctie op cliëntniveau is aangegeven, uitgedrukt in maand van het jaar 2018; c) een bestand met ambulante en mobiele outreach registraties en punten per penhouder en de doelgroep van de ontvangers; d) een bestand met de RTH-registraties en punten per ondersteuningsfunctie per penhouder en eventueel onderaannemers; e) een bestand met de RTH-capaciteit en realisatiepercentages per penhouder en f) een bestand met de voormalige erkenningen (d.i. de klassieke erkenningsvormen) per penhouder. Alle gegevens hebben betrekking op het jaar 2018 en omsluiten 210 penhouders (erkende RTH-diensten) en 26 088 personen met (een vermoeden van) een handicap.

Waar mogelijk zijn de gegevens uit de verschillende bestanden op cliëntniveau met elkaar gekoppeld (d.i. de eerste twee bestanden) en op niveau van de penhouders of RTH-aanbieders (d.i. de laatste drie bestanden). De analyses op de administratieve data werden uitgevoerd in het statistisch programma SAS (SAS 9.4).

---

<sup>1</sup> Outreach wordt door het VAPH als volgt gedefinieerd: 'via mobiele en ambulante outreach kan een erkende RTH-dienst zijn kennis overdragen naar een groep van minimaal drie ondersteuners die behoefte hebben aan handicap-specifieke kennis om hun ondersteuning beter af te stemmen op de vragen en noden van personen met een handicap'. Outreach, zoals opgevat door het VAPH, is niet cliënt specifiek. (<https://www.vaph.be/professionelen/rth/erkenning>). Deze definiëring wordt gehanteerd in het kwantitatieve onderzoeksluik. Op aanraden van de stuurgroep werd echter ook beslist om naast outreach ook andere manieren van (intersectorale) kennisdeling in het onderzoek te integreren. In het kwalitatieve onderzoeksluik wordt outreach daarom breder opgevat dan de huidige definiëring.

### 2.1.2 Websurvey data

Voor de kwantitatieve bevraging van de voorzieningen die RTH aanbieden in 2019 is er geopteerd voor een websurvey. Een websurvey laat namelijk toe om met een relatief beperkte investering een potentieel grote groep te bereiken. Om de respons te verhogen en onmiddellijk de geschikte persoon (met de meest kennis over de algemene werking, regels en organisatie van RTH) binnen de voorziening te kunnen contacteren, werd er eerst een introductiebrief verstuurd door het VAPH. In deze brief werd het onderzoek kort uitgelegd, het belang van het onderzoek onderstreept en gevraagd om via *google forms* de gegevens van de meest geschikte contactpersoon (d.i. naam voorziening, naam contactpersoon en e-mailadres contactpersoon) in te vullen. In een tweede stap werd de link van de websurvey verstuurd naar alle opgegeven contactpersonen. De websurvey werd op 25 juni 2019 online gezet en op 3 september 2019 offline gehaald. Er werden drie reminders (op 8 juli, 29 juli en 26 augustus 2019) verstuurd naar de contactpersonen die nog niet hadden gereageerd.

De websurvey werd opgesteld door de onderzoekers van HIVA-KU Leuven en is voor een deel gebaseerd op de bevraging van een gelijkaardig onderzoek uitgevoerd in 2016-2017 door Cole, E. en collega's<sup>2</sup>. De opmaak van de vragenlijst gebeurde in intensief overleg met de betrokken medewerkers van het VAPH. Daarnaast hebben de stuurgroepleden ook de kans gekregen om hun feedback door te sturen.

De websurvey werd door de surveydienst van HIVA-KU Leuven operationeel gemaakt<sup>3</sup>. Om te komen tot een overzichtelijke websurvey werd er maximaal ingezet op filtervragen. Aan de hand van deze filtervragen was het mogelijk om iedere respondent een zo gepersonaliseerd mogelijke websurvey te laten invullen waarbij overbodige vragen, die niet op hun situatie van toepassing was, waren weggelaten. Dit is dan ook een belangrijk voordeel in vergelijking met een traditionele postenquête.

De uiteindelijke vragenlijst was opgedeeld in volgende rubrieken:

- **Achtergrondinformatie over RTH:** hier werd bijvoorbeeld gepeild naar de redenen voor onder- of overprestatie van RTH in 2018, het uitwisselen van RTH-punten in 2018, het aanbieden van de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties in 2019 en hoe cliënten bij hen terecht komen;
- **nRTH binnen RTH:** in dit deel werd navraag gedaan naar de nood aan nRTH bij cliënten die gebruik maken van RTH, het maximaal (d.i. 8 RTH-punten per cliënt) en het minimaal (d.i. minder dan 1 RTH punt per cliënt) inzetten van RTH per cliënt en de beoordeling van de 8-punten regel binnen RTH;
- **De RTH-ondersteuningsfunctie begeleiding:** vragen over de duur, inhoud, aandeel van type activiteit en de registratie van deze ondersteuningsfunctie. Bij de vragen over de soort activiteiten en hun aandeel werd er een onderscheid gemaakt tussen begeleiding aan minder- en meerderjarigen;
- **De RTH-ondersteuningsfunctie outreach:** vragen over de voornaamste ontvangers, het aantal sessies en de inhoud van deze ondersteuningsfunctie;
- **Het gebruik van wachtlijsten:** Hier werd gepeild naar al dan niet hanteren van wachtlijsten, instroomquota en een aanmeldingsstop, de gemiddelde wachttijd per ondersteuningsfunctie, de

<sup>2</sup> Cole, E., Claes, C., Vandeveld, S., Verlet, D., Moons, D. & Onze Nieuwe Toekomst (2017). De werking en effecten van, en nood aan Rechtstreeks Toegankelijke Hulp.

<sup>3</sup> De onderzoekers willen de HIVA-KU Leuven surveydienst bedanken voor de geleverde inspanningen, i.c. mevrouw Yo Gazia.

maatregelen die reeds werden genomen om wachtlijsten, instroomquota of een aanmeldingsstop te voorkomen, de selectie van wachtenden en de beoordeling van een aantal stellingen met betrekking tot wachtlijsten;

- **Financiële eigen bijdrage:** Hier werd gepeild naar de redenen voor het wel of niet vragen van een eigen bijdrage aan de cliënt en wat de minimum en maximumbedragen zijn per ondersteuningsfunctie;
- **Sectorale & intersectorale samenwerking:** in dit deel werd navraag gedaan naar hoe, met wie, hoe vaak en waarom voorzieningen al dan niet samenwerken met andere voorzieningen/organisaties binnen en buiten de sector. Ook werd er gepeild naar de tevredenheid van de samenwerking;
- **Stellingen en open vragen naar sterktes, knelpunten en beleidssuggesties:** in dit laatste deel konden de voorzieningen verschillende stellingen rond RTH beoordelen, vrij omschrijven wat de sterktes en knelpunten zijn van RTH en suggesties voor het beleid formuleren.

De vragenlijst die voor dit onderzoek werd gebruikt, is in bijlage 7 terug te vinden.

Van de 162 contactpersonen die de link van de websurvey hebben ontvangen, waren er bij de afsluiting van de websurvey 142 personen die hadden deelgenomen (13 personen zijn nooit begonnen, 5 personen hadden aangegeven de websurvey niet te willen invullen en 2 personen hadden een onbestaand emailadres). Dit komt neer op een totale responsgraad van 88% (= 142/162). Deze hoge responsgraad is te wijten aan het feit dat er voor het versturen van de websurvey al een eerste contactname (en bijgevolg selectie) was geweest waarbij de voorzieningen werden uitgenodigd en gevraagd om een contactpersoon door te geven.

Van de 142 toegekomen surveys (131 surveys volledig ingevuld en 11 surveys onvolledig ingevuld), werden uiteindelijk 9 onvolledige surveys (d.i. niet het einde van de websurvey bereikt) weggelaten uit het databestand aangezien er in deze surveys te weinig vragen waren ingevuld. Van de 133 bruikbare surveys voor de analyses waren er 2 onvolledig ingevuld. Met andere woorden 98% van de bruikbare respons heeft de websurvey voltooid (al dan niet alle vragen die van toepassing waren beantwoord).

In vergelijking met de administratieve data, kunnen er 121 voorzieningen (van de 133 bruikbare surveys, 91%) worden gekoppeld aan de voorzieningen (penhouders) uit de administratieve data van het VAPH. Wat betreft de grootte van de voorziening (of erkende RTH-capaciteit) zitten er in de steekproef van de websurvey minder erg kleine voorzieningen (RTH-capaciteit < 35 punten) dan in de administratieve data (8% versus 18%, zie verder Hoofdstuk 2).

## 2.2 Methodologie kwalitatief luik

### 2.2.1 Bevraging stakeholders: focus en opzet

De focus van het kwalitatieve onderzoeksluik ligt in eerste instantie op de initiële verkenning van de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn waarbij vervolgens wordt toegewerkt naar een verdere uitdieping hiervan.

Om hierop een antwoord te krijgen, werden meerdere, diverse stakeholders bevraagd. Stakeholders zijn relevante actoren die vanuit hun organisatie of werking over nuttige inzichten beschikken met betrekking tot het RTH/reguliere aanbod, het profiel van de RTH-client alsook outreach/kennisdeling en/of bredere (inter)sectorale samenwerkingsverbanden. Vanuit deze bevoorrechte positie hebben ze,



elk vanuit hun specifieke professionele achtergrond, input gegeven op de thematiek. Op basis van hun praktijkervaringen ontstond er een genuanceerd beeld.

Gezien de insteek van dit onderzoek en de nadruk op de aanbodzijde van ondersteuning, omvat het merendeel van de stakeholders professionelen. Desalniettemin wilden we het standpunt van personen met een handicap hierin toch ook, zij het in beperkte mate, aan bod laten komen. Onder de stakeholders zijn daarom ook enkele gebruikersverenigingen die via indirecte vertegenwoordiging de stem van de personen met een handicap naar voren brengen.

In wat volgt, wordt een toelichting gegeven bij de manier waarop de verkennende gesprekken alsook focusgroepen werden georganiseerd en de aspecten die tijdens deze gesprekken naar voren kwamen.

### 2.2.2 Verkennende fase

In de beginfase van het onderzoek werden een aantal verkennende gesprekken gevoerd met als doel een beter inzicht te krijgen in hetgeen outreach/kennisdeling/samenwerking precies inhoudt. Redenen om wel/niet aan outreach/kennisdeling/samenwerking te doen, werden in kaart gebracht. Hierbij werd aandacht besteed aan de wijze waarop outreach/kennisdeling en samenwerking concreet vorm krijgt en wat hierin belemmerende dan stimulerende factoren zijn. Hierbij hadden we aandacht voor de verschillende perspectieven.

Vanuit de stuurgroep<sup>4</sup> werden daarom een aantal relevante en diverse stakeholders gesuggereerd. In totaal hebben **23 personen** deelgenomen aan de bevraging, als zijnde vertegenwoordigers verdeeld over **zes stakeholder 'types'**: RTH-diensten, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, eerstelijns diensten, nuldelijnsdiensten, DOP<sup>5</sup> en gebruikersverenigingen. Binnen de RTH-diensten werd op vraag van de stuurgroep een bijkomend onderscheid gemaakt tussen 1) thuisbegeleidingsdiensten, 2) diensten begeleid wonen en 3) vergunde zorgaanbieders zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding. De selectie van de gebruikersverenigingen<sup>6</sup> gebeurde op basis van hun lidmaatschap binnen de raad van bestuur van het VAPH.

De selectie van de stakeholders is een combinatie van contactpersonen aangeleverd door leden van de stuurgroep aangevuld met een willekeurige trekking uit een globaal overzicht van RTH-diensten, aangeleverd door het VAPH. In de mate van het mogelijke werd er rekening gehouden met een gelijke provinciale spreiding.

Een overzicht per type bevraagde stakeholder is terug te vinden in bijlage 2.

Ter voorbereiding van de gesprekken werd een topiclijst opgesteld. De topiclijst is een overzicht van de thema's die tijdens het gesprek aan bod zouden komen met een aantal concrete vragen als algemene leidraad. De topiclijst werd op voorhand aan de stakeholders bezorgd opdat ze zich, indien gewenst, konden voorbereiden op het gesprek en afstemmen met hun achterban. Afhankelijk van het 'type' stakeholder werd de topiclijst lichtelijk aangepast opdat de verschillende invalshoeken zo goed mogelijk konden worden gecapteerd. De topiclijsten zijn terug te vinden in bijlage 3.

---

<sup>4</sup> Samenstelling stuurgroep: zie bijlage 1.

<sup>5</sup> DOP = dienst ondersteuningsplan.

<sup>6</sup> Eén gebruikersvereniging heeft, ook na een herinneringsmail, niet gereageerd op de vraag tot deelname aan het onderzoek.

Het merendeel van de gesprekken waren interviews waarbij de persoon telefonisch dan wel persoonlijk werd bevestigd. Er was één gesprek waarbij de onderzoeker kon aansluiten bij een bestaand overlegmoment van de stakeholder. Daarnaast werd één gesprek in beperkte groep georganiseerd. In één geval betrof het een dubbelinterview met een medewerker van een nuldelijnsdienst en een RTH-dienst. De gesprekken vonden plaats in de periode mei – juni 2019.

Gemiddeld genomen duurden de gesprekken tussen 40 minuten à één uur. Alle gesprekken werden opgenomen. Na elk gesprek werd een verslag gemaakt dat werd teruggekoppeld. Op die manier hadden de personen die werden bevestigd de mogelijkheid om na te gaan of het verslag een goede weergave van het gesprek was. Bovendien gaf het hen de mogelijkheid om een zaken toe te voegen, te nuanceren, etc.

### 2.2.3 Verdiepende fase

#### 2.2.3.1 Focusgroepen

In de laatste fase van het onderzoek werd er verdiepend ingegaan op het onderzoeksthema. Er werden twee gemengde focusgroepen georganiseerd op 15 oktober 2019<sup>7</sup>. In tegenstelling tot de eerdere gesprekken die op een homogene manier werden gevoerd, werd er voor de focusgroepen gekozen voor een heterogene bevestiging. Verschillende stakeholders werden uitgenodigd om samen, elk vanuit hun eigen standpunt, een bijdrage te leveren aan de discussie omtrent de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn. Een gemengde focusgroep biedt de deelnemers ook de mogelijkheid om, vanuit een constructieve insteek, kennis te maken met ieders specifieke perspectief.

De algemene insteek voor beide focusgroepen was gelijkaardig. Er werd een beknopte stand van zaken gegeven m.b.t. een aantal voorlopige onderzoeksresultaten die fungeerden als basis voor een reflectie en finale bevestiging. Het in kaart brengen van knelpunten, mogelijkheden en concrete aandachtspunten m.b.t. het RTH-aanbod, het profiel van de RTH-cliënt, outreach en (inter)sectorale samenwerking vormde de insteek. De topics die tijdens de focusgroepen ter sprake zouden komen, werden op voorhand aan de deelnemers bezorgd. De topiclijst is terug te vinden in bijlage 4.

Naast de algemene insteek die voor beide focusgroepen hetzelfde was, werd inhoudelijk een opsplitsing gemaakt tussen de twee focusgroepen. Op aanvraag van de stuurgroepleden werd binnen de ene focusgroep de nadruk gelegd op ondersteuning geboden aan minderjarigen. Binnen de andere focusgroep kwam dit aspect minder nadrukkelijk aan bod.

Omwille van deze inhoudelijke diversificatie werden ook (deels) andere stakeholders betrokken. RTH-diensten maakten deel uit van beide focusgroepen. In tegenstelling tot de selectiewijze tijdens de verkennende bevestigingsronde werden de RTH-diensten ditmaal willekeurig geselecteerd uit de streekproef van de deelnemers aan de websurvey. Hierbij werd opnieuw in de mate van het mogelijke rekening gehouden met provinciale spreiding en type RTH-dienst.

Voor de focusgroep waarbij de nadruk op de leeftijdsgroep ‘minderjarigen’ lag, werden RTH-diensten geselecteerd waarvan het aanbod zich uitsluitend of deels toespitst op dit doelpubliek. Daarnaast werden bijkomend ook stakeholders geselecteerd die kinderen en jongeren tot hun doelgroep rekenen. Het betrof stakeholders uit het onderwijs, organisaties binnen de sector jongerenwelzijn en vertegenwoordigers binnen de sector kinderopvang. Deze stakeholders werden willekeurig getrokken

---

<sup>7</sup> Een focusgroep werd in de voormiddag georganiseerd. De andere focusgroep vond in de namiddag plaats.

op basis van administratieve registratiegegevens beschikbaar bij het VAPH. Meer specifiek ging het over diensten en organisaties die tijdens 2018 een beroep hadden gedaan op outreach aangeboden door één of meerdere RTH-diensten. In totaal waren er **negen personen** aanwezig. Een overzicht in bijlage 5.

Voor de andere focusgroep werden enkele stakeholders die tijdens de verkennende gesprekken aanwezig waren opnieuw uitgenodigd. Het betrof vertegenwoordigers van diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg, de eerstelijnsdiensten, de nuldelijnsdienst, DOP en de gebruikersverenigingen. Daarnaast werden opnieuw enkele RTH-diensten uitgenodigd. Voor deze focusgroep werd er geput uit de RTH-diensten met een aanbod voor meerderjarigen (al dan niet ook minderjarigen). In totaal waren er **12 personen** aanwezig. Een overzicht in bijlage 6.

Na afloop van de focusgroepen werd er een verslag gemaakt dat werd teruggekoppeld aan de deelnemers. Op die manier konden ze nagaan of het verslag een correcte interpretatie van het gesprek was alsook eventueel nog zaken aanvullen, corrigeren, nuanceren, etc. Beide focusgroepen werden opgenomen.

### **3 Opbouw rapport**

In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) presenteren we de resultaten van de analyses op de administratieve data en op de data uit de websurvey. Hierbij hebben we aandacht voor de topics aanbod, doelgroep en samenwerking/outreach. Op het einde van dit hoofdstuk wordt er een samenvatting gegeven. In deze samenvatting worden de resultaten uit zowel de administratieve data als de websurvey data geïntegreerd.

In hoofdstuk 3 bespreken we de resultaten van de reeks kwalitatieve bevestigingen. In het eerste deel zijn de resultaten van de verkennende bevestigingsronde terug te vinden. Daarna volgt de bespreking van de focusgroepen. Dit hoofdstuk wordt eveneens afgesloten met een samenvatting.

Het laatste hoofdstuk bundelt de conclusies van dit onderzoeksproject. In dit slothoofdstuk worden, op basis van de verzamelde onderzoeksresultaten, tevens aanbevelingen geformuleerd die kunnen dienen als inspiratie bij de optimalisering van de RTH-diensten.



## Hoofdstuk 2

### Kwantitatief luik

In dit hoofdstuk wordt er eerst ingegaan op de bevindingen van de analyses op de administratieve data. Vervolgens komen de bevindingen van de analyses op de websurvey data aan bod. Alle resultaten worden tot slot gebundeld in een samenvatting.

#### 1 Administratieve data

In dit eerste deel worden de resultaten van de analyses in SAS (SAS 9.4) op de administratieve data van het VAPH gerapporteerd. Hierbij komen volgende rubrieken aan bod: a) besteding van de RTH-middelen of punten; b) RTH-aanbieders/penhouders en hun aanbod en gebruik van RTH, hun realisatiepercentages en aantal onderaannemers; c) regionale spreiding van RTH; d) profiel van de RTH-cliënt (o.a. leeftijd, aantal voorzieningen, zorgvraag nRTH, aantal RTH-punten, aard handicap en zorgvragen RTH); e) verschillende profielen van gebruik en f) aantal prestaties en doelgroep ontvangers van de RTH-ondersteuningsfunctie outreach. Alle gegevens hebben betrekking op het jaar 2018 en omsluiten 210 penhouders (erkende RTH-diensten) en 26 088 personen met (een vermoeden van) een handicap.

##### 1.1 Besteding van de RTH-middelen

In dit onderdeel wordt er gekeken naar de besteding van de RTH-middelen of punten in 2018. Meer specifiek wordt er ingegaan op de verdeling van de middelen en bijgevolg de prestaties over de verschillende ondersteuningsfuncties, het aantal personen met (een vermoeden van) een handicap en aantal RTH-aanbieders of penhouders, zie Tabel 1.

In totaal werden er 72 423.51 RTH-punten ingezet in 2018, waarvan 71 581.04 RTH-punten (99%) besteed werden aan de ondersteuning van personen met (een vermoeden van) een handicap en 842.47 RTH-punten (1%) aan de ondersteuning van personen die werken met personen met (een vermoeden van) een handicap (bv. kinderopvang, leerkrachten, etc.) (komt overeen met ambulante of mobiele outreach). Daarnaast werden de RTH-punten die ingezet werden ter ondersteuning van personen met (een vermoeden van) een handicap verdeeld over 26 088 personen. Dit komt overeen met 0.34% van de totale Vlaamse bevolking op 1 januari 2019 (n= 7 783 110).

Voor de RTH-ondersteuning via **ambulante** begeleiding werden in totaal 5 345.88 RTH-punten ingezet wat overeenkomt met 34 361 begeleidingen. Deze RTH-punten werden verdeeld over 9 200 personen met (een vermoeden van) een handicap en aangeboden door 159 penhouders.

Voor de RTH-ondersteuning via **mobiele** begeleiding werden in totaal 55 302.79 RTH-punten ingezet wat overeenkomt met 249 029 begeleidingen. Deze RTH-punten werden verdeeld over 20 971 personen met (een vermoeden van) een handicap en aangeboden door 183 penhouders.

Voor de RTH-ondersteuning via **groepsbegeleiding** werden in totaal 1 456.29 RTH-punten ingezet wat overeenkomt met 16 739 begeleidingen. Deze RTH-punten werden verdeeld over 2 138 personen met (een vermoeden van) een handicap en aangeboden door 47 penhouders.

Voor de RTH-ondersteuning via **dagopvang** werden in totaal 7 937.79 RTH-punten ingezet wat overeenkomt met 91 239 dagen opvang. Deze RTH-punten werden verdeeld over 3 957 personen met (een vermoeden van) een handicap en aangeboden door 184 penhouders.

Voor de RTH-ondersteuning via **verblijf** werden in totaal 1 538.29 RTH-punten ingezet wat overeenkomt met 11 833 nachten opvang. Deze RTH-punten werden verdeeld over 885 personen met (een vermoeden van) een handicap en aangeboden door 136 penhouders.

Voor de RTH-ondersteuning via **ambulante outreach** werden in totaal 180.27 RTH-punten ingezet wat overeenkomt met 1 163 begeleidingen, die werden aangeboden door 60 penhouders.

Voor de RTH-ondersteuning via **mobiele outreach** werden in totaal 662.2 RTH-punten ingezet wat overeenkomt met 3 010 begeleidingen, die werden aangeboden door 73 penhouders.

Samenhangend met bovenstaande bevindingen, gingen de **meest geregistreeerde RTH-prestaties** naar de ondersteuningsfunctie mobiele begeleiding (61%, n= 249 029). Op de tweede plaats staat dagopvang (22%, n= 91 239) en vervolgens ambulante begeleiding (8%, n= 34 361), groepsbegeleiding (4%, n= 16 739) en verblijf (3%, n= 11 833). De minste prestaties gingen naar (ambulante en mobiele) outreach<sup>8</sup> (1%, n= 4 173).

Kort **samengevat** gingen de meeste RTH-punten naar mobiele begeleiding (76% van alle ingezette punten). Op de tweede en derde plaats kwamen dagopvang (11%) en ambulante begeleiding (7%) en vervolgens groepsbegeleiding (2%) en verblijf (2%). Slechts 842 punten (ten opzichte van de 71 581 RTH-punten ingezet voor ondersteuning gericht aan cliënten) gingen naar ambulante en/of mobiele outreach, wat neerkomt op slechts 1% van alle ingezette punten. Dit lager aandeel voor outreach hangt niet alleen samen met een lager aanbod en mogelijke onderregistratie voor deze ondersteuningsfunctie, maar ook met het feit dat outreach op een minder regelmatige basis wordt aangeboden dan begeleiding en vaak maar één sessie in beslag neemt (zie verder).

---

<sup>8</sup> Uit dit onderzoek komt ook naar voren dat de RTH-ondersteuningsfunctie 'outreach' vaak niet wordt geregistreerd en vrijwillig wordt aangeboden.

Tabel 1 Aantal RTH-punten, aantal RTH-prestaties, aantal penhouders en aantal personen met (een vermoeden van) een handicap die werden ondersteund per RTH-ondersteuningsfunctie in 2018

	Aantal RTH-punten		Aantal RTH-prestaties		Aantal personen met (een vermoeden van) een handicap		Aantal penhouders	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ambulante begeleiding	5 345.88	7.38	34 361	8.43	9 200	35.27	159	75.71
Mobiele begeleiding	55 302.79	76.36	249 029	61.13	20 971	80.39	183	87.14
Groepsbegeleiding	1 456.29	2.01	16 739	4.11	2 138	8.20	47	22.38
Dagopvang	7 937.79	10.96	91 239	22.40	3 957	15.17	184	87.62
Verblijf	1 538.29	2.12	11 833	2.90	885	3.39	136	64.76
Ambulante outreach	180.27	0.25	1 163	0.29			60	28.57
Mobiele outreach	662.2	0.91	3 010	0.74			73	34.76
<b>Totaal</b>	<b>72 423.51</b>	<b>100</b>	<b>407 374</b>	<b>100</b>	<b>26 088<sup>a</sup></b>	<b>&gt;100</b>	<b>210<sup>*a</sup></b>	<b>&gt;100</b>
<b>Totaal ondersteuning van personen die werken met personen met (een vermoeden van) een handicap (outreach)</b>	<b>842.47</b>		<b>4 173</b>				<b>81</b>	
<b>Totaal ondersteuning van personen met (een vermoeden van) een handicap</b>	<b>71 581.04</b>		<b>403 201</b>		<b>26 088</b>		<b>205</b>	

\* Vijf penhouders hebben geen RTH-punten gepresteerd in 2018 en twee niet erkende zorgaanbieders (SE.82 en SE.258) zijn uit het bestand gehaald.

<sup>a</sup> geen optelling van aantal personen of penhouders per ondersteuningsfunctie want verschillende combinaties per persoon of penhouder mogelijk.

Bron: VAPH, 2018.

## 1.2 De RTH-aanbieders of penhouders

### 1.2.1 Aanbod van de RTH-ondersteuningsfuncties

Het aandeel penhouders dat mobiele begeleiding heeft aangeboden (d.w.z. minstens één prestatie hebben geleverd voor deze ondersteuningsfunctie) bedraagt 87% (n= 183), zie Tabel 1. Ondanks dat het aantal prestaties en het aantal cliënten die beroep hebben gedaan op dagopvang lager liggen dan voor mobiele begeleiding, heeft 88% (n= 184) van de penhouders, dezelfde grootorde als voor mobiele begeleiding, dagopvang aangeboden. De ondersteuningsfunctie ambulante begeleiding werd door 76% (n= 159) van de penhouders aangeboden en de ondersteuningsfunctie verblijf door 65% (n= 136) van de penhouders. Het aandeel penhouders is het laagst voor groepsbegeleiding (22%, n= 47) en outreach (39%, n= 81).

## 1.2.1.1 Voormalige erkende zorgvormen

Tabel 2 laat de klassieke voormalige erkende zorgvormen zien van de RTH-aanbieders in 2018, waarbij 72% (n= 143) van de penhouders meerdere erkende zorgvormen combineerde. Bovendien combineerde 48% (n= 96) een residentiële en ambulante zorgvorm(en) en 20% (n= 40) een FAM (Flexibel Aanbod Meerderjarigen) en MFC (Multifunctionele centra). Een residentiële zorgvorm kwam echter meer voor dan een ambulante zorgvorm (87% versus 62%) en een FAM kwam ook meer voor dan een MFC (83% versus 33%). De meeste voorkomende residentiële zorgvormen waren een tehuis niet-werkenden (65%) en een dagcentrum (52%). De meeste voorkomende ambulante zorgvormen waren beschermd wonen (43%) en een dienst inclusieve ondersteuning (29%).

Tabel 2 Voormalige erkende zorgvormen van de penhouders (meerdere zorgvormen per penhouder mogelijk)

	n	%
<b>Residentiële zorgvorm*</b>	<b>172</b>	<b>86.87</b>
Internaat	48	24.24
Semi-Internaat	49	24.75
Dagcentrum	103	52.02
Observatie- en behandelingscentrum	5	2.53
Tehuis werkenden	47	23.74
Tehuis niet-werkenden	128	64.65
Tehuis kortverblijf	25	12.63
Pleegzorg	0	0
<b>Ambulante zorgvorm*</b>	<b>122</b>	<b>61.62</b>
Thuisbegeleiding	20	10.10
Dienst ondersteuningsplan	0	0
Begeleid wonen	35	17.68
Beschermd wonen	86	43.43
Zelfstandig wonen	5	2.53
Dienst inclusieve ondersteuning	57	28.79
Geïntegreerd wonen	25	12.63
<b>FAM (Flexibel Aanbod Meerderjarigen)**</b>	<b>165</b>	<b>83.33</b>
<b>MFC (Multifunctionele centra)**</b>	<b>65</b>	<b>32.83</b>
<b>APU (ambulante dienst punten)</b>	<b>17</b>	<b>8.59</b>
<b>Totaal***</b>	<b>198</b>	<b>100</b>

\*38% (n= 76) enkel erkende residentiële zorgvorm(en) en 13% (n= 26) enkel ambulante zorgvorm (en).

\*\*63% (n= 125) enkel FAM en 13% (n= 25) enkel MFC.

\*\*\* Missing: n= 12.

Bron: VAPH, 2018.



Wat betreft het aanbod van de RTH-ondersteuningsfuncties, zijn er verschillen tussen de verschillende erkende zorgvormen die de penhouders hadden (zie Tabel 3). Voor de residentiële zorgvormen tehuis niet-werkenden en kortverblijf, dagcentrum en internaat was het RTH-aanbod dagopvang (en verblijf voor de tehuizen) hoger dan het RTH-aanbod begeleiding (dat nog altijd hoog is). Het omgekeerde geldt voor de ambulante zorgvormen begeleid wonen en thuisbegeleiding, die zo goed als altijd begeleiding hebben aangeboden (met het hoogste aandeel groepsbegeleiding voor thuisbegeleiding) en in mindere mate dagopvang en verblijf. Hierbij aansluitend lag het aanbod begeleiding (ambulant/mobiel/groepsbegeleiding) hoger maar het aanbod dagopvang lager bij een ambulante zorgvorm dan bij een residentiële zorgvorm.

Voor de zorgvormen beschermd wonen, geïntegreerd wonen, dienst inclusieve ondersteuning, semi-internaat en tehuis werkenden was het RTH-aanbod mobiele en ambulante begeleiding ongeveer gelijk aan het RTH-aanbod dagopvang. De zorgvormen met hoogste aanbod van outreach in 2018 waren (semi-)internaat, begeleid wonen en thuisbegeleiding. Penhouders met een erkenning van MFC (al dan niet gecombineerd met FAM) hadden ook een hoger aanbod van outreach dan penhouders met enkel een erkenning van FAM.

Tabel 3 Voormalige erkende zorgvormen van de penhouders en minstens één prestatie geleverd in 2018 voor de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties (in rij %)

Erkende zorgvorm*	Begeleiding						Dagopvang		Verblijf		Outreach			
	Ambulant		Mobiel		Groep						Mobiel		Ambulant	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Residentiële zorgvorm (n= 172)</b>	<b>125</b>	<b>72.67</b>	<b>149</b>	<b>86.63</b>	<b>31</b>	<b>18.02</b>	<b>163</b>	<b>94.77</b>	<b>124</b>	<b>72.09</b>	<b>53</b>	<b>30.81</b>	<b>49</b>	<b>28.49</b>
Internaat (n= 48)	39	81.25	43	89.58	9	18.75	46	95.83	40	83.33	23	47.92	23	47.92
Semi-internaat (n= 49)	43	87.76	47	95.92	10	20.41	45	91.84	40	81.63	25	51.02	25	51.02
Dagcentrum (n= 103)	76	73.79	89	86.41	17	16.50	103	100	77	74.76	33	32.04	34	33.01
Tehuis werkenden (n= 47)	42	89.36	46	97.87	10	21.28	45	95.74	40	85.11	16	34.04	14	29.79
Tehuis niet-werkenden (n= 128)	90	70.31	108	84.38	23	17.97	125	97.66	99	77.34	38	29.69	40	31.25
Tehuis kortverblijf (n= 25)	18	72.00	23	92.00	5	20.00	25	100	25	100	9	36.00	10	40.00
<b>Ambulante zorgvorm (n= 122)</b>	<b>108</b>	<b>88.52</b>	<b>113</b>	<b>92.62</b>	<b>32</b>	<b>26.23</b>	<b>108</b>	<b>88.52</b>	<b>85</b>	<b>69.67</b>	<b>47</b>	<b>38.52</b>	<b>36</b>	<b>29.51</b>
Thuisbegeleiding (n= 20)	19	95.00	19	95.00	14	70.00	15	75.00	14	70.00	14	70.00	9	45.00
Begeleid wonen (n= 35)	35	100	35	100	6	17.14	27	77.14	20	57.14	15	42.86	10	28.57
Beschermd wonen (n= 86)	76	88.37	81	94.19	18	20.93	84	97.67	69	80.23	28	32.56	25	29.07
Dienst inclusieve ondersteuning (n= 57)	50	87.72	53	92.98	18	31.58	57	100	43	75.44	22	38.60	18	31.58
Geïntegreerd wonen (n= 25)	24	96.00	25	100	6	24.00	25	100	21	81.00	6	24.00	6	24.00
<b>Enkel FAM (n= 125)</b>	<b>90</b>	<b>72.00</b>	<b>108</b>	<b>86.40</b>	<b>24</b>	<b>19.20</b>	<b>113</b>	<b>90.40</b>	<b>78</b>	<b>62.40</b>	<b>32</b>	<b>25.60</b>	<b>24</b>	<b>19.20</b>
<b>Enkel MFC (n= 25)</b>	<b>21</b>	<b>84.00</b>	<b>23</b>	<b>92.00</b>	<b>5</b>	<b>20.00</b>	<b>21</b>	<b>84.00</b>	<b>15</b>	<b>60.00</b>	<b>11</b>	<b>44.00</b>	<b>8</b>	<b>32.00</b>
<b>Zowel FAM en MFC (n= 40)</b>	<b>31</b>	<b>77.50</b>	<b>35</b>	<b>87.50</b>	<b>8</b>	<b>20.00</b>	<b>39</b>	<b>97.50</b>	<b>35</b>	<b>87.50</b>	<b>19</b>	<b>47.50</b>	<b>20</b>	<b>50.00</b>

\* De erkende zorgvormen 'Observatie- en behandelingscentrum' (n= 5), 'Pleegzorg' (n= 0), 'Dienst ondersteuningsplan' (n= 0) en 'zelfstandig wonen' (n= 5) zijn niet opgenomen in deze tabel aangezien ze slechts in zeer beperkte mate of niet voorkomen in de steekproef. Het is ook belangrijk om te weten dat ongeveer 70% van de respondenten bestaat uit combinaties van verschillende erkende zorgvormen.

Bron: VAPH, 2018.

1.2.1.2 Grootte van de penhouder (RTH-capaciteit)

Een andere factor die samenhangt met het aanbod van de verschillende ondersteuningsfuncties is de RTH-capaciteit van de penhouder (zonder de punten voor kortverblijf/respijtzorg). Zoals uit Tabel 4 blijkt zijn er verschillende categorieën qua grootte te onderscheiden, meer specifiek 18% (n= 37) kan gezien worden als een erg kleine RTH-aanbieder (d.i. minder dan 35 erkende punten), 12% (n= 26) als er een erg grote RTH-aanbieder (d.i. meer dan 582 erkende punten) en 70% (n= 147) varieert tussen een kleine en een grote RTH-aanbieder.

Tabel 4 RTH-capaciteit (erkende RTH-punten)\*

	n	%
RTH-capaciteit kleiner dan 35 punten (erg klein)	37	17.62
RTH-capaciteit tussen 35 en 90 punten** (klein)	67	31.90
RTH-capaciteit tussen 90 en 275 punten** (middelmatig)	53	25.24
RTH-capaciteit tussen 275 en 582 punten** (groot)	27	12.86
RTH-capaciteit groter dan 582 (erg groot)	26	12.38
<b>Gemiddelde capaciteit</b>	<b>302.79 (mediaan: 92.09)</b>	
<b>Totaal</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

\* Zonder de punten voor kortverblijf/respijtzorg.

\*\* Gelijk aan en groter dan de ondergrens en strikt kleiner dan de bovengrens.

Bron: VAPH, 2018.

Onderstaande tabel (d.i. Tabel 5) laat duidelijk zien dat het aanbod begeleiding (ambulant/mobiel/groepsbegeleiding) en outreach (ambulant/mobiel) hoger is bij penhouders vanaf een middelmatige grootte dan bij erg kleine en kleine penhouders. Terwijl het aanbod dagopvang juist wat lager is bij grote en erg grote penhouders.

Tabel 5 RTH-capaciteit (erkende RTH-punten) van de penhouders en minstens één prestatie geleverd in 2018 voor de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties (in rij %)

Grootte	Begeleiding						Dagopvang		Verblijf		Outreach			
	Ambulant		Mobiel		Groep						Mobiel		Ambulant	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erg klein (<35 erkende punten) (n= 37)	13	35.14	21	56.76	2	5.41	32	86.49	22	59.46	4	10.81	4	10.81
Klein (35-90 erkende punten) (n= 67)	45	67.16	57	85.07	8	11.94	63	94.03	46	68.66	15	22.39	12	17.91
Middelmatig (90-275 erkende punten) (n= 53)	49	92.45	53	100	12	22.64	49	92.45	37	69.81	23	43.40	21	39.62
Groot (275-582 erkende punten) (n= 27)	26	96.30	26	96.30	5	18.52	19	70.37	17	62.96	10	37.04	10	37.04
Erg groot (>582 erkende punten) (n= 26)	26	100	26	100	20	76.92	21	80.77	14	53.85	21	80.77	13	50.00

Bron: VAPH, 2018.

## 1.2.2 Gemiddeld aantal RTH-punten en prestaties per penhouder

Tabel 6 laat het gemiddeld aantal RTH-punten en RTH-prestaties zien per penhouder opgesplitst per ondersteuningsfunctie. Gemiddeld heeft een penhouder 1 939.88 RTH-prestaties gepresteerd in het jaar 2018 (mediaan= 883.50). Hiervoor heeft een penhouder gemiddeld 344.87 RTH-punten (mediaan= 113.63) gebruikt.

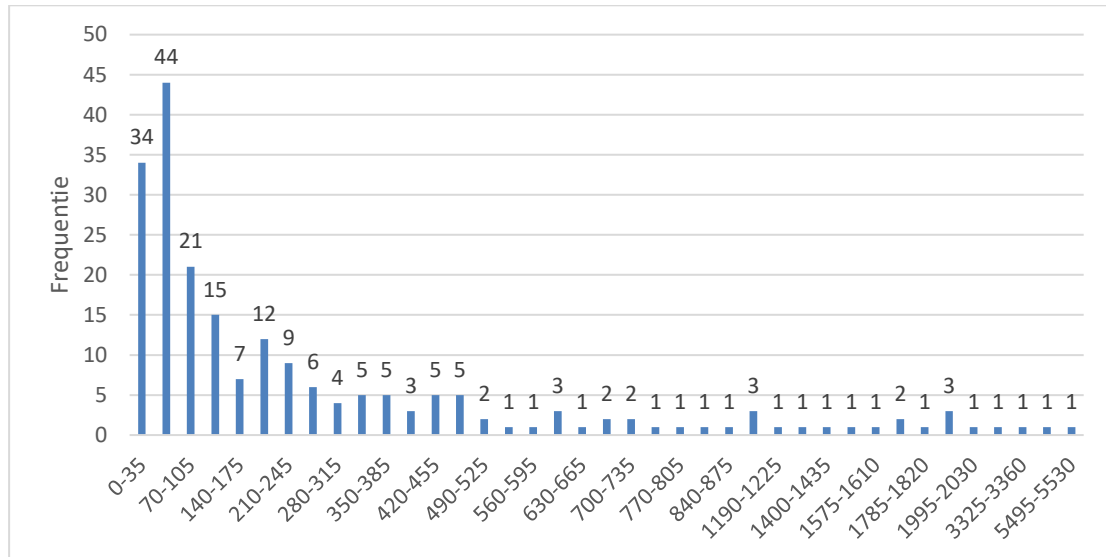
Tabel 6 Gemiddeld (en mediaan) aantal RTH-punten ingezet, aantal RTH-prestaties geleverd per penhouder naar (al dan niet gepresteerde) RTH-ondersteuningsfunctie in 2018

	RTH-punten per penhouder		RTH-prestaties per penhouder	
	Gemiddelde	Mediaan	Gemiddelde	Mediaan
Ambulante begeleiding	25.46	4.57	163.62	29.50
Mobiele begeleiding	263.35	58.52	1 185.85	266.00
Groepsbegeleiding	6.93	0.00	79.71	0.00
<b>Begeleiding (ambulant en/of mobiel en/of groepsbegeleiding)</b>	<b>295.74</b>	<b>66.43</b>	<b>1 429.19</b>	<b>326.00</b>
Dagopvang	37.80	25.12	434.47	288.75
Verblijf	7.33	1.3	56.35	10.00
Ambulante outreach	0.86	0.00	5.54	0.00
Mobiele outreach	3.15	0.00	14.33	0.00
<b>Outreach (ambulant en/of mobiel)</b>	<b>4.01</b>	<b>0.00</b>	<b>19.87</b>	<b>0.00</b>
<b>Totaal (n= 210)*</b>	<b>344.87</b>	<b>113.63</b>	<b>1 939.88</b>	<b>883.50</b>

\* Vijf penhouders hebben geen RTH-punten gepresteerd in 2018.

Bron: VAPH, 2018.

Figuur 1 laat de verdeling zien van het aantal RTH-punten per penhouder in 2018. In 2018 waren er 34 (16%) penhouders die minder dan 35 RTH-punten hebben gepresteerd (waarvan vijf geen RTH). Er waren 44 (21%) penhouders die tussen 35 en 69 RTH-punten hebben gepresteerd, 21 (10%) penhouders tussen 70 en 104 RTH-punten en 15 (7%) penhouders tussen 105 en 139 RTH-punten. We kunnen duidelijk spreken van een positief scheve verdeling aangezien de staart van de verdeling rechts uitloopt (verschillende hoge waarden met een lage frequentie). Hierdoor ligt het gemiddeld aantal RTH-punten per penhouders hoger dan de mediaan (344.87 versus 113.63).



Bron: VAPH, 2018.

Figuur 1 Aantal RTH-punten per penhouder (n= 210) in 2018

### 1.2.3 Aantal onderaannemers en realisatiepercentages

De grote meerderheid, namelijk 84% (n= 177) van de penhouders, heeft zonder onderaannemers gewerkt in het jaar 2018 (zie Tabel 7). Met andere woorden, 16% (n= 33) van de penhouders heeft RTH-punten doorgegeven aan andere vergunde zorgaanbieders (ook penhouders). Hoe hoger de RTH-capaciteit van de penhouders, hoe hoger het aandeel dat met onderaannemers heeft gewerkt. Als er met onderaannemers gewerkt werd dan ging het meestal om een beperkt aantal, d.i. minder dan drie. Gemiddeld genomen werd 15% (mediaan= 10%) van het totaal aantal gepresteerde RTH-punten door een onderaannemer gepresteerd.

Tabel 7 Aantal onderaannemers per penhouder, rekening houdend met hun RTH-capaciteit, in 2018

	Erg kleine RTH-aanbieder		Kleine RTH-aanbieder		Middelmatige RTH-aanbieder		Grote RTH-aanbieder		Erg grote RTH-aanbieder		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	35	94.59	57	85.07	43	81.48	22	81.48	20	76.92	177	84.29
1	1	2.70	6	8.96	5	9.43	0	0	5	19.23	17	8.10
2	1	2.70	2	2.99	1	1.89	2	7.41	1	3.85	7	3.33
3	0	0	1	1.49	2	3.77	2	7.41	0	0	5	2.38
4	0	0	1	1.49	0	0	0	0	0	0	1	0.48
5	0	0	0	0	0	0	1	3.70	0	0	1	0.48
6	0	0	0	0	1	1.89	0	0	0	0	1	0.48
16	0	0	0	0	1	1.89	0	0	0	0	1	0.48
<b>Totaal</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Bron: VAPH, 2018.

Wat betreft de realisatiepercentages (zie Tabel 8), zien we dat ongeveer vier op de vijf penhouders (81%, n= 170) meer presteerden dan de erkende RTH-capaciteit in 2018. Drie op de vijf penhouders (60%, n= 125) presteerden meer dan 110%. Een kleine minderheid, namelijk 12% (n= 26) presteerde minder dan 90%. Verder blijkt dat dat erg kleine RTH-aanbieders (<35 erkende RTH-punten) minder vaak meer presteerden dan grotere RTH-aanbieders.

Gemiddeld genomen werd er door de penhouders die meer presteerden (n= 170) ongeveer 48% meer gepresteerd dan de erkende RTH-capaciteit. De mediaan is echter wel lager, namelijk 24% (dit omdat de verdeling van het aandeel meer gepresteerd sterk positief scheef is). Zoals blijkt uit Figuur 2, gaat het in de meeste gevallen (45%, n= 76) over 0.1 tot 20.1% meer presteren dan de erkenning. Indien er meer gepresteerd werd, verschilt het percentage meer gepresteerd tussen de penhouders met verschillende grootte qua RTH-capaciteit. Hoe kleiner de penhouder, hoe hoger het gemiddelde percentage meer gepresteerd (erg klein: 119%; klein: 39%; middelmatig: 53%; groot: 21%; erg groot: 12%).

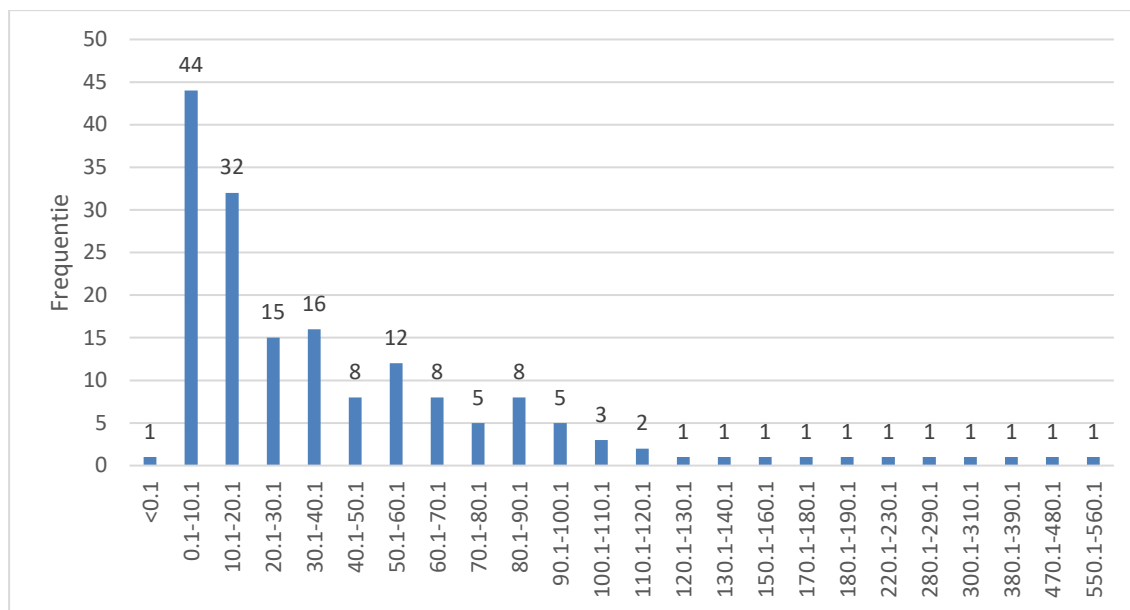
Over alle penhouders heen, meer specifiek zowel die meer, evenveel of minder presteerden in 2018 werd er in totaal 14% meer gepresteerd dan de totale erkende RTH-capaciteit met een gemiddelde per penhouder van 33% en een mediaan van 16% (zie Tabel 10).

Tabel 8 Realisatiepercentages per penhouder in 2018

	Erg kleine RTH-aanbieder		Kleine RTH-aanbieder		Middelmatige RTH-aanbieder		Grote RTH-aanbieder		Erg grote RTH-aanbieder		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niet gepresteerd in 2018	3	8.11	1	1.49	0	0	1	3.70	0	0	5	2.38
Realisatiepercentage van minder dan 75%	4	10.81	3	4.48	0	0	1	3.70	0	0	8	3.81
Realisatiepercentage tussen 75% en 90%*	3	8.11	3	4.48	3	5.66	2	7.41	2	7.69	13	6.19
Realisatiepercentage tussen 90% en 100%*	2	5.41	6	8.96	5	9.43	0	0	1	3.85	14	6.67
Meer gepresteerd als de erkende RTH-capaciteit –meer dan 100%	25	67.51	54	80.60	45	84.91	23	85.19	23	88.46	170	80.95
<b>Totaal</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

\* Gelijk aan en groter dan de ondergrens en strikt kleiner dan de bovengrens.

Bron: VAPH, 2018.



Bron: VAPH, 2018.

Figuur 2 Aandeel meer gepresteerd dan erkenning voor RTH in 2018 (n= 170)

### 1.3 Regionale spreiding van besteding van de RTH-middelen

De meeste RTH-prestaties (en bijgevolg RTH-punten) werden gepresteerd in de provincies Antwerpen, Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen. Het gemiddeld aantal RTH-prestaties (en bijgevolg RTH-punten) per penhouder lag het hoogst in de provincies Antwerpen en Limburg, zie Tabel 9.

Tabel 9 Regionale spreiding van RTH-prestaties en RTH-punten in 2018

	Aantal penhouders	RTH-prestaties per penhouder			RTH-punten per penhouder		
		Totaal	Gemiddelde	Mediaan	Totaal	Gemiddelde	Mediaan
Antwerpen	56*	134 503.5	2 401.85	1098.00	23 661.32	442.52	173.81
Limburg	25	47 836.5	1 913.46	923.00	8 382.00	335.28	110.53
Oost-Vlaanderen	46*	80 064.5	1 740.53	724.25	14 527.66	315.82	96.07
Vlaams-Brabant	34	55 050	1 619.12	799.00	10 159.90	298.82	115.71
Hoofdstedelijk Gewest Brussel	4	6 957	1 739.25	1336.25	1 233.18	308.30	234.79
West-Vlaanderen	45	82 962.5	1 843.61	784.50	14 459.44	321.32	120.11
<b>Totaal</b>	<b>210</b>	<b>407 374</b>	<b>1 939.88</b>	<b>883.50</b>	<b>72 423.51</b>	<b>344.87</b>	<b>113.63</b>

\* Drie penhouders in Antwerpen en twee penhouders in Oost-Vlaanderen hebben geen RTH-punten gepresteerd in 2018.

Bron: VAPH, 2018.

Het aantal personen met (een vermoeden van) een handicap dat RTH-ondersteuning heeft gekregen in 2018 was het hoogst in de provincies Antwerpen (34%, n= 8 918) en West-Vlaanderen (22%, n= 5 796) en het laagst in Vlaams-Brabant (11%, n= 2 957) en het Hoofdstedelijk Gewest Brussel (2%, n= 461). In vergelijking met het bevolkingsaantal per provincie, werden er in Antwerpen en West-Vlaanderen meer personen met (een vermoeden van) een handicap geholpen en minder personen in Vlaams-Brabant en het Hoofdstedelijk Gewest Brussel.

De capaciteit, d.w.z. erkende RTH-punten, per provincie, was het hoogst in Antwerpen (33%, 20 749.41 punten), Oost-Vlaanderen (21%, 13 326.1 punten) en West-Vlaanderen (18%, 11 625.82 punten) en het laagst in het Hoofdstedelijk Gewest Brussel (2%, 1 212.7 punten), zie Tabel 10. In vergelijking met het bevolkingsaantal per provincie, was de capaciteit hoger in Antwerpen en West-Vlaanderen en beduidend lager in het Hoofdstedelijk Gewest Brussel. Voor de andere provincies kwam de capaciteit verhoudingsgewijs overeen met het bevolkingsaandeel in de provincie.

In vergelijking met de capaciteit zien we dat het aandeel gepresteerde RTH-punten in 2018 wat hoger lag voor de provincie West-Vlaanderen (20% versus 18%). Hierdoor werd er ook het meeste overgepresteerd (d.w.z. meer presteren dan de erkenning) in West-Vlaanderen (in totaal 24% meer, met een gemiddelde van 48% meer per penhouder).

Tabel 10 Regionale spreiding van capaciteit en realisatie van RTH in 2018

	Bevolkings-aantal**		Aantal penhouders		Aantal cliënten ***		Capaciteit: erkende RTH-punten ****			Gepresteerde RTH-punten		Realisatiepercentages	
	n	%	n	%	n	%	Totaal	%	Gemiddelde per penhouder	Totaal	%	Totaal	Gemiddelde per penhouder
Antwerpen	1 855 486	23.84	56*	26.67	8 918	34.18	20 749.41	32.63	370.53	23 661.32	32.67	114%	122%
Limburg	873 425	11.22	25	11.90	3 386	12.98	7 600.68	11.95	304.03	8 382	11.57	110%	112%
Oost-Vlaanderen	1 513 556	19.45	46*	21.90	4 973	19.06	13 326.1	20.96	289.70	14 527.66	20.06	109%	153%
Vlaams-Brabant	1 145 371	14.72	34	16.19	2 957	11.33	9 071.59	14.27	266.81	10 159.9	14.03	112%	126%
Hoofdstedelijk Gewest Brussel	1 200 322	15.42	4	1.90	461	1.77	1 212.7	1.91	303.18	1 233.18	1.70	102%	103%
West-Vlaanderen	1 194 950	15.35	45	21.43	5 796	22.22	11 625.82	18.28	258.35	14 459.44	19.97	124%	148%
<b>Totaal</b>	<b>7 783 110</b>	<b>100</b>	<b>210</b>	<b>100</b>	<b>26 088</b>	<b>&gt;100</b>	<b>63 586.3</b>	<b>100</b>	<b>302.79</b>	<b>72 423.51</b>	<b>100</b>	<b>114%</b>	<b>133%</b>

\* Drie penhouders in Antwerpen en twee penhouders in Oost-Vlaanderen hebben geen RTH-punten gepresteerd in 2018.

\*\* Bron: <https://www.ibz.rn.fgov.be/nl/bevolking/statistieken-van-bevolking/>. Cijfers op 1 januari 2019.

\*\*\* 389 personen bij twee verschillende provincies RTH-ondersteuning en 7 personen bij drie verschillende provincies.

\*\*\*\* zonder kortverblijf.

Bron: VAPH, 2018.

In Tabel 11 staat het aandeel RTH-prestaties per ondersteuningsfunctie en per provincie. In elke provincie is het aandeel RTH-prestaties het hoogst voor mobiele begeleiding (gaande van 59% tot 65%), met het hoogste aandeel in Oost-Vlaanderen (65%) en Vlaams-Brabant (63%). Het aandeel RTH-prestaties voor ambulante begeleiding is het hoogst in Vlaams-Brabant (12%) en Antwerpen (10%) en het laagst in Limburg en Oost-Vlaanderen (beide 6%). Het aandeel RTH-prestaties voor groepsbegeleiding is wat lager voor Vlaams-Brabant en Limburg (beide 2% versus totaal 4%). Het aandeel RTH-prestaties voor dagopvang is opvallend hoger voor Limburg (30% versus totaal 22%) dan voor de andere provincies. Het aandeel RTH-prestaties voor verblijf is het laagst in het Hoofdstedelijk Gewest Brussel (1%) en het hoogst in Vlaams-Brabant (5%) en West-Vlaanderen (4%). Het aandeel RTH-prestaties voor ambulante en mobiele outreach is het hoogst in het Hoofdstedelijk Gewest Brussel (4%) en het laagst in Limburg (0.2%).

Tabel 11 Regionale spreiding van de RTH-prestaties per RTH-ondersteuningsfunctie in 2018

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams-Brabant		Hoofdstedelijk Gewest Brussel		West-Vlaanderen		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ambulante begeleiding	13 796	10.26	2 634	5.51	4 783	5.97	6 591	11.97	552	7.93	6 005	7.24	34 361	8.43
Mobiele begeleiding	80 365	59.75	28 576	59.74	52 007	64.96	34 451	62.58	4 104	58.99	49 526	59.70	249 029	61.13
Groepsbegeleiding	6 704	4.98	1 149	2.40	4 738	5.92	1 068	1.94	255	3.67	2 825	3.41	16 739	4.11
Dagopvang	28 803.5	21.41	14 434.5	30.17	15 555.5	19.43	9 949	18.07	1 719	24.71	20 777.5	25.04	91 239	22.40
Verblijf	3 115	2.32	947	1.98	2 202	2.75	2 475	4.50	62	0.89	3 032	3.65	11 833	2.90
Ambulante outreach	456	0.34	18	0.04	242	0.30	24	0.04	110	1.58	313	0.38	1 163	0.29
Mobiele outreach	1 264	0.94	78	0.16	537	0.67	492	0.89	155	2.23	484	0.58	3 010	0.74
<b>Totaal</b>	<b>134 503.5</b>	<b>100</b>	<b>47 836.5</b>	<b>100</b>	<b>80 064.5</b>	<b>100</b>	<b>55 050</b>	<b>100</b>	<b>6 957</b>	<b>100</b>	<b>82 962.5</b>	<b>100</b>	<b>407 374</b>	<b>100</b>

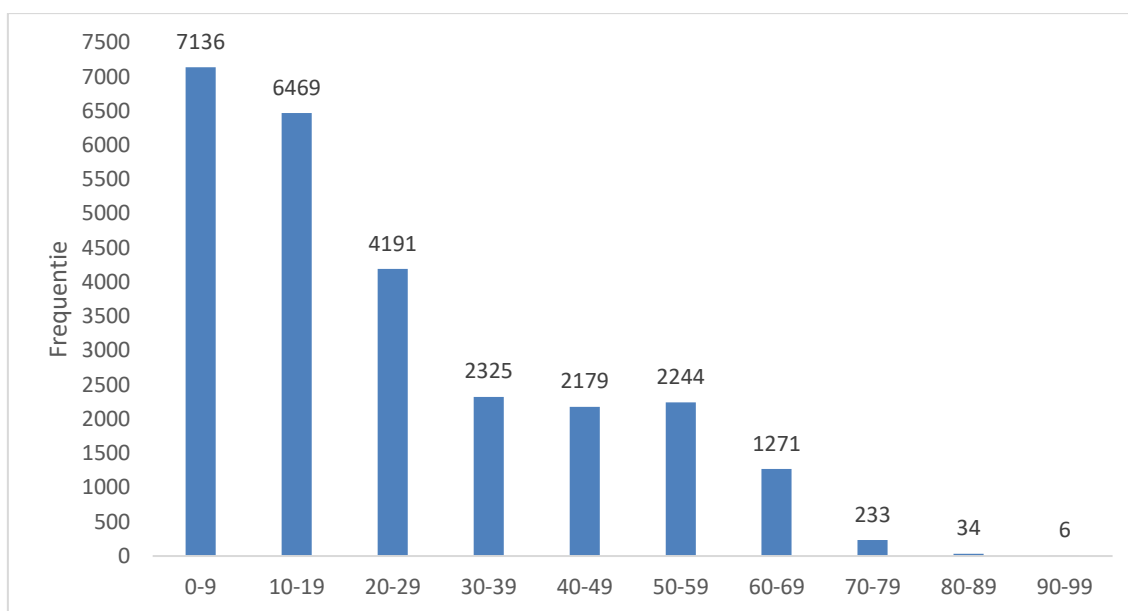
Bron: VAPH, 2018.

#### 1.4 Profiel van de RTH-cliënt

Op basis van de beschikbare administratieve kan er ook een profielschets gemaakt worden van de bereikte doelgroep cliënten met volgende kenmerken (zie Tabel 12): leeftijd, aantal voorzieningen, zorgvraag niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (d.i. wachtlijst nRTH en budgetcategorie), aantal RTH-punten, aard van de handicap en zorgvragen in termen van ondersteuningsfuncties RTH.

Van de 26 088 personen met (een vermoeden van) een handicap die RTH gebruikt hebben in 2018, bedroeg de gemiddelde leeftijd ongeveer 24 jaar (mediaan= 18 jaar). Er zijn ongeveer evenveel minderjarige personen met (een vermoeden van) een handicap (49%, n= 12 720) als meerderjarige personen met (een vermoeden van) een handicap (51%, n= 13 368) die gebruik maakten van RTH in 2018. Figuur 3 laat de verdeling zien van de leeftijd in jaren voor de cliënten in 2018. Uit deze figuur blijkt dat de meeste cliënten binnen de volgende drie leeftijdsgroepen vallen: '0-9 jaar' (27%, n= 7 136), '10-19 jaar' (25%, n= 6 469) en '20-29 jaar' (16%, n= 4 191).





Bron: VAPH, 2018.

Figuur 3 Leeftijd RTH-cliënt in 2018

Omtrent aantal voorzieningen, kreeg 89% (n= 23 263) van de cliënten RTH bij slechts één vergunde zorgaanbieder. Indien men RTH heeft gekregen bij meerdere vergunde zorgaanbieders, dan ging het voornamelijk om twee, drie of vier zorgaanbieders.

Ongeveer twee op de tien RTH-cliënten (19%, n= 4 851) stonden op een wachtlijst voor nRTH (d.i. PVB, PAB of MFC) in 2018. Het ging voornamelijk om de wachtlijst PVB voor meerderjarigen, wat 15% (n= 3 805) bedroeg. Drie vierde (75%, n= 2 839) van deze groep behoorde tot prioriteitengroep 3. Binnen deze groep wachtenden kwamen de volgende budgetcategorieën het meeste voor: budgetcategorie III (27%, n= 1 045), I (23%, n= 889), VI (15%, n= 587) en IV (10%, n= 386).

Gemiddeld werden er 2.72 RTH-punten per cliënt besteed in 2018. Dit gemiddelde ligt significant hoger indien de cliënt op een wachtlijst voor nRTH stond dan wanneer men niet op deze wachtlijst stond, meer specifiek 3.84 versus 2.47 RTH-punten. Indien men op de wachtlijst PVB voor meerderjarigen stond met de hoogste prioriteiten (prioriteit 1 en 2) dan besteedde men significant ook meer RTH-punten in 2018 dan de laagste prioriteit (4.58 en 4.44 versus 3.92 RTH-punten). Het gemiddeld aantal RTH-punten per cliënt lijkt ook lichtjes, hoewel niet significant, te stijgen indien de cliënt in een hogere budgetcategorie zou zitten.

Bijna elke cliënt (97%, n= 25 370) bleef onder de grens van 8 RTH punten in 2018, met een kleine minderheid van ongeveer 3% (n= 718) dat meer dan 8 RTH-punten besteedde.

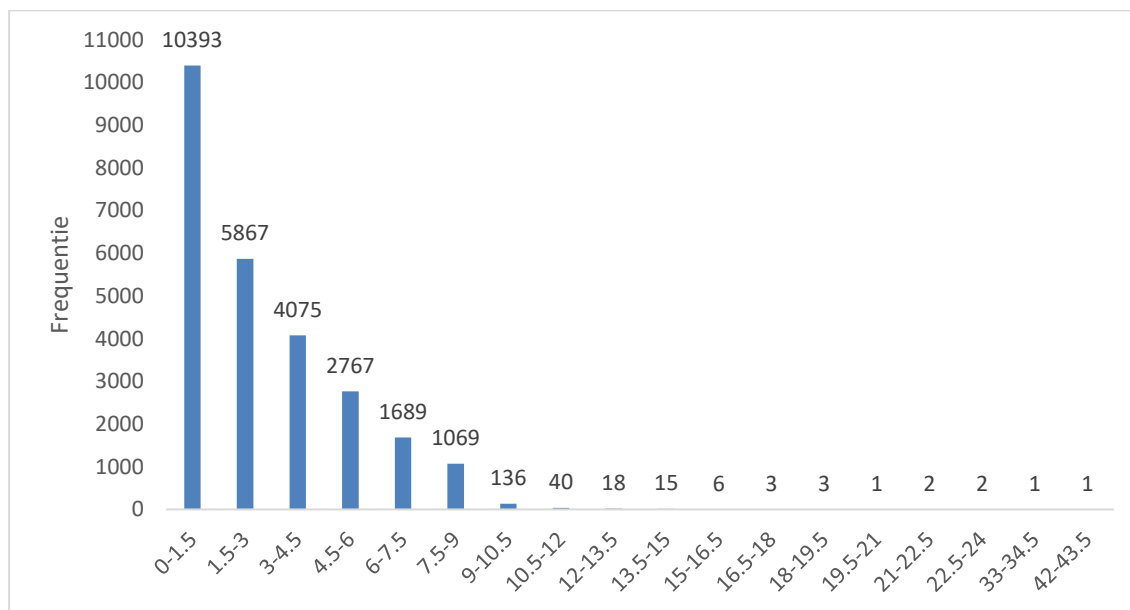
Tabel 12 Profielschets van de RTH-cliënten (n= 26 088), waaronder leeftijd, aantal voorzieningen, al dan niet op de wachtlijst nRTH (prioriteitengroep en budgetcategorie) en aantal RTH-punten in 2018

<b>Leeftijd</b>	<b>Gemiddelde</b>		24.05 jaar (st. dev. 18.90)	
	<b>Mediaan</b>		18 jaar	
			<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>Minderjarigen</b>		12 720	48.76
	<b>Meerderjarigen</b>		13 368	51.24
<b>Aantal voorzieningen</b>			<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>1</b>		23 263	89.17
	<b>2</b>		2 463	9.44
	<b>3</b>		307	1.18
	<b>4</b>		47	0.02
	<b>5</b>		6	0.00
	<b>6</b>		1	0.00
	<b>7</b>		1	0.00
<b>Wachtlijst nRTH</b>			<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>Enkel wachtlijst MFC (minderjarigen)</b>		667	2.56
	<b>Enkel wachtlijst PAB (minderjarigen)</b>		311	1.19
	<b>Enkel wachtlijst PVB (meerderjarigen)</b>		3 794	14.54
	<b>Combinatie wachtlijst PAB en MFC</b>		68	0.26
	<b>Combinatie wachtlijst PVB en MFC</b>		11	0.04
	<b>Totaal wachtlijst nRTH</b>		4 851	18.59
<b>Wachtlijst PVB</b>			<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>Prioriteit 1</b>		458	1.76
	<b>Prioriteit 2</b>		508	1.95
	<b>Prioriteit 3</b>		2 839	10.88
<b>Prioriteit indien wachtlijst PVB (n= 3 805)</b>			<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>Prioriteit 1</b>		458	12.04
	<b>Prioriteit 2</b>		508	13.35
	<b>Prioriteit 3</b>		2 839	74.61
<b>Budgetcategorie indien wachtlijst PVB (n= 3 805)</b>	<b>Naam</b>	<b>Zorgpunten</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>0</b>	6.024399- 25.427669 (gem. 11.15173445)	47	1.24
	<b>I</b>	12.234511	889	23.36
	<b>II</b>	17.128316	300	7.88
	<b>III</b>	24.469022	1 045	27.46
	<b>IV</b>	33.644906	386	10.14
	<b>V</b>	42.820789	141	3.71
	<b>VI</b>	50.161496	587	15.43
	<b>VII</b>	53.220123	76	2.00
	<b>VIII</b>	55.0553	150	3.94
	<b>IX</b>	59.949104	81	2.13
<b>X</b>	70.960164	92	2.42	

	XI	88.08848	11	0.29
	XII	/	0	0.00
			<b>n</b>	<b>%</b>
<b>RTH-punten per cliënt</b>	<b>% minder dan 8 punten</b>		25 370	97.25
	<b>% meer dan 8 punten</b>		718	2.75
			<b>Gemiddelde (95% BI)</b>	<b>Mediaan</b>
	<b>Totaal (n= 26 088)</b>		2.72 (2.69-2.75)	2.10
	<b>Geen wachtlijst nRTH (n= 21 237)</b>		2.47 (2.44-2.50)	1.83
	<b>Wachtlijst nRTH (n= 4 851)</b>		3.84 (3.76-3.92)	3.46
	–	Prioriteit 1 (n= 458)	4.58 (4.30-4.87)	4.43
	–	Prioriteit 2 (n= 508)	4.44 (4.17-4.72)	4.44
	–	Prioriteit 3 (n= 2 839)	3.92 (3.82-4.02)	3.57
			<b>Gemiddelde (95% BI)</b>	<b>Mediaan</b>
	<b>Budgetcategorieën PVB (n= 3 805)</b>			
	–	Butgetcategorie I (n= 889)	3.90 (3.74-4.06)	3.74
	–	Butgetcategorie II (n= 300)	3.88 (3.57-4.19)	3.74
	–	Butgetcategorie III (n= 1 045)	3.96 (3.77-4.14)	3.49
	–	Butgetcategorie IV (n= 386)	4.33 (4.04-4.63)	4.16
	–	Butgetcategorie V (n= 587)	4.16 (3.93-4.39)	3.70
	–	Butgetcategorie VI (n= 76)	4.23 (3.56-4.90)	3.54
	–	Butgetcategorie VII (n= 150)	4.51 (3.96-5.07)	4.18
	–	Butgetcategorie VIII (n= 81)	4.24 (3.45-5.03)	3.52
	–	Butgetcategorie IX (n= 141)	4.33 (3.88-4.77)	4.18
–	Butgetcategorie X (n= 92)	3.87 (3.27-4.48)	3.27	
–	Butgetcategorie XI (n= 11)	4.16 (2.32-6.00)	3.96	

Bron: VAPH, 2018.

Figuur 4 laat de verdeling zien van het aantal RTH-punten per cliënt in 2018. Uit deze figuur kunnen we afleiden dat vier op de tien RTH-cliënten (40%, n= 10 393) in 2018 minder dan 1.5 RTH punten hebben gebruikt. Deze bevinding samen met het relatief (t.o.v. het maximum van 8 punten per cliënt) laag gemiddeld aantal punten (2.72) kunnen verschillende verklaringen hebben. Zo kan het gaan om enkel een intake waarbij de cliënten nog moeten wachten op RTH vanwege de wachtlijsten, om RTH-ondersteuning die was gestart op het einde van het jaar (late instroom), om uitstroom in het begin van het jaar, om een kort of minder frequent ondersteuningstraject, om een tekort aan aanbod binnen de voorziening dat meer ondersteuning onmogelijk maakt, etc. In sectie ‘6. Profielen van gebruik’ worden deze verklaringen verder in de diepte onderzocht. In dat onderdeel komt ook duidelijk naar voren dat er een substantiële groep is die tussen 7 en 8 punten heeft ingezet in 2018. Het relatief laag gemiddeld aantal punten per cliënt duidt bijgevolg niet op een te hoge grens van het maximum.



Bron: VAPH, 2018.

Figuur 4 Aantal RTH-punten per cliënt in 2018

Tabel 13, 14 en 15 laten het gemiddeld aantal RTH-punten en RTH-prestaties per cliënt zien, opgesplitst per ondersteuningsfunctie, provincie en leeftijdscategorie (minder- of meerderjarigen). Het gemiddeld aantal RTH-punten per cliënt was het hoogst in Vlaams-Brabant (3.37) en Oost-Vlaanderen (2.89) en het laagst in Limburg (2.42) en West-Vlaanderen (2.48).

Het gemiddeld aantal RTH-prestaties op cliëntniveau was het hoogst voor mobiele begeleiding en bedroeg 9.55 begeleidingen. Op de tweede plaats kwam dagopvang met een gemiddelde van 3.50 dagen. Vervolgens werden er gemiddeld 1.32, 0.64 en 0.45 RTH-prestaties ingezet op cliëntniveau voor respectievelijk ambulante begeleiding, groepsbegeleiding en verblijf.

In overeenstemming met de bevindingen die kunnen worden afgeleid uit Tabel 11, laten onderstaande tabellen zien dat de gemiddelde RTH-prestaties (en bijgevolg gemiddelde RTH-punten) per cliënt en per ondersteuningsfunctie verschillen tussen de provincies. Op cliëntniveau was het gemiddelde voor mobiele begeleidingen het hoogst in Vlaams-Brabant (12.09) en Oost-Vlaanderen (10.53). Het gemiddelde voor ambulante begeleiding was het hoogst in Vlaams-Brabant (2.23) en Antwerpen (1.55). Voor groepsbegeleiding was het gemiddelde per cliënt het hoogst in Oost-Vlaanderen (0.94) en Antwerpen (0.76). Het gemiddelde voor dagopvang was het hoogst in Limburg (4.32) en voor verblijf het

hoogst in West-Vlaanderen (0.55). Het gemiddelde voor verblijf op cliëntniveau was beduidend lager in het Hoofdstedelijk Gewest Brussel (0.14).

Tabel 13 Gemiddeld aantal RTH-prestaties per cliënt en per ondersteuningsfunctie en provincie\* in 2018

	Antwerpen (n= 8 729)	Limburg (n= 3 314)	Oost- Vlaanderen (n= 4 843)	Vlaams- Brabant (n= 2 721)	Hoofd- stedelijk Gewest Brussel (n= 403)	West- Vlaanderen (n= 5 682)	Totaal (n= 26 088)
Ambulante begeleiding	1.55	0.78	0.95	2.23	1.28	1.04	1.32
Mobiele begeleiding	9.07	8.45	10.53	12.09	9.18	8.56	9.55
Groepsbegeleiding	0.76	0.34	0.94	0.37	0.45	0.49	0.64
Dagopvang	3.21	4.32	3.20	3.08	3.57	3.67	3.50
Verblijf	0.40	0.28	0.48	0.47	0.14	0.55	0.45

\* Voor de gemiddelden per provincies, zijn 396 cliënten niet meegenomen in de analyses, aangezien zij in verschillende provincies RTH-ondersteuning hebben gekregen in 2018 (d.i. 389 cliënten bij twee verschillende provincies en 7 cliënten bij drie verschillende provincies).

Bron: VAPH, 2018.

Tabel 14 Gemiddeld aantal RTH-punten per cliënt, volgens ondersteuningsfunctie en provincie\* in 2018

	Antwerpen (n= 8 729)	Limburg (n= 3 314)	Oost- Vlaanderen (n= 4 843)	Vlaams- Brabant (n= 2 721)	Hoofd- stedelijk Gewest Brussel (n= 403)	West- Vlaanderen (n= 5 682)	Totaal (n= 26 088)
Ambulante begeleiding	0.24	0.12	0.15	0.35	0.20	0.16	0.20
Mobiele begeleiding	2.00	1.86	2.32	2.66	2.02	1.88	2.10
Groepsbegeleiding	0.07	0.03	0.08	0.03	0.04	0.04	0.06
Dagopvang	0.28	0.38	0.28	0.27	0.31	0.32	0.30
Verblijf	0.05	0.04	0.06	0.06	0.02	0.07	0.06
<b>Totaal</b>	<b>2.63</b>	<b>2.42</b>	<b>2.89</b>	<b>3.37</b>	<b>2.59</b>	<b>2.48</b>	<b>2.72</b>

\* Voor de gemiddelden per provincies, zijn 396 cliënten niet meegenomen in de analyses, aangezien zij in verschillende provincies RTH-ondersteuning hebben gekregen in 2018 (d.i. 389 cliënten bij twee verschillende provincies en 7 cliënten bij drie verschillende provincies).

Bron: VAPH, 2018.

Het gemiddeld aantal RTH-punten per cliënt was ook significant hoger voor meerderjarige personen dan voor minderjarige personen, meer specifiek 3.22 RTH-punten versus 2.21 RTH-punten (zie Tabel 15). Het verschil tussen meerder- en minderjarigen situeerde zich vooral in een hoger gemiddeld aantal punten per cliënt voor mobiele begeleiding (2.44 versus 1.75) en dagopvang (0.43 versus 0.17).

Voor de provincies Limburg, West-Vlaanderen en het Hoofdstedelijk Gewest Brussel waren er ook verschillen tussen minder- en meerderjarigen. Zo lag het gemiddeld aantal RTH-punten per cliënt voor de ondersteuningsfunctie dagopvang het hoogst in Limburg (in vergelijking met de andere provincies) voor meerderjarigen, terwijl dit niet kon worden teruggevonden voor minderjarigen. In het Hoofdstedelijk Gewest Brussel was het gemiddeld aantal RTH-punten voor meerderjarige cliënten bijna

het hoogst (in vergelijking met de andere provincies, dit had vooral te maken met een hoger gemiddeld aantal punten mobiele begeleiding), terwijl dit het laagst was voor minderjarige cliënten. In West-Vlaanderen was het gemiddeld aantal RTH-punten voor meerderjarige cliënten het laagst (in vergelijking met de andere provincies), terwijl dit niet het geval was voor minderjarige cliënten.

Tabel 15 Gemiddeld aantal RTH-punten per cliënt, volgens leeftijdscategorie, ondersteuningsfunctie en provincie\* in 2018

<b>Minderjarigen (n= 12 538)</b>							
	<b>Antwerpen (n= 4 554)</b>	<b>Limburg (n= 1 720)</b>	<b>Oost- Vlaanderen (n= 2 473)</b>	<b>Vlaams- Brabant (n= 1 172)</b>	<b>Hoofd- stedelijk Gewest Brussel (n= 176)</b>	<b>West- Vlaanderen (n= 2 443)</b>	<b>Totaal (95% BI)</b>
Ambulante begeleiding	0.22	0.10	0.16	0.24	0.00	0.17	0.18 (0.17-0.19)
Mobiele begeleiding	1.58	1.43	2.00	2.34	0.86	1.71	1.75 (1.72-1.78)
Groepsbegeleiding	0.10	0.05	0.08	0.05	0	0.07	0.08 (0.07-0.08)
Dagopvang	0.16	0.16	0.13	0.12	0.19	0.21	0.17 (0.16-0.18)
Verblijf	0.03	0.02	0.02	0.03	0.02	0.04	0.03 (0.03-0.04)
<b>Totaal</b>	<b>2.09</b>	<b>1.77</b>	<b>2.39</b>	<b>2.77</b>	<b>1.07</b>	<b>2.20</b>	<b>2.21 (2.17-2.24)</b>
<b>Meerderjarigen (n= 13 154)</b>							
	<b>Antwerpen (n= 4 175)</b>	<b>Limburg (n= 1 594)</b>	<b>Oost- Vlaanderen (n= 2 370)</b>	<b>Vlaams- Brabant (n= 1 549)</b>	<b>Hoofd- stedelijk Gewest Brussel (n= 227)</b>	<b>West- Vlaanderen (n= 3 239)</b>	<b>Totaal (95% BI)</b>
Ambulante begeleiding	0.27	0.15	0.14	0.42	0.35	0.16	0.23 (0.22-0.24)
Mobiele begeleiding	2.44	2.32	2.65	2.90	2.92	2.01	2.44 (2.39-2.48)
Groepsbegeleiding	0.03	0.01	0.09	0.02	0.07	0.02	0.03 (0.03-0.04)
Dagopvang	0.41	0.60	0.43	0.38	0.40	0.40	0.43 (0.41-0.46)
Verblijf	0.08	0.05	0.10	0.09	0.02	0.09	0.09 (0.08-0.10)
<b>Totaal</b>	<b>3.22</b>	<b>3.13</b>	<b>3.40</b>	<b>3.82</b>	<b>3.76</b>	<b>2.68</b>	<b>3.22 (3.17-3.26)</b>

\* Voor de gemiddelden per provincies, zijn 396 cliënten niet meegenomen in de analyses, aangezien zij in verschillende provincies RTH-ondersteuning hebben gekregen in 2018 (d.i. 389 cliënten bij twee verschillende provincies en 7 cliënten bij drie verschillende provincies).

Bron: VAPH, 2018.

### 1.4.1 Aard van de handicap

Afgeleid uit Tabel 16 is veel van de RTH-ondersteuning gegaan naar cliënten waarvoor er o.b.v. de administratieve gegevens geen indicatie is van het handicapprofiel (54% voor gegevens van het VAPH en 96% voor gegevens van de ITP). Dit kan mogelijks verklaard worden door het feit dat een cliënt die gebruik wil maken van RTH niet door het VAPH of de ITP erkend hoeft te zijn als persoon met een handicap. Voor de overige groep RTH-gebruikers stellen we vast dat er voornamelijk gebruik werd gemaakt van RTH in 2018 door personen met een autismespectrumstoornis (ASS) en een licht verstandelijke handicap (met eventueel een bijkomende handicap).

Tabel 16 Soort handicap van de cliënten op basis van gegevens van VAPH en van ITP in 2018

	Gegevens van VAPH		Gegevens van ITP**	
	n	%	n	%
Enkel fysieke handicap	827	3.17	74	0.28
Enkel auditieve handicap	393	1.51	28	0.11
Enkel visuele handicap	805	3.09	10	0.04
Fysiek, zintuigelijk/stem-spraakstoornis (fys/zin/spraak)	290	1.11	24	0.09
Mentale functies gerelateerd aan hogere cognitieve functies, aandacht, geheugen, coördinatie, psychomotoriek, etc. en eventueel in combinatie met fys/zin/spraak en/of ASS en eventueel EGS/PSY	866	3.32	59	0.23
Autismespectrumstoornis eventueel in combinatie met GES+/psychische stoornis (ASS en eventueel EGS/PSY)	2 262	8.67	225	0.86
Enkel psychische stoornis	250	0.96	103	0.39
Enkel licht verstandelijke handicap	1 939	7.43	50	0.19
Licht verstandelijke handicap en bijkomende handicap	1 708	6.55	160	0.61
Enkel matig verstandelijke handicap	907	3.48	46	0.18
Matig verstandelijke handicap en bijkomende handicap	653	2.50	123	0.47
Enkel ernstig-diepe verstandelijke handicap	87	0.33	6	0.02
Ernstig-diepe verstandelijke handicap en bijkomende handicap	174	0.67	57	0.22
Overige handicaps	737	2.83	54	0.21
Ontbrekende handicapgegevens*	14 190	54.39	25 069	96.09
<b>Totaal</b>	<b>26 088</b>	<b>100</b>	<b>26 088</b>	<b>100</b>

\* RTH kan ook worden ingezet bij een vermoeden van handicap, dus voor een groot deel van de personen weten we niet welke handicap ze hebben.

\*\* ITP= Intersectorale toegangspoort, een administratieve dienst van het agentschap jongerenwelzijn.

Bron: VAPH, 2018.

## 1.4.2 Zorgvragen in termen van gebruikte RTH-ondersteuningsfuncties

De verschillende zorgvragen zijn ook in kaart gebracht door de gebruikte ondersteuningsfuncties op cliëntniveau te analyseren, zie Tabel 17. De meeste zorgvragen, meer specifiek 85% (n= 22 085) van alle zorgvragen hadden betrekking op 'enkel begeleiding' (ambulant en/of mobiel en/of groepsbegeleiding). Op de tweede en derde plaats kwamen, echter met een veel lager aandeel dan de eerste plaats, 'begeleiding + dagopvang' (6%, n= 1 643) en 'enkel dagopvang' (6%, n= 1 475). Het gebruik van de ondersteuningsfunctie 'verblijf' al dan niet in combinatie met begeleiding en/of dagopvang was zeer laag (3%, n= 885).

Verder zien we dat cliënten die op de wachtlijst stonden voor nRTH significant meer beroep deden op de RTH-ondersteuningsfunctie dagopvang al dan niet in combinatie met begeleiding en/of verblijf dan cliënten die niet op de wachtlijst voor nRTH stonden. Cliënten die meer dan 8 RTH punten hadden ingezet, deden ook meer beroep op dagopvang in combinatie met begeleiding of verblijf of begeleiding en verblijf dan cliënten die maximaal 8 RTH punten hadden ingezet. Minderjarigen deden meer beroep op 'enkel begeleiding' dan meerderjarigen, maar minder beroep op dagopvang al dan niet in combinatie met begeleiding of verblijf.

Tabel 17 Zorgvragen in termen van gebruikte ondersteuningsfuncties in 2018

	Cliënten niet op wachtlijst nRTH		Cliënten op wachtlijst nRTH		Cliënten max 8 RTH-punten		Cliënten meer dan 8 RTH-punten		- 18 jaar		+18 jaar		Alle cliënten	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enkel begeleiding*	19 013	89.53 <sup>a</sup>	3 525	72.67 <sup>a</sup>	21 706	85.56 <sup>b</sup>	379	52.79 <sup>b</sup>	11 397	89.60 <sup>c</sup>	11 141	83.34 <sup>c</sup>	22 085	84.66
Enkel dagopvang	1 155	5.44 <sup>a</sup>	601	12.39 <sup>a</sup>	1 430	5.64	45	6.27	773	6.08 <sup>c</sup>	983	7.35 <sup>c</sup>	1 475	5.65
Enkel verblijf	7	0.03	8	0.16	9	0.04	2	0.28	3	0.02	12	0.09	11	0.04
Begeleiding* + dagopvang	661	3.11 <sup>a</sup>	381	7.85 <sup>a</sup>	1 489	5.87 <sup>b</sup>	154	21.45 <sup>b</sup>	284	2.23 <sup>c</sup>	758	5.67 <sup>c</sup>	1 643	6.30
Begeleiding* + verblijf	28	0.13	3	0.06	33	0.13	2	0.28	27	0.21	4	0.03	35	0.13
Dagopvang + verblijf	266	1.25 <sup>a</sup>	263	5.42 <sup>a</sup>	381	1.50 <sup>b</sup>	69	9.61 <sup>b</sup>	155	1.22 <sup>c</sup>	374	2.80 <sup>c</sup>	450	1.72
Begeleiding* + dagopvang + verblijf	107	0.50 <sup>a</sup>	70	1.44 <sup>a</sup>	322	1.27 <sup>b</sup>	67	9.33 <sup>b</sup>	81	0.64	96	0.72	389	1.49
<b>Totaal</b>	<b>21 237</b>	<b>100</b>	<b>4 851</b>	<b>100</b>	<b>25 370</b>	<b>100</b>	<b>718</b>	<b>100</b>	<b>12 720</b>	<b>100</b>	<b>13 368</b>	<b>100</b>	<b>26 088</b>	<b>100</b>

\* Begeleiding: Ambulant en/of mobiel en/of groepsbegeleiding.

a wijst op significante ( $p < .0001$ ) verschillen tussen cliënten die wel of niet op de wachtlijst nRTH stonden.

b wijst op significante ( $p < .0001$ ) verschillen tussen cliënten die wel of niet meer dan 8 RTH-punten hebben besteed.

c wijst op significante ( $p < .0001$ ) verschillen tussen minderjarige en meerderjarige cliënten.

Bron: VAPH, 2018.



Bijkomende analyses, meer specifiek de gemiddelde prestaties indien beroep gedaan werd op begeleiding, laten zien dat dat het gemiddeld aantal prestaties mobiele begeleiding hoger lag dan het gemiddeld aantal prestaties ambulante en groepsbegeleiding, tenzij er ook beroep werd gedaan op verblijf dan is het gemiddelde voor groepsbegeleiding hoger (zie alle cliënten in Tabel 18). Het gemiddeld aantal prestaties verblijf was hoger indien men ook beroep deed op dagopvang dan wanneer men enkel beroep deed op verblijf en begeleiding (zie alle cliënten<sup>9</sup> in Tabel 18).

Verder zien we dat het gemiddeld aantal prestaties dagopvang ook hoger was bij cliënten die op de wachtlijst nRTH stonden dan bij cliënten die niet op deze wachtlijst stonden. In vergelijking met cliënten die maximum 8 RTH punten hadden ingezet, waren de gemiddelde aantal prestaties voor dagopvang, mobiele begeleiding, verblijf en ambulante begeleiding ook hoger voor cliënten die meer dan 8 RTH punten hadden ingezet.

---

<sup>9</sup> Voor meerderjarigen, cliënten die meer dan 8 RTH hebben ingezet en cliënten die op een wachtlijst voor nRTH stonden, werd dit niet gevonden. Maar aangezien het over een klein aantal cliënten ging dat enkel beroep deed op begeleiding en verblijf (respectievelijk slechts vier, twee en drie cliënten), kunnen er voor deze cliënten geen conclusies getrokken worden.

Tabel 18 Gemiddeld aantal prestaties per RTH-ondersteuningsfunctie indien gebruik gemaakt van de RTH-ondersteuningsfunctie begeleiding in 2018 (in rij gemiddelden)

	Ambulant	Mobiel	Groeps- begeleiding	Dagopvang	Verblijf
<b>Clënten niet op wachtlijst nRTH (n= 19 810)</b>					
Enkel begeleiding (n= 19 013)	1.28	9.10	0.60		
Begeleiding + dagopvang (n= 661)	2.11	9.25	2.45	14.25	
Begeleiding + verblijf (n= 28)	3.03	6.48	14.79		1.97
Begeleiding + dagopvang + verblijf (n= 107)	1.79	7.79	1.25	14.33	9.83
<b>Clënten op wachtlijst nRTH (n= 3 978)</b>					
Enkel begeleiding (n= 3 525)	1.32	13.12	0.32		
Begeleiding + dagopvang (n= 381)	1.82	10.52	1.26	25.71	
Begeleiding + verblijf (n= 3)	0.5	30	0		34.5
Begeleiding + dagopvang + verblijf (n= 70)	3.06	8.91	1.16	24.26	9.54
<b>Clënten met maximum 8 RTH-punten (n= 23 550)</b>					
Enkel begeleiding (n= 21 706)	1.27	9.86	0.60		
Begeleiding + dagopvang (n= 1 489)	1.60	9.33	1.59	16.36	
Begeleiding + verblijf (n= 33)	2.88	6.42	13.61		2.24
Begeleiding + dagopvang + verblijf (n= 322)	1.61	8.22	1.05	16.14	9.20
<b>Clënten met meer dan 8 RTH-punten (n= 602)</b>					
Enkel begeleiding (n= 379)	7.42	35.77	0.63		
Begeleiding + dagopvang (n= 154)	4.63	22.94	1.67	42.71	
Begeleiding + verblijf (n= 2)	0.5	31.00	0.00		34.50
Begeleiding + dagopvang + verblijf (n= 67)	3.21	16.72	0.63	35.97	17.52
<b>-18 jaar (n= 11 789)</b>					
Enkel begeleiding (n= 11 397)	1.11	8.00	0.83		
Begeleiding + dagopvang (n= 284)	2.56	4.43	1.65	16.01	
Begeleiding + verblijf (n= 27)	3.26	6.48	15.70		2.04
Begeleiding + dagopvang + verblijf (n= 81)	1.27	7.41	1.44	12.94	8
<b>+18 jaar (n= 11 999)</b>					
Enkel begeleiding (n= 11 141)	1.46	11.50	0.27		
Begeleiding + dagopvang (n= 758)	1.80	11.70	2.15	19.35	
Begeleiding + verblijf (n= 4)	0.25	18.25	1.25		17.75
Begeleiding + dagopvang + verblijf (n= 96)	3.16	8.94	1.02	22.73	11.17
<b>Alle cliënten (n= 24 152)</b>					
Enkel begeleiding (n= 22 085)	1.38	10.30	0.60		
Begeleiding + dagopvang (n= 1 643)	1.88	10.61	1.60	18.83	
Begeleiding + verblijf (n= 35)	2.74	7.83	12.83		4.09
Begeleiding + dagopvang + verblijf (n= 389)	1.88	9.69	0.97	19.56	10.63

Bron: VAPH, 2018.

## 1.5 Profielen van gebruik

Voor de cliënten die in 2018 beroep hebben gedaan op RTH, waren de gegevens over de startmaand van de RTH-ondersteuning en de totale duur in maanden van deze ondersteuning ook beschikbaar. Tabel 19 laat zien dat de meeste cliënten zijn gestart met RTH in januari, namelijk ongeveer de helft (n= 13 043) van alle cliënten. Aangezien we geen informatie hebben over het jaar 2017 weten we niet hoeveel van deze cliënten nieuw zijn gestart in 2018 en hoeveel cliënten in het voorgaande jaar reeds RTH-ondersteuning hebben gekregen. De meeste cliënten, meer specifiek 67% (n= 17 602) zijn gestart met RTH in het eerste kwartaal van 2018, d.i. januari, februari of maart. Er zijn steeds minder cliënten die later in het jaar zijn gestart met RTH, met een aandeel van slechts 2% (n= 465) in december.

Onderstaande tabel laat ook de samenhang zien tussen de startmaand van RTH en het totaal aantal RTH-punten die werden ingezet op cliëntniveau. Hoe meer RTH-punten, hoe vroeger de cliënt met RTH is gestart in het jaar. Voor de ongeveer 5 600 cliënten die maximaal 0.5 RTH-punten hebben ingezet, is er ongeveer een gelijke verdeling aangaande de startmaand, maar met nog altijd een piek voor de maand januari.

Tabel 19 Startmaand RTH en de verdeling van de startmaand per categorie totaal aantal RTH-punten per cliënt in 2018

	n	%	Aantal RTH-punten per cliënt (Frequenties)				
			0-0.5	0.5-1	1-3	3-7	7-8+
Januari	13 043	50.01	783	709	3 948	6 048	1 555
Februari	2 819	10.81	561	328	1 094	735	101
Maart	1 740	6.67	490	208	612	380	50
April	1 302	4.99	409	156	454	250	33
Mei	1 174	4.50	404	179	387	180	24
Juni	1 048	4.02	403	127	367	145	6
Juli	941	3.61	368	146	324	94	9
Augustus	649	2.49	271	98	222	49	9
September	1 024	3.93	427	138	356	88	15
Oktober	1 042	4.00	530	217	261	19	15
November	835	3.20	566	161	96	6	6
December	465	1.78	389	56	14	6	0
<b>Totaal</b>	<b>26 082</b>	<b>100</b>	<b>5 601</b>	<b>2 523</b>	<b>8 135</b>	<b>8 000</b>	<b>1 823</b>
Kwartalen			Kolom %				
Januari – februari – Maart	17 602	67.49	32.74	49.35	69.50	89.54	93.58
April – mei – juni	3 524	13.51	21.71	18.31	14.85	7.19	3.46
Juli- augustus – september	2 614	10.02	19.03	15.14	11.09	2.89	1.81
Oktober – november – december	2 342	8.98	26.51	17.20	4.56	0.39	1.15
<b>Totaal</b>	<b>26 082</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Bron: VAPH, 2018.

Betreffende de tijdsduur van de RTH-ondersteuning in maanden (berekend als het bereik in maanden tussen de eerste en laatste RTH-ondersteuning in 2018)<sup>10</sup>, werd 58% (n= 15 178) van de cliënten voor langer dan een half jaar geholpen tegenover 42% (n= 10 904) maximum een half jaar (zie Tabel 20). De gemiddelde tijdsduur bedraagt 6.28 maanden. Ongeveer één op de vijf cliënten (19%, n= 4 973) kreeg RTH voor maximum één maand (zonder uitspraken te doen over de ondersteuningsfuncties waarop men beroep deed). Iets meer dan een kwart (26%, n= 6 806) heeft gespreid over het hele jaar RTH-ondersteuning gekregen.

Er wordt opnieuw een samenhang gevonden tussen het totaal aantal RTH-punten op cliëntniveau en de tijdsduur van de RTH-ondersteuning in maanden (wat ook samenhangt met de startmaand). Hoe meer RTH-punten, hoe meer gespreid over het jaar de cliënt RTH heeft gekregen (hoe hoger de gemiddelde tijdsduur). Zo heeft 66% van cliënten die meer dan 7 RTH-punten hebben ingezet, ondersteuning gekregen gespreid over het hele jaar, tegenover 16% van de cliënten die minstens 1 en maximum 3 RTH-punten hebben ingezet.

Tabel 20 Tijdsduur (in maanden) van de RTH-ondersteuning in maanden en de verdeling van de startmaand per categorie totaal aantal RTH-punten per cliënt in 2018

	n	%	Aantal RTH-punten per cliënt (frequenties en kolom %)				
			0-0.5	0.5-1	1-3	3-7	7-8+
Maximum 1 maand	4 973	19.07	4 544 (81.13)	309 (12.25)	109 (1.34)	8 (0.10)	3 (0.16)
Meer dan 1 maand en max. 6 maanden	5 931	22.74	883 (15.77)	1 615 (64.01)	2 760 (33.93)	542 (6.78)	131 (7.19)
Meer dan 6 maanden en max. 11 maanden	8 372	32.10	166 (2.96)	548 (21.72)	3 987 (49.01)	3 185 (39.81)	486 (26.66)
12 maanden = gespreid over het volledige jaar	6 806	26.09	8 (0.14)	51 (2.02)	1 279 (15.72)	4 265 (53.31)	1 203 (65.99)
<b>Totaal</b>	<b>26 082</b>	<b>100</b>	<b>5 601</b>	<b>2 523</b>	<b>8 135</b>	<b>8 000</b>	<b>1 823</b>
<b>Gemiddelde tijdsduur (in maanden)</b>	6.28		0.55	3.52	6.94	9.67	9.87
<b>Mediaan tijdsduur (in maanden)</b>	7		0	3	7	11	11

Bron: VAPH, 2018.

Tabel 21 geeft de tijdsduur van de RTH-ondersteuning weer per type zorgvraag (op basis van de gebruikte ondersteuningsfuncties, zie sectie 5.2) van de cliënt. Indien de zorgvragen bestonden uit begeleiding in combinatie met dagopvang en/of verblijf dan ligt het aandeel dat RTH heeft gekregen gespreid over meer dan een half jaar hoger dan indien de zorgvragen bestonden uit 'enkel begeleiding', 'enkel dagopvang', 'enkel verblijf' of 'dagopvang en verblijf'. Zorgvragen 'begeleiding en dagopvang' en 'begeleiding, dagopvang en verblijf' hebben bijgevolg ook de langste gemiddelde tijdsduur.

<sup>10</sup> Belangrijke opmerking hierbij is dat er is gekeken naar het bereik in maanden tussen de eerste RTH-ondersteuning en laatste RTH-ondersteuning in het jaar 2018. Met als gevolg dat een tijdsduur van een aantal maanden niet noodzakelijk wil zeggen dat de cliënt elke maand ondersteuning heeft kregen (het kan bijvoorbeeld zijn dat een cliënt met een tijdsduur van vier maanden enkel in de maanden mei (eerste RTH) en september (tweede RTH) ondersteuning heeft gekregen).

Tabel 21 Tijdsduur (in maanden) van de RTH-ondersteuning volgens de verschillende zorgvragen per cliënt in 2018 (in kolom frequenties en %)

	Enkel begeleiding*	Enkel dagopvang	Enkel verblijf	Begeleiding* + dagopvang	Begeleiding* + verblijf	Dagopvang + verblijf	Begeleiding* + dagopvang + verblijf
Maximum 1 maand	4 603 (20.85)	249 (16.82)	6 (54.55)	20 (1.22)	9 (25.71)	80 (17.94)	6 (1.54)
Meer dan 1 maand en max. 6 maanden	4 837 (21.91)	544 (36.76)	4 (36.36)	301 (18.34)	1 (2.86)	162 (36.32)	82 (21.08)
Meer dan 6 maanden en max. 11 maanden	7 267 (32.91)	308 (20.81)	1 (9.09)	510 (31.08)	20 (57.14)	114 (25.56)	152 (39.07)
12 maanden = gespreid over het volledige jaar	5 373 (24.33)	379 (25.61)	0 (0.00)	810 (49.36)	5 (14.29)	90 (20.18)	149 (38.30)
<b>Totaal</b>	<b>22 080</b>	<b>1 480</b>	<b>11</b>	<b>1 641</b>	<b>35</b>	<b>446</b>	<b>389</b>
Gemiddelde tijdsduur (in maanden)	6.14	5.49	1.64	8.71	6.09	5.23	8.19
Mediaan tijdsduur (in maanden)	7	5	0	10	7	4	10

\* Begeleiding: Ambulant en/of mobiel en/of groepsbegeleiding.

Bron: VAPH, 2018.

Op basis van de tijdsduur, type ondersteuning en aantal punten per cliënt hebben we ook verschillende profielen van gebruik opgesteld (Tabel 22 en 23). De meeste voorkomende profielen zijn: cliënten die gedurende het hele jaar tussen 3 en 7 punten hebben ingezet (16%, n= 4 265), cliënten die minstens voor een half jaar (maar niet het volledige jaar) tussen 1 en 3 punten hebben ingezet (15%, n= 3 987) en cliënten die minstens voor een half jaar (maar niet het volledige jaar) tussen 3 en 7 punten hebben ingezet (12%, n= 3 185). Daarnaast heeft ongeveer een gelijkaardig aandeel als voorgaande profielen, meer specifiek 12% (n= 3 053) enkel een intake gehad in 2018, d.w.z. slechts één ambulante en/of mobiele begeleiding (dit kan echter ook om een afsluitingssessie gaan). Verder heeft één op de tien cliënten (n= 2 548) maximum 0.5 RTH-punten ingezet waarbij het niet ging om enkel een intake en heeft één op de tien cliënten (n= 2 760) voor maximum een half jaar 1 tot 3 punten ingezet.

Tabel 22 Profielen van gebruik rekening houdend met totaal aantal RTH-punten en tijdsduur van de RTH-ondersteuning in 2018

	n	%
<b>1. Enkel een intake*</b>	<b>3 053</b>	<b>11.71</b>
<b>Max 0.5 punt (exclusief situatie enkel een intake) ...</b>	<b>2 548</b>	<b>9.78</b>
2. ... gedurende max. 1 maand	1 491	5.72
3. ... gedurende meer dan 1 maand en max. 6 maanden	883	3.39
4. ... gedurende meer dan 6 maanden en max. 11 maanden	166	0.64
5. ... gedurende het hele jaar	8	0.03
<b>Tussen 0.5 en max. 1 punt ...</b>	<b>2523</b>	<b>9.67</b>
6. ... gedurende max. 1 maand	309	1.18
7. ... gedurende meer dan 1 maand en max. 6 maanden	1 615	6.19
8. ... gedurende meer dan 6 maanden en max. 11 maanden	548	2.10
9. ... gedurende het hele jaar	51	0.20
<b>Tussen 1 en max. 3 punten ...</b>	<b>8135</b>	<b>31.19</b>
10. ... gedurende max. 1 maand	109	0.42
11. ... gedurende meer dan 1 maand en max. 6 maanden	2 760	10.58
12. ... gedurende meer dan 6 maanden en max. 11 maanden	3 987	15.29
13. ... gedurende het hele jaar	1 279	4.90
<b>Tussen 3 en max. 7 punten ...</b>	<b>8000</b>	<b>30.67</b>
14. ... gedurende max. 1 maand	8	0.03
15. ... gedurende meer dan 1 maand en max. 6 maanden	542	2.08
16. ... gedurende meer dan 6 maanden en max. 11 maanden	3 185	12.21
17. ... gedurende het hele jaar	4 265	16.35
<b>Meer dan 7 punten ...</b>	<b>1823</b>	<b>6.98</b>
18. ... gedurende max. 1 maand	3	0.01
19. ... gedurende meer dan 1 maand en max. 6 maanden	131	0.50
20. ... gedurende meer dan 6 maanden en max. 11 maanden	486	1.86
21. ... gedurende het hele jaar	1 203	4.61
<b>Totaal</b>	<b>26 082</b>	<b>100</b>

\* Slechts 1 RTH-prestatie meer specifiek ofwel ambulante ofwel mobiele begeleiding voor het jaar 2018 (dit kan echter ook om een afsluitingssessie (uitstroom)gaan).

Bron: VAPH, 2018.

In Tabel 23 wordt er ingezoomd op het aandeel intakes, cliënten met maximaal 1 punt en cliënten met meer dan 7 punten in verschillende subgroepen van cliënten. Zo ligt het aandeel intakes hoger bij minderjarigen dan bij meerderjarigen, bij cliënten die niet op de wachtlijst nRTH staan, bij cliënten waarvoor geen handicapgegevens beschikbaar zijn en bij cliënten die in het laatste kwartaal van het jaar zijn ingestapt. Dezelfde bevindingen komen naar voren voor het aandeel cliënten met maximaal 1 punt, met bijkomend een hoger aandeel indien men bij één voorziening i.p.v. bij meerdere voorzieningen RTH heeft ingezet en indien deze ondersteuning maximum 1 maand heeft geduurd. Omgekeerd is het aandeel cliënten met meer dan 7 punter hoger bij meerderjarigen dan minderjarigen, bij cliënten die op de wachtlijst nRTH staan, bij cliënten die bij meerdere voorzieningen RTH hebben ingezet, bij cliënten met een licht verstandelijke handicap (met eventueel een bijkomende handicap), bij cliënten die in het eerste kwartaal van het jaar zijn ingestapt en bij cliënten die gedurende het hele jaar RTH hebben gekregen.

Tabel 23 Verschillen in aandeel intakes, cliënten die maximaal 1 punt en cliënten die meer dan 7 punten hebben ingezet tussen verschillende supgroepen van cliënten in 2018 (in rij %)

	Intakes*		Maximum 1 punt		Meer dan 7 punten	
	n	Rij %	n	Rij %	n	Rij %
<b>Leeftijdsgroep</b>						
Minderjarigen (n= 12 719)	1 842	14.48	4 786	37.63	418	3.29
Meerderjarigen (n= 13 363)	1 211	9.06	3 338	24.98	1 405	10.51
<b>Wachtrij nRTH</b>						
Nee (n= 21 232)	2 835	13.35	7 353	34.63	1 093	5.15
Ja (n= 4 850)	218	4.49	771	15.90	730	15.05
<b>Aantal voorzieningen</b>						
1 voorziening (n= 23 258)			7 850	33.75	1 391	5.98
Meerdere (n= 2 824)			274	9.70	432	15.30
<b>Aard handicap</b>						
Ontbrekende handicapgegevens (n= 14 188)	2 235	15.75	5 354	37.74	656	4.62
Autismespectrumstoornis eventueel in combinatie met GES+/psychische stoornis (ASS en eventueel EGS/PSY) (n= 2262)	218	9.64	664	29.35	142	6.28
Enkel licht verstandelijke handicap (n= 1 938)	65	3.35	246	12.69	233	12.02
Licht verstandelijke handicap en bijkomende handicap (n= 1 708)	93	5.44	319	18.68	210	12.30
<b>Startmaand RTH in kwartalen</b>						
Jan – Feb – Maart (n= 17 602)	865	4.91	3 079	17.49	1 706	9.69
April – mei – juni (n= 3 524)	698	19.81	1 678	47.62	63	1.79
Juli- augustus – september (n= 2 614)	618	23.64	1 448	55.39	33	1.26
Oktober – november – december (n= 2 342)	872	37.23	1 919	81.94	21	0.90
<b>Duur in maanden RTH</b>						
Gedurende max. 1 maand (n= 4 973)			4 853	97.59	3	0.06
Gedurende meer dan 1 maand en max. 6 maanden (n= 5 931)			2 498	42.12	131	2.21
Gedurende meer dan 6 maanden en max. 11 maanden (n= 8 372)			714	8.53	486	5.81
Gedurende het hele jaar (n= 6 806)			59	0.87	1 203	17.68
<b>Totaal (n= 26 082)</b>	<b>3 053</b>	<b>11.72</b>	<b>8 124</b>	<b>31.15</b>	<b>1 823</b>	<b>6.99</b>

\* Slechts 1 RTH-prestatie meer specifiek ofwel ambulante ofwel mobiele begeleiding voor het jaar 2018 (dit kan echter ook om een afsluitingssessie (uitstroom) gaan).

Bron: VAPH, 2018.

Zoals reeds werd aangegeven in 'sectie 5. Profiel van de RTH-cliënt' kunnen de uiteenlopende profielen van cliënten het relatief laag gemiddeld aantal punten per cliënt (d.i. 2.72 punten) deels verklaren. Indien cliënten met enkel een intake (of afsluitingssessie) (12%), een late instroom (gestart in laatste kwartaal) (9%) of met maximum 1 punt (31%) buiten worden beschouwing laten, stijgt het gemiddeld aantal punten per cliënt tot 3.81 punten. Niettegenstaande kunnen andere verklaringen zoals een tekort aan een (geschikt) aanbod binnen RTH om elke cliënt voldoende ondersteuning te bieden of uitstroom van cliënten ook een invloed hebben op het gemiddeld aantal RTH-punten per cliënt. Daarnaast is er ook een substantiële groep die rond de 7 of 8 punten heeft ingezet in 2018. Bijgevolg kan er niet worden beweerd dat het maximum van 8-punten per jaar te hoog ligt.

## 1.6 Outreach

Ter recapitulatie, ongeveer drie op de tien penhouders (29%, n= 60) hebben ambulante outreach aangeboden (d.w.z. heeft minstens één prestatie geleverd voor deze ondersteuningsfunctie) in 2018 en ongeveer één derde (35%, n= 73) mobiele outreach. Tabel 24 geeft de verschillende doelgroepen van ontvangers van outreach weer. De meest voorkomende doelgroepen van ontvangers waren het onderwijs, de 'andere' categorie (o.a., pleegzorg, ouders, grootouders, de gevangenis), andere VAPH-voorzieningen en algemeen welzijn (o.a. CAW, Leger Des Heils, woonbegeleiding De Schutting).

Het aantal prestaties mobiele outreach lag hoger dan het aantal prestaties ambulante outreach. Dit geldt voor bijna alle doelgroepen ontvangers behalve voor het onderwijs, algemeen welzijn en buurtinitiatieven waar er meer ambulante outreach is gepresteerd dan mobiele outreach.

Tabel 24 Aantal prestaties outreach per doelgroep ontvangers in 2018

	Ambulante outreach		Mobiele outreach		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
Onderwijs	557	47.89	861	28.60	1418	33.98
Andere* (bv. pleegzorg, gevangenis, ouders, grootouders, etc.)	211	18.14	658	21.86	869	20.82
Andere VAPH	108	9.29	379	12.59	487	11.67
Algemeen welzijn (bv. CAW, Leger Des Heils etc.)	133	11.44	252	8.37	385	9.23
Jongeren welzijn	21	1.81	199	6.61	220	5.27
Kinderopvang (d.i. baby's & peuters en buitenschools)	19	1.63	166	5.51	185	4.43
Gezins- en poetshulp	32	2.75	143	4.75	175	4.19
Geestelijke gezondheid	7	0.60	97	3.22	104	2.49
Buurt initiatieven	34	2.92	44	1.46	78	1.87
Ouderen zorg	16	1.38	61	2.03	77	1.85
Vrije tijd	5	0.43	64	2.13	69	1.65
Tewerkstelling en werkgever	10	0.86	27	0.90	37	0.89
OCMW	3	0.26	28	0.93	31	0.74
Artsen (en ziekenhuis)	3	0.26	19	0.63	22	0.53
Mutualiteit	4	0.34	12	0.40	16	0.38
<b>Totaal</b>	<b>1 163</b>	<b>100</b>	<b>3 010</b>	<b>100</b>	<b>4 173</b>	<b>100</b>

\* Deze categorie bevat zeer uiteenlopende ontvangers.

Bron: VAPH, 2018.

## 2 Websurvey

In dit deel worden de resultaten van de analyses in SAS (SAS 9.4) op de data van de websurvey gerapporteerd. Hierbij komen volgende rubrieken aan bod: achtergrondinformatie over RTH, nRTH binnen RTH, de ondersteuningsfuncties begeleiding en outreach, het gebruik van wachtlijsten, het vragen van een financiële bijdrage aan de cliënt, sectorale en intersectorale samenwerkingen en stellingen en open vragen naar sterktes, knelpunten en beleidssuggesties. De finale steekproef waarop de analyses zijn uitgevoerd bestond uit 133 diensten.



## 2.1 Achtergrondinformatie

In de websurvey werd er eerst gepeild naar volgende verschillende achtergrondkenmerken: de erkende zorgvorm(en) voor de overgang (gestart in 2012) naar MFC (Multifunctionele Centra voor minderjarigen) en FAM (Flexibel Aanbod Meerderjarigen), het RTH-gebruik in 2018 (o.a. onderregistratie, onder- en overprestatie, uitwisseling van RTH-punten) en het RTH-aanbod in 2019 (o.a. leeftijdsgroep van de doelgroep, de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties, initiële zorgvraag en ondersteuningsplan).

### 2.1.1 Erkende zorgvormen

De diensten (respondenten) konden hun erkende zorgvorm(en) voor de overgang naar MFC en FAM aangeven (zie Tabel 25). De top 3 van meest aangehaalde zorgvormen zijn: een tehuis voor niet-werkenden (58%, n= 76), een dagcentrum (49%, n= 64) en beschermd wonen/geïntegreerd wonen/dienst inclusieve ondersteuning (45%, n= 59).

Tabel 25 Erkende zorgvorm(en) van de dienst voor de overgang naar MFC en FAM (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	n	%
Tehuis niet-werkenden	76	58.02
Dagcentrum	64	48.85
Beschermd wonen/ geïntegreerd wonen/ dienst inclusieve ondersteuning	59	45.04
Semi-internaat	36	27.48
Internaat	35	26.72
Tehuis werkenden	30	22.90
Begeleid wonen	26	19.85
Thuisbegeleiding	22	16.79
Observatie- en behandelingscentrum	4	3.05
Zelfstandig wonen	2	1.53
Andere**	13	9.92
<b>Totaal*</b>	<b>&gt;131</b>	<b>&gt;100</b>

\* Twee diensten hebben geen erkende zorgvormen opgegeven.

\*\* Voorbeelden van 'andere': 'begeleid werken', 'nursing tehuis', 'pleegzorg', 'kortverblijf', 'geen erkenning een nieuwe organisatie', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

De meerderheid van de diensten, meer specifiek ongeveer zeven op de tien (69%, n= 90) heeft meerdere erkende zorgvormen gerapporteerd (d.i. 19% twee zorgvormen, 20% drie zorgvormen, 13% vier zorgvormen en 17% vijf of meer zorgvormen). De combinaties die het meeste voorkomen zijn: beschermd wonen/geïntegreerd wonen/dienst inclusieve ondersteuning, dagcentrum en tehuis niet-werkenden (10%, n= 13) en alle voorgaande zorgvormen gecombineerd met tehuis werkenden (5%, n= 7).

### 2.1.2 RTH in 2018

Bijna iedere respondent (98%, n= 129) had RTH aangeboden in 2018 en slechts 3 respondenten (2%) nog niet. Indien RTH aangeboden in 2018 (n= 129), dan was dat in 68% (n= 88) van de gevallen enkel onder eigen erkenning (zie Tabel 26). Met andere woorden ongeveer één derde (32%, n= 41) had in onderaanneming RTH aangeboden (al niet ook onder eigen erkenning).

Tabel 26 RTH aangeboden in 2018

	n	%	% gegeven RTH
Ja	129	97.72	
– Enkel onder eigen erkenning	88	66.67	68.22
– Enkel in onderaanneming	6	4.55	4.65
– Zowel onder eigen erkenning als in onderaanneming	35	26.52	27.13
Nee	3	2.27	
<b>Totaal*</b>	<b>132</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\* Missing: n= 1.

Bron: Websurvey, 2019.

#### 2.1.2.1 Onderregistratie van RTH in 2018

Ongeveer een kwart (26%, 33 van de 129) van de diensten geeft aan RTH-prestaties niet te hebben geregistreerd in de GIR (geïntegreerde registratietool) in 2018. De meest aangehaalde reden voor onderregistratie was dat de bezetting reeds behaald was (82%, n= 27), zie Tabel 27. In mindere mate wordt er opgegeven dat de cliënt reeds gebruik maakte van nRTH (18%, n= 6), dat de 8 RTH-punten voor de cliënt reeds behaald waren (9%, n= 3) en dat de RTH-ondersteuningsfunctie outreach niet werd geregistreerd (6%, n= 2).

Tabel 27 Redenen onderregistratie van RTH (met inbegrip van outreach) in 2018 (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
Bezetting reeds behaald	27	81.82
De cliënt voldeed niet aan de verblijfsvoorwaarden/ leeftijdsvoorwaarden/ doelgroep VAPH	0	0
De cliënt maakte gebruik van niet-Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (nRTH), namelijk MFC of PAB/PVB	6	18.18
Andere*, waaronder:	6	18.18
– 8 RTH punten voor cliënt reeds behaald	3	9.09
– Onderregistratie van outreach	2	6.06
<b>Totaal</b>	<b>&gt;33</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'mobiele en ambulante begeleiding onder nRTH', 'prestaties 1G1P-medewerker komen niet in GIR'.

Bron: Websurvey, 2019.

### 2.1.2.2 Onder- en overprestatie van RTH in 2018

Zoals in overeenstemming met de resultaten uit deel I (de administratieve data van het VAPH), geven ongeveer vier op de vijf respondenten (79%, n= 102) aan dat ze meer RTH hebben gepresteerd in 2018 dan hun erkende capaciteit. Verder heeft ongeveer één tiende minder gepresteerd (11%, n= 14) en één tiende (10%, n= 13) evenveel als de erkende capaciteit.

Er werd in de bevraging ook gepolst naar de redenen voor onder- en overprestatie van RTH. De onderprestatie van 14 diensten kon vooral worden verklaard door organisatorische (o.a. afwezigheid van personeel) en andere aangehaalde redenen (o.a. te voorzichtig beleid), zie Tabel 28.

Tabel 28 Redenen onderprestatie van RTH in 2018 (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
Te weinig vraag naar RTH	1	7.14
De profielen van de cliënten (leeftijd, aard van de beperking) sloten niet aan bij de doelgroep van onze dienst	1	7.14
De gevraagde ondersteuningsfuncties werden niet aangeboden door onze dienst	2	14.29
Organisatorische redenen*	4	28.57
Anderes**	6	42.86
<b>Totaal</b>	<b>&gt;14</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'organisatorische redenen': 'door ziekte en zwangerschap niet voldoende personeel om de RTH-vraag in te vullen. We hebben een wachtlijst maar hebben toch onze RTH punten niet gehaald', 'we hadden veel afwezig personeel o.w.v diverse redenen, korte en lange duur, al dan niet vervangen en dus werd de toestemming gegeven om even geen RTH op te starten o.w.v de werkdruk voor de begeleiders. Dit in combinatie met (te) voorzichtig omgegaan met de nieuwe realiteit van de persoonsvolgende financiering = onnodig een (te grote) buffer van punten gehouden (en dus niet ingezet voor personeel) om wegvallende budgetten op te vangen', etc.

\*\* Voorbeelden van 'andere': 'uitbreidingsbeleid wijst punten toe in het late voorjaar met terugwerkende kracht wat wil zeggen dat er een overschot ontstaat dat je alleen kan wegwerken door begeleidingen te starten die je dan het jaar nadien niet kan garanderen, dus wat te voorzichtig beleid', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

De overprestatie door 102 diensten kon vooral worden verklaard door een grote vraag naar RTH vanwege een expertenrol binnen een bepaalde doelgroep (51%, n= 52), het ingaan op elke vraag naar RTH (36%, n= 37) en een grote vraag naar RTH vanwege een beperkt aanbod van de ondersteuning in de regio (26%, n= 27), zie Tabel 29.

Tabel 29 Redenen overprestatie van RTH in 2018 (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
Op elke vraag naar RTH ingaan	37	36.27
Veel vraag naar RTH vanwege een expertenrol binnen bepaalde doelgroep	52	50.98
Veel vraag naar RTH vanwege weinig andere diensten met gevraagde ondersteuning in de regio	27	26.47
Anderes*, waaronder:	34	33.33
– Veel vraag naar RTH	11	10.78
– Na 8 punten nog een grote nood	5	4.90
– Dringendheid van de situatie	7	6.86
– Wachtlijst	4	3.92
<b>Totaal</b>	<b>&gt;102</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'we proberen zoveel mogelijk cliënten iets van ondersteuning te bieden', 'er zijn te weinig punten in onze regio's', 'vragen die andere RTH-diensten niet willen opnemen', etc. Bron: Websurvey, 2019.

### 2.1.2.3 RTH-punten uitgewisseld in 2018

Zoals reeds hierboven werd gerapporteerd dat ongeveer één derde in onderaanneming RTH heeft aangeboden in 2018, geeft 38% (n= 48) van de diensten aan RTH-punten in 2018 te hebben uitgewisseld met andere diensten. Veruit de voornaamste reden voor de uitwisseling was dat één van de betrokken diensten nog RTH-punten over had (58%, n= 28), zie Tabel 30. De tweede meest aangehaalde reden was om te voldoen aan de verplichting om voor minstens 35 punten erkend te zijn (15%, n= 7).

Tabel 30 Voornaamste reden voor uitwisseling RTH-punten in 2018

	n	%
Eén van de betrokken diensten had nog punten over	28	58.33
Eén van de betrokken diensten had een wachtlijst, aanmeldingsstop of instroomquota voor RTH	4	8.33
Eén van de betrokken diensten kon niet ingaan op het profiel van de cliënt (leeftijd, aard van de beperking)	0	0
De gevraagde ondersteuningsfunctie werd niet aangeboden door één van de betrokken diensten	3	6.25
In het kader van de verplichting om voor minstens 35 punten erkend te zijn	7	14.58
Andere*	6	12.50
<b>Totaal</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'voor de initiatieven van de Liga autisme Vlaanderen (bv. provincie overschrijdende activiteiten bv. zomerkampen, ...)', 'zowel optie 1 (betrokken dienst nog punten over) en gezamenlijk project [www.ligaautismevlaanderen.be](http://www.ligaautismevlaanderen.be)', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

### 2.1.3 RTH-aanbod in 2019

#### 2.1.3.1 Leeftijdsgroep van de doelgroep

Omtrent de leeftijdsgroep waarvoor de diensten een aanbod van RTH hebben in 2019, zien we dat een kleine minderheid (6%, n= 8) een aanbod heeft voor enkel minderjarigen, 45% (n= 60) een aanbod heeft voor enkel meerderjarigen en 49% (n= 65) een aanbod heeft voor zowel minder- als meerderjarigen. Uit deze bevraging komt met andere woorden naar voren dat 55% (n= 73) van de respondenten een aanbod heeft voor minderjarigen en 94% (n= 125) een aanbod heeft voor meerderjarigen (zie Tabel 31). Indien men een aanbod heeft voor zowel minder- als meerderjarigen, bedraagt het gemiddeld aandeel meerderjarigen 51% en kan men dus spreken van een gelijkwaardige verdeling voor minder- en meerderjarigen.

Tabel 31 Leeftijdsgroep doelgroep RTH in 2019

	n	%
Enkel minderjarigen	8	6.02
Enkel meerderjarigen	60	45.11
Zowel minder- als meerderjarigen	65	48.87
<b>Totaal</b>	<b>133</b>	<b>100</b>
Aanbod minderjarigen	73	54.89
Aanbod meerderjarigen	125	93.98

Bron: Websurvey, 2019.

### 2.1.3.2 De verschillende RTH-ondersteuningsfuncties

Wat betreft het RTH-aanbod in 2019 voor de verschillende ondersteuningsfuncties blijkt uit Tabel 32 dat het aanbod het hoogst is voor mobiele/ambulante begeleiding en dagopvang en het laagst voor groepsbegeleiding, outreach en verblijf. Meer specifiek biedt 91% (n= 121) van de 133 diensten mobiele begeleiding aan, 87% (n= 116) ambulante begeleiding en 86% (n= 114) dagopvang, tegenover 68% (n= 90), 67% (n= 89) en 43% (n= 57) voor respectievelijk verblijf, outreach en groepsbegeleiding. In vergelijking met de administratieve data (zie sectie '3.1 Aanbod van de RTH-ondersteuningsfuncties'), wordt er in de websurvey een hoger aanbod gerapporteerd van ambulante begeleiding (87% versus 76%), outreach (67% versus 39%) en groepsbegeleiding (43% versus 22%). Er bestaat voor deze drie ondersteuningsfuncties dus een discrepantie tussen het in theorie aanbieden (websurvey data) van de ondersteuningsfuncties en het effectief hebben aangeboden (administratieve data).

Het aanbod van (mobiele) outreach en het aanbod van verblijf zijn significant hoger bij diensten met een aanbod voor minderjarigen (en voor het merendeel ook voor meerderjarigen) dan bij diensten met enkel een aanbod gericht aan meerderjarigen (zie Tabel 32).

Tabel 32 RTH aanbod in 2019 (meerdere antwoorden mogelijk)

	Aanbod enkel meerderjarigen*** (n= 60)		Aanbod minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen) (n= 73)		Aanbod meerderjarigen (al dan niet ook minderjarigen) (n= 125)		Totaal (n= 133)	
	n	% (95% BI)	n	% (95% BI)	n	% (95% BI)	n	% (95% BI)
<b>Begeleiding*</b>	55	91.67 (84.47-98.87)	68	93.15 (87.22-99.08)	116	92.80 (88.21-97.39)	123	92.48 (87.94-97.02)
– <i>Ambulante begeleiding</i>	50	83.33 (73.62-93.04)	66	90.40 (83.49-97.33)	109	87.20 (81.26-93.14)	116	87.22 (81.47-93.0)
– <i>Mobiele begeleiding</i>	54	90.00 (82.18-97.82)	67	91.78 (85.33-98.23)	114	91.20 (86.16-96.24)	121	90.98 (86.04-95.91)
– <i>Groepsbegeleiding</i>	22	36.67 (24.11-49.22)	35	47.95 (36.21-59.68)	53	42.40 (33.62-51.18)	57	42.86 (34.34-51.38)
<b>Dagopvang</b>	51	85.00 (75.70-94.30)	63	86.30 (78.22-94.38)	107	85.60 (79.36-91.84)	114	85.71 (79.69-91.74)
<b>Verblijf</b>	34	56.67 <sup>a</sup> (43.76-69.58)	56	76.71 <sup>a</sup> (66.78-86.64)	88	70.40 (62.29-78.51)	90	67.67 (59.62-75.72)
<b>Outreach**</b>	32	53.33 <sup>b</sup> (40.34-66.33)	57	78.08 <sup>b</sup> (68.36-87.80)	83	66.40 (58.00-74.80)	89	66.92 (58.82-75.02)
– <i>Mobiele outreach</i>	32	53.33 <sup>b</sup> (38.65-64.68)	57	78.08 <sup>b</sup> (68.36-87.80)	83	66.40 (58.00-74.80)	89	66.92 (58.82-75.02)
– <i>Ambulante outreach</i>	31	51.67 (38.65-64.68)	49	67.12 (56.08-78.16)	75	60.00 (51.29-68.71)	80	60.15 (51.72-68.58)
<b>Totaal</b>	<b>&gt;60</b>	<b>&gt;100</b>	<b>&gt;73</b>	<b>&gt;100</b>	<b>&gt;125</b>	<b>&gt;100</b>	<b>&gt;133</b>	<b>&gt;100</b>

\* Begeleiding: ambulante en/of mobiel en/of groepsbegeleiding.

\*\* Outreach: mobiel en/of ambulante.

\*\*\* Aangezien er slechts acht diensten zijn in de steekproef die RTH aanbieden aan enkel minderjarigen, zijn de resultaten voor deze groep niet weergegeven.

<sup>a</sup> significant met  $p < .05$  en <sup>b</sup> significant met  $p < .01$  tussen aanbod enkel meerderjarigen en aanbod minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen).

Bron: Websurvey, 2019.

Net zoals werd aangetoond in deel 1 (resultaten op de administratieve data van het VAPH), zijn er verschillen in het aanbod RTH tussen de verschillende erkende zorgvormen die de diensten hadden voor de overgang naar MFC/FAM (zie Tabel 33). Voor de zorgvormen tehuis niet-werkenden, dagcentrum en internaat zien we bijvoorbeeld dat het RTH-aanbod dagopvang (en verblijf voor de tehuizen) wat hoger is dan het RTH-aanbod begeleiding (dat nog altijd hoog is). Het omgekeerde geldt voor begeleid wonen en thuisbegeleiding, die altijd begeleiding aanbieden (met het hoogste aandeel groepsbegeleiding voor thuisbegeleiding) en in mindere mate dagopvang (wel met een aandeel van ongeveer 70%) en verblijf (met aandeel tussen 50% en 60%). Voor de zorgvormen beschermd wonen/ geïntegreerd wonen/ dienst inclusieve ondersteuning, semi-internaat en tehuis werkenden zien we dat het RTH-aanbod mobiele en ambulante begeleiding ongeveer gelijk is aan het RTH-aanbod dagopvang. Omtrent outreach zien we dat het aanbod mobiele outreach hoger ligt dan het aanbod ambulante outreach, dit geldt voor alle zorgvormen. De zorgvormen met het hoogste RTH-aanbod outreach (ongeveer 80-90%) zijn (semi-)internaat, begeleid wonen en thuisbegeleiding. Het laagste RTH-aanbod outreach, hoewel nog rond de 60%, kan worden teruggevonden bij een tehuis niet-werkenden en een dagcentrum.

Tabel 33 RTH aanbod in 2019 per erkende zorgvorm voor de overgang naar MFC/FAM (waarbij één dienst verschillende zorgvormen kan aannemen, in rij %)

Erkende zorgvorm*	Begeleiding						Dagopvang		Verblijf		Outreach			
	Ambulant		Mobiel		Groep						Mobiel		Ambulant	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tehuis niet-werkenden (n= 76)	65	85.53	67	88.16	26	34.21	75	98.68	72	94.74	50	65.79	45	59.21
Dagcentrum (n= 64)	54	84.38	58	90.63	20	31.25	63	98.44	54	84.38	41	64.06	38	59.38
Beschermd wonen/ geïntegreerd wonen/ dienst inclusieve ondersteuning (n= 59)	57	96.61	58	98.31	23	38.98	55	93.22	49	83.05	44	74.58	40	67.80
Semi-internaat (n= 36)	35	97.22	35	97.22	18	50.00	35	97.22	30	83.33	31	86.11	27	75.00
Internaat (n= 35)	31	88.57	31	88.57	17	48.57	34	97.14	33	94.29	28	80.00	24	68.57
Tehuis werkenden (n= 30)	29	96.67	30	100	14	46.67	29	96.67	25	83.33	22	73.33	20	66.67
Begeleid wonen (n= 26)	26	100	26	100	11	42.31	19	73.08	13	50.00	22	84.62	21	80.77
Thuisbegeleiding (n= 22)	22	100	22	100	17	77.27	15	68.18	14	63.64	21	95.45	17	77.27

\* De erkende zorgvormen 'observatie- en behandelingscentrum' (n= 4) en 'zelfstandig wonen' (n= 2) zijn niet opgenomen in deze tabel aangezien ze slechts in zeer beperkte mate voorkomen in de steekproef. Het is ook belangrijk om te weten dat ongeveer 70% van de respondenten bestaat uit combinaties van verschillende erkende zorgvormen.

Bron: Websurvey, 2019.

Een andere factor die samenhangt met het aanbod van de verschillende ondersteuningsfuncties is de RTH-capaciteit<sup>11</sup> van de dienst (deze informatie is uit de administratieve data gehaald en gekoppeld met de data uit de websurvey). Deze samenhang werd ook gevonden in deel I (resultaten op de administratieve data van het VAPH). Zoals uit Tabel 34 blijkt, zijn er verschillende categorieën qua grootte te onderscheiden, meer specifiek 8% (n= 10) kan gezien worden als een erg kleine RTH-aanbieder (d.i. minder dan 35 erkende punten), 18% (n= 22) als er een erg grote RTH-aanbieder (d.i. meer dan 582 erkende punten) en 74% (n= 89) varieert tussen een kleine en een grote RTH-aanbieder.

<sup>11</sup> De RTH-capaciteit van de dienst/penhouder in 2018, komende uit de administratieve data van het VAPH.

Tabel 34 RTH-capaciteit (erkende RTH-punten) of grootte van de dienst

	n	%
RTH-capaciteit kleiner dan 35 punten (erg klein)	10	8.26
RTH-capaciteit tussen 35 en 90 punten* (klein)	36	29.75
RTH-capaciteit tussen 90 en 275 punten* (middelmatic)	35	28.93
RTH-capaciteit tussen 275 en 582 punten* (groot)	18	14.88
RTH-capaciteit groter dan 582* (erg groot)	22	18.18
<b>Gemiddelde capaciteit</b>	<b>346.78 (mediaan: 131.19)</b>	
<b>Totaal**</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

\* Gelijk aan en groter dan de ondergrens en strikt kleiner dan de bovengrens.

\*\* Missing: n= 12.

Bron: Websurvey, 2019.

In overeenstemming met de bevindingen uit deel I, ligt het aanbod begeleiding (ambulant/mobiel/ groepsbegeleiding) en outreach (ambulant/mobiel) hoger bij diensten met een grotere RTH-capaciteit, terwijl het aanbod dagopvang en verblijf<sup>12</sup> hoger is bij diensten met een lagere RTH-capaciteit (zie Tabel 35).

Tabel 35 RTH-aanbod in 2019 volgens grootte van de dienst (in rij %)

Grootte	Begeleiding						Dagopvang		Verblijf		Outreach			
	Ambulant		Mobiel		Groep						Mobiel		Ambulant	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erg klein (<35 erkende punten) (n= 10)	5	50.00	5	50.00	2	20.00	10	100	7	70.00	2	20.00	2	20.00
Klein (35-90 erkende punten) (n= 36)	31	86.11	34	94.44	14	38.89	34	94.44	30	83.33	21	58.33	18	50.00
Middelmatic (90-275 erkende punten) (n= 35)	34	97.14	35	100	13	37.14	33	94.29	27	77.14	24	68.57	21	60.00
Groot (275-582 erkende punten) (n= 18)	18	100	18	100	6	33.33	14	77.78	11	61.11	15	83.33	13	72.22
Erg groot (>582 erkende punten) (n= 22)	22	100	22	100	18	81.82	12	54.55	7	31.82	22	100	21	95.45

Bron: Websurvey, 2019.

<sup>12</sup> Het verschillend aanbod verblijf tussen grote en kleine diensten kwam minder sterk naar voren in Deel I (administratieve data).

Indien we kijken naar de combinaties van de RTH-ondersteuningsfuncties gericht aan cliënten (exclusief outreach) zien we dat de combinatie ‘begeleiding + dagopvang + verblijf’ het meeste wordt aangeboden, meer specifiek door 62% (n= 82) van de diensten (zie Tabel 36). De volgende twee meest voorkomende combinaties zijn: ‘begeleiding + dagopvang’ (17%, n= 22) en ‘enkel begeleiding’ (14%, n= 18). De volgende drie combinaties komen zo goed als niet voor (<3%): ‘enkel verblijf’ (0%, n= 0), ‘begeleiding + verblijf’ (1%, n= 1) en ‘enkel dagopvang’ (2%, n= 3).

De bevinding dat verblijf minder wordt aangeboden door diensten met een aanbod voor enkel meerderjarigen dan diensten met een aanbod voor minderjarigen (en voor het merendeel ook aan meerderjarigen) komt vooral door een verschil in het aanbod van de combinatie ‘begeleiding + dagopvang + verblijf’ (50% versus 71%).

Tabel 36 Combinaties RTH-aanbod gericht aan cliënten (d.w.z. exclusief outreach) in 2019

	Aanbod enkel meerderjarigen*** (n= 60)		Aanbod minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen) (n= 73)		Aanbod meerderjarigen (al dan niet ook minderjarigen) (n= 125)		Totaal (n= 133)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Enkel begeleiding*	8	13.33	10	13.70	17	13.60	18	13.53
Enkel dagopvang	2	3.33	1	1.37	2	1.60	3	2.26
Enkel verblijf	0	0	0	0	0	0	0	0
Begeleiding* + dagopvang	16	26.67 <sup>b</sup>	6	8.22 <sup>b</sup>	18	14.40	22	16.54
Begeleiding* + verblijf	1	1.67	0	0	1	0.80	1	0.75
Dagopvang + verblijf	3	5.00	4	5.48	7	5.60	7	5.26
Begeleiding* + dagopvang + verblijf	30	50.00 <sup>a</sup>	52	71.23 <sup>a</sup>	80	64.00	82	61.65
<b>Totaal</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

\* Begeleiding: ambulante en/of mobiele en/of groepsbegeleiding.

<sup>a</sup> significant met  $p < .05$  en <sup>b</sup> significant met  $p < .01$  tussen aanbod enkel meerderjarigen en aanbod minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen).

Bron: Websurvey, 2019.



### 2.1.3.3 In aanmerking voor RTH

De diensten konden aangeven wat de meest gangbare wegen zijn waarlangs de cliënten bij hen terecht komen. Er werden verschillende mogelijkheden gerapporteerd, zie Tabel 37.

Tabel 37 Via welke weg cliënten bij de zorgaanbieders terechtkomen (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
Zij (of hun netwerk – familie, vrienden, etc.) kenden de organisatie	123	92.48
Via informatie op het internet: wegwijzer VAPH-ondersteuning, VAPH-nieuwsbrief, website van de dienst, etc.	89	66.92
Doorverwezen door reguliere diensten (bv. diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, kinderopvang, diensten van bijzondere jeugdzorg, scholen, CAW, OCMW)	117	87.97
Doorverwezen door een Dienst Ondersteuningsplan (DOP)	78	58.65
Doorverwezen door een multidisciplinair team (MDT)	67	50.38
Doorverwezen door een andere VAPH-dienst of –dienst	97	72.93
Doorverwezen door zelfstandige (para)medici	52	39.10
Andere*	27	20.30
<b>Totaal</b>	<b>&gt;133</b>	<b>&gt;100</b>

\*Voorbeelden van 'andere': 'CLB', 'buitengewoon onderwijs', 'revalidatiecentra', 'eigen sociale media', 'ziekenhuizen', 'centra voor ontwikkelingsstoornissen', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

Ongeveer negen op de tien diensten (92%, n= 123) geven aan dat de cliënten (of hun netwerk) hen reeds kenden of dat ze werden doorverwezen door reguliere diensten (88%, n= 117). Ongeveer zeven op de tien diensten vermelden een doorverwijzing door een andere VAPH-dienst (73%, n= 97) of via informatie op het internet (67%, n= 89). Bijna drie op de vijf diensten (59%, n= 78) vermelden een doorverwijzing door een Dienst Ondersteuningsplan (DOP).

Zo goed als iedere dienst (98%, n= 130) geeft aan te controleren of een cliënt wel in aanmerking komt voor RTH. De situatie dat een cliënt niet in aanmerking komt voor RTH is meestal uitzonderlijk (24% rapporteert nooit en 50% zelden, zie Tabel 38).

Tabel 38 In welke mate komt het voor dat een cliënt niet in aanmerking komt voor RTH

	n	%
Nooit	31	23.85
Zelden	65	50.00
Soms	30	23.08
Vaak	4	3.08
Heel vaak	0	0
<b>Totaal</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Bron: Websurvey, 2019.

De redenen waarom er toch cliënten zijn die niet in aanmerking komen voor RTH zijn zeer divers, maar de meest voorkomende redenen zijn (zie Tabel 39): reeds gebruik maken van nRTH meer specifiek MFC of PAB/PVB (56%, n= 55), geen handicap of geen vermoeden van een handicap hebben (51%, n= 50) en ouder zijn dan 65 jaar maar niet erkend zijn als persoon met een handicap door het VAPH (39%, n= 39).

Tabel 39 Redenen waarom cliënten niet in aanmerking komen voor RTH (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
Geen handicap of geen vermoeden van een handicap hebben	50	50.51
Ouder zijn dan 65 jaar en niet erkend zijn als persoon met een handicap door het VAPH	39	39.39
Niet in Vlaanderen of in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen	18	18.18
De cliënt maakt gebruik van nRTH, namelijk MFC of PAB/PVB	55	55.56
De zorgvraag past niet binnen RTH aangezien het om niet-handicap-specifieke hulp ging	28	28.28
Andere*, waaronder	15	15.15
– <i>Complexe problematiek of zorgvraag</i>	4	4.04
<b>Totaal</b>	<b>&gt;99</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'andere regio', 'illegaal', 'niet de Belgische nationaliteit', 'verblijfsvergunning niet meer geldig', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

Negen op de tien diensten (90%, n= 88) verwijzen de cliënten door indien ze niet in aanmerking komen voor RTH. De diensten konden ook de voorzieningen opgegeven waarnaar wordt doorverwezen. Er wordt een verscheidenheid aan voorzieningen gerapporteerd, met CAW (42%, n= 37) en OCMW (31%, n= 27) als belangrijkste, zie Tabel 40.

Tabel 40 Vrije omschrijving van de voorzieningen waarnaar wordt doorverwezen indien cliënt niet in aanmerking komt voor RTH (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	n	%
CAW	37	42.53
OCMW	27	31.03
Gezins- en thuishulp (ook thuisbegeleidingsdiensten)	19	21.84
Geestelijke gezondheidszorg	17	19.54
Psychiatrie	15	17.24
Mutualiteit	13	14.94
MFC	7	8.05
nRTH	7	8.05
CLB	6	6.9
WZC	6	6.9
DOP	6	6.9
Jongerenwelzijn	3	3.45
Andere**		
<b>Totaal*</b>	<b>&gt;87</b>	<b>&gt;100</b>

\* Missing: n= 1.

\*\* Voorbeelden van andere: 'afhankelijk van de vraag naar collega zorgaanbieder of dienst buiten VAPH sector', 'afhankelijk van het vermoeden van handicap', 'andere vergunde zorgaanbieders', 'auticoaches', 'opvoedingswinkels', 'eerstelijnszorg', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

### 2.1.3.4 Initiële zorgvraag en ondersteuningsplan (OP)

Iets meer dan de helft van de diensten (54%, n= 72) geeft aan weleens een RTH-ondersteuningsfunctie aan te bieden dat verschilt van de initiële vraag van de cliënt met als voornaamste redenen: het meer geschikt zijn van een andere ondersteuningsfunctie volgens de dienst (44%, n= 32), het niet beschikken over een vrije plaats om de gevraagde ondersteuningsfunctie te kunnen aanbieden (21%, n= 15) en het evolueren van de vraag doorheen het volgen van een traject (10%, n= 7). Nog andere redenen worden verduidelijkt in Tabel 41.

Tabel 41 Voornaamste reden andere RTH-ondersteuningsfunctie aanbieden dan de initiële vraag

	n	%
Er is geen plaats 'vrij' om te beantwoorden aan de gevraagde ondersteuningsfunctie	15	20.83
Op basis van de ondersteuningsvraag van de cliënt is een andere ondersteuningsfunctie volgens ons meer geschikt	32	44.44
De gevraagde ondersteuningsfunctie niet in ons aanbod	4	5.56
Andere*, waaronder:	21	29.17
– Evolutie van de vraag doorheen traject	7	9.72
– Gebrek kennis van volledige RTH-aanbod door cliënt bij aanvang	4	5.56
– Door vraagverheldering een andere vraag naar boven gekomen	5	6.94
– Andere RTH-ondersteuningsfunctie als bijkomende ondersteuningsvorm	2	2.78
<b>Totaal</b>	<b>72</b>	<b>100</b>

Bron: Websurvey, 2019.

Hoewel bijna iedere dienst (98%, n= 130) aangeeft te controleren of een cliënt wel in aanmerking komt voor RTH, geven er minder diensten aan na te gaan of er een ondersteuningsplan (OP) aanwezig is, meer specifiek 67% (n= 89) van de diensten (niet in tabel). Een ondersteuningsplan blijkt ook niet vaak aanwezig te zijn (slechts 7% of 6 van de 89 diensten geeft aan vaak of heel vaak), zie Tabel 42. Indien er een OP aanwezig is, wordt hiermee door 85% (n= 70) van de diensten eerder wel tot in sterke mate rekening gehouden, zie Tabel 43.

Tabel 42 In welke mate komt het voor dat een cliënt een ondersteuningsplan (OP) heeft

	n	%
Nooit	5	5.62
Zelden	39	43.82
Soms	39	43.82
Vaak	5	5.62
Heel vaak	1	1.12
<b>Totaal</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Bron: Websurvey, 2019.

Tabel 43 In welke mate wordt er rekening gehouden met het ondersteuningsplan (OP)

	n	%
Helemaal niet	4	4.88
Eerder niet	8	9.76
Eerder wel	47	57.32
In sterke mate	23	28.05
<b>Totaal*</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

\* Missing: n= 2.

Bron: Websurvey, 2019.

De diensten die helemaal of eerder geen rekening houden met het OP (n= 12) geven hiervoor volgende redenen op: de gevraagde ondersteuning is in het OP veel ruimer dan wat mogelijk is met RTH, het OP is gedateerd of nog andere specifieke redenen die in onderstaande tabel (d.i. Tabel 44) worden omschreven.

Tabel 44 Redenen waarom (helemaal of eerder) geen rekening wordt gehouden met het ondersteuningsplan (OP) (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
Het ondersteuningsplan is gedateerd	3	25.00
We bieden de ondersteuningsfuncties niet aan	0	0
Gevraagde ondersteuning in OP is veel ruimer dan wat we met RTH kunnen bieden	8	66.67
Andere*	4	33.33
<b>Totaal</b>	<b>&gt;12</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'bij jonge kinderen is er dat vaak niet en gezinnen zijn nog zo in evolutie en zoekende dat het steeds aanpassen is naar de nood en de hulpvraag van het gezin. Als er al een ondersteuningsplan is bij meerderjarigen dat mensen dit naast zich neer leggen en noden evolueren. Daar gaan we mee aan de slag', 'sommige OP's geven onvoldoende de reële hulpvragen weer op vlak van individuele psychosociale begeleiding', 'niet relevant voor rth', 'o.b.v. vraagverduidelijking komen we samen tot de effectieve ondersteuningsvraag'.

Bron: Websurvey, 2019.

### 2.1.3.5 Netwerkgericht werken binnen RTH

Op een schaal van 0 (zeer weinig) tot 10 (zeer veel) konden de diensten aangeven in welke mate ze via RTH inzetten op samenwerking met het netwerk van de cliënt (zie Tabel 45) en in welke mate RTH het netwerk van de cliënt versterkt (zie Tabel 46).

Tabel 45 In welke mate wordt er via RTH ingezet op samenwerking met het netwerk van de cliënt

	Aanbod enkel meerderjarigen** (n= 59)		Aanbod minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen) (n= 73)		Aanbod meerderjarigen (al dan niet ook minderjarigen) (n= 124)		Totaal (n= 132)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0: zeer weinig	0	0	2	2.74	2	1.61	2	1.52
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	1	1.37	1	0.81	1	0.76
4	3	5.08	1	1.37	4	3.23	4	3.03
5	1	1.69	3	4.11	3	2.42	4	3.03
6	4	6.78	1	1.37	5	4.03	5	3.79
7	8	13.56	16	21.92	21	19.94	24	18.18
8	18	30.51	22	30.14	39	31.45	40	30.30
9	17	28.81	18	24.66	33	26.61	35	26.52
10: zeer veel	8	13.56	9	12.33	16	12.90	17	12.88
<b>Totaal</b>	<b>59*</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>124*</b>	<b>100</b>	<b>132*</b>	<b>100</b>
<b>Gemiddelde</b>	<b>8.03</b>		<b>7.78</b>		<b>7.90</b>		<b>7.89</b>	

\* Missing: n= 1.

\*\* Aangezien er slechts acht diensten zijn in de steekproef die RTH aanbieden aan enkel minderjarigen, zijn de resultaten voor deze groep niet weergegeven.

Bron: Websurvey, 2019.

Slechts een minderheid (12%, n= 16) geeft een score lager dan 7 op 10 voor de inzet op samenwerking met het netwerk en het gemiddelde bedraagt 7.89 punten. Deze gegevens laten zien dat er volgens de diensten sterk wordt ingezet op samenwerking met het netwerk van de cliënt. Twee op de tien diensten (20%, n= 26) geven een score lager dan 7 op 10 voor de versterking van het netwerk via RTH. Er zijn iets meer diensten die een lagere score geven voor de versterking van het netwerk dan voor de samenwerking met het netwerk. Niettegenstaande bedraagt het gemiddelde 7.46 punten voor de versterking van het netwerk, wat ook kan gezien worden als een hoge score.

Tabel 46 In welke mate wordt het netwerk van de cliënt versterkt door RTH

	Aanbod enkel meerderjarigen** (n= 59)		Aanbod minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen) (n= 73)		Aanbod meerderjarigen (al dan niet ook minderjarigen) (n= 124)		Totaal (n= 132)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0: zeer weinig	0	0	1	1.37	1	0.81	1	0.76
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	1.69	0	0	1	0.81	1	0.76
3	1	1.69	1	1.37	2	1.61	2	1.52
4	1	1.69	2	2.74	2	1.61	3	2.27
5	4	6.78	2	2.74	5	4.03	6	4.55
6	7	11.86	6	8.22	13	10.48	13	9.85
7	15	25.42	21	28.77	34	27.42	36	27.27
8	18	30.51	19	26.03	35	28.23	37	28.03
9	6	10.17	15	20.55	19	15.32	21	15.91
10: zeer veel	6	10.17	6	8.22	12	9.68	12	9.09
<b>Totaal</b>	<b>59*</b>	<b>100</b>	<b>73</b>	<b>100</b>	<b>124*</b>	<b>100</b>	<b>132*</b>	<b>100</b>
<b>Gemiddelde</b>	<b>7.36</b>		<b>7.55</b>		<b>7.48</b>		<b>7.46</b>	

\* Missing: n= 1.

\*\* Aangezien er slechts acht diensten zijn in de steekproef die RTH aanbieden aan enkel minderjarigen, zijn de resultaten voor deze groep niet weergegeven.

Bron: Websurvey, 2019.

## 2.2 nRTH binnen RTH

Bijna iedere dienst (94%, n= 125) geeft aan ook RTH aan te bieden aan cliënten in afwachting van niet-Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (nRTH)<sup>13</sup>. Binnen RTH ondersteunt 46% (n= 57) van de diensten meer cliënten met een zorgvraag RTH dan cliënten met een zorgvraag nRTH, 30% (n= 37) ongeveer evenveel cliënten met een zorgvraag RTH als cliënten met een zorgvraag nRTH en 24% (n= 30) meer cliënten met een zorgvraag nRTH dan cliënten met een zorgvraag RTH, zie Tabel 47. Deze resultaten wijzen op een variatie tussen diensten m.b.t. de verhouding cliënten met een zorgvraag RTH t.o.v. cliënten met een zorgvraag nRTH. Het is opvallend dat bijna een kwart van de diensten aangeeft binnen RTH meer cliënten met een zorgvraag nRTH dan wel cliënten met een zorgvraag RTH te begeleiden.

Tabel 47 De situatie die het meeste voorkomt wat betreft zorgvragen RTH en zorgvragen nRTH

	n	%
Via RTH meer cliënten met een zorgvraag nRTH dan cliënten met een zorgvraag RTH	30	24.19
Via RTH meer cliënten met een zorgvraag RTH dan cliënten met een zorgvraag nRTH	57	45.97
Via RTH ongeveer evenveel cliënten met een zorgvraag RTH als cliënten met een zorgvraag nRTH	37	29.84
<b>Totaal*</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

\* Missing: n= 1.

Bron: Websurvey, 2019.

<sup>13</sup> In afwachting van nRTH = de cliënt is bezig met een aanvraag of de cliënt heeft een toewijzing maar staat op de wachtlijst (prioriteitengroep).

Ongeveer vier op de vijf diensten die cliënten ondersteunen in afwachting van nRTH (83%, 103 van de 124) geven aan dat in de meeste gevallen deze cliënten onvoldoende geholpen zijn met RTH en bijgevolg nood hebben aan meer intensieve ondersteuning via nRTH. Slechts 3% (n= 4) geeft aan dat deze cliënten voldoende geholpen zijn met het aanbod RTH en 14% (n= 17) geeft aan dat er evenveel cliënten voldoende als onvoldoende geholpen zijn met het aanbod RTH (zie Tabel 48). Hieruit leiden we af dat RTH, volgens de meerderheid van de diensten, voor de meeste cliënten met een zorgvraag nRTH geen voldoende antwoord biedt op hun vraag, aangezien deze cliënten nood hebben aan meer intensieve ondersteuning dan deze die geboden wordt via RTH.

Tabel 48 De situatie die het meeste voorkomt tijdens de trajecten wanneer de zorgvragen passen binnen het aanbod **nRTH**

	n	%
De cliënten zijn voldoende geholpen met het aanbod RTH	4	3.23
De cliënten zijn onvoldoende geholpen met het aanbod RTH en hebben nood aan een intensievere begeleiding – nRTH	103	83.06
Er ongeveer evenveel cliënten zijn die voldoende geholpen zijn als dat er cliënten zijn die onvoldoende geholpen zijn en nood hebben aan een intensievere begeleiding – nRTH	17	13.71
<b>Totaal*</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

\* Missing: n= 1.

Bron: Websurvey, 2019.

Indien we kijken naar de cliënten met een zorgvraag RTH dan zien we dat 50% (n= 67) van de diensten aangeeft dat evenveel cliënten voldoende als onvoldoende geholpen zijn met het aanbod RTH (zie Tabel 49). Ongeveer een kwart van de diensten (26%, n= 34) geeft aan dat cliënten met een zorgvraag RTH in de meeste gevallen voldoende geholpen zijn met het aanbod RTH. Niettegenstaande geeft ook ongeveer een kwart van de diensten (24%, n= 32) aan dat deze cliënten in de meeste gevallen onvoldoende geholpen zijn en bijgevolg nood hebben aan meer intensieve ondersteuning via nRTH. In vergelijking met voorgaande gegevens kunnen we afleiden dat cliënten met een zorgvraag RTH vaker voldoende geholpen zijn met het aanbod RTH dan cliënten met een zorgvraag nRTH, maar dat er toch ook cliënten met een zorgvraag RTH zijn die nood hebben aan meer intensieve ondersteuning.

Tabel 49 De situatie die het meeste voorkomt tijdens de trajecten wanneer de zorgvragen passen binnen het aanbod **RTH**

	n	%
1. De cliënten zijn voldoende geholpen met het aanbod RTH	34	25.56
2. De cliënten zijn onvoldoende geholpen met het aanbod RTH en hebben nood aan een intensievere begeleiding – nRTH	32	24.06
3. Er ongeveer evenveel cliënten zijn die voldoende geholpen zijn als dat er cliënten zijn die onvoldoende geholpen zijn en nood hebben aan een intensievere begeleiding – nRTH	67	50.38
<b>Totaal</b>	<b>133</b>	<b>100</b>
Indien antwoord 1 (n= 34), gemiddeld % cliënten voldoende geholpen	80.88%	
Indien antwoord 2 (n= 32), gemiddelde % cliënten onvoldoende geholpen	78.10%	

Bron: Websurvey, 2019.

### 2.2.1 Aantal RTH-punten per cliënt per jaar

De respondenten konden ook aangeven in welke mate hun cliënteel minimaal (d.i. minder dan 1 punt per jaar) en maximaal (d.i. 8 punten per jaar) gebruik maakt van RTH. Onderstaande tabel (d.i. Tabel 50) laat zien dat het minimaal gebruik (60%, n= 78) in het algemeen (d.i. aandeel diensten dat 'ja' heeft geantwoord) lager ligt dan het maximaal gebruik (95%, n= 125).

Tabel 50 Aantal cliënten die minimaal (d.i. minder dan 1 punt per jaar) en maximaal (d.i. 8 punten per jaar) gebruik maken van RTH op jaarbasis

	Minimaal gebruik RTH (d.i. minder dan 1 punt/jaar)		Maximaal gebruik RTH (d.i. 8 punten/jaar)	
	n	%	n	%
Nee, geen	53	40.46	7	5.30
Ja, een beperkt aantal	62	47.33	28	21.21
Ja, sommigen	15	11.45	55	41.67
Ja, de meesten	1	0.76	39	29.55
Ja, allemaal	0	0	3	2.27
<b>Totaal</b>	<b>131*</b>	<b>100</b>	<b>132**</b>	<b>100</b>

\* Missing: n= 2.

\*\* Missing: n= 1.

Bron: Websurvey, 2019.

De diensten met cliënten die minimaal gebruik maken van RTH (n= 78) konden verschillende redenen aanduiden waarom er door hun cliënteel minimaal gebruik wordt gemaakt van RTH (d.i. minder dan 1 punt), zie Tabel 51. Zo kan het zijn dat het om beperkte vragen gaat in het kader van een voortraject (38%, n= 30), dat de cliënt afhaakt na de eerste contacten (31%, n= 24), dat het om een intakegesprek gaat (26%, n= 20) of dat er een andere oplossing wordt gevonden buiten VAPH-diensten (23%, n= 18). Naast deze vooraf gedefinieerde antwoorden, gaven de respondenten ook zelf andere redenen op zoals: het gaat om beperkte en/of kortdurende begeleiding, enkel RTH tijdens de vakantieperiodes, het gaat om een opvolging, ze stromen in aan het einde van het jaar, etc.



Tabel 51 Redenen waarom cliënten **minimaal** gebruik (d.i. minder dan 1 punt per jaar) maken van RTH (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
Het gaat om een intakegesprek	20	25.64
Het gaat om beperkte vragen in kader van een voortraject	30	38.46
De cliënt haakt af na de eerste contacten	24	30.77
Er wordt een andere oplossing gevonden buiten VAPH-diensten	18	23.08
Het gaat om stages	8	10.26
Andere*, waaronder:	41	52.56
– Afrondingsfase	2	2.56
– Opvolging	4	5.13
– Beperkte en/of kortdurende begeleiding	14	17.95
– Enkel voor vakantieperiode	7	8.97
<b>Totaal</b>	<b>&gt;78</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'ze stromen in aan het einde van het jaar', 'ambulante begeleidingsactiviteit', 'de aanwezigheid van onze ondersteuning op de achtergrond is voldoende. Vaak na een intensiever traject waarin de cliënt gegroeid is', 'cliënt is zeer moeilijk te bereiken', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

Aan de diensten die geen of slechts enkele cliënten hebben die maximaal (d.i. 8 punten per jaar) gebruik maken van RTH (n= 35), werd er ook gevraagd waarom het maximaal gebruik van RTH zo beperkt is (zie Tabel 52). Ongeveer de helft van deze diensten haalt aan dat er gekozen is voor zorgverdunding vanwege de grote wachtlijsten (54%, n= 19) en dat minder intensieve trajecten tegemoetkomen aan de zorgvraag (51%, n= 18). Bijkomende analyses laten zien dat kleinere diensten zorgverdunding minder aanhalen als reden voor het niet maximaal gebruiken van RTH op cliëntniveau dan grotere diensten.

Tabel 52 Redenen waarom er **geen of slechts** enkele cliënten zijn die **maximaal** (d.i. 8 punten per jaar) gebruik maken van RTH (meerdere antwoorden mogelijk), rekening houdend met de grootte van de dienst

	(Erg) kleine RTH-aanbieders (< 90 punten)		Middelmatige RTH-aanbieder (< 275 punten)		(Erg) grote RTH-aanbieder (>275 punten)		Totaal**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Minder intensieve trajecten komen tegemoet aan de zorgvraag	6	60.00	6	66.67	4	36.36	18	51.43
Omdat er grote wachtlijsten zijn, is er gekozen voor zorgverdunding	2	20.00	7	77.78	8	72.73	19	54.29
Andere*	4	40.00	1	11.11	4	36.36	10	28.57
<b>Totaal</b>	<b>10</b>	<b>&gt;100</b>	<b>9</b>	<b>&gt;100</b>	<b>11</b>	<b>&gt;100</b>	<b>&gt;35</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'combi met andere dienst', 'korte begeleidingstrajecten - inzetten op versterking van het netwerk', 'we hadden geen regulier aanbod', 'overbruggingshulp, infogesprekken, korte module 'Wegwijs', etc.

\*\* De frequenties voor de kolom 'totaal' bevatten ook de diensten waarvoor er geen gegevens over de RTH-capaciteit (grootte van de dienst) beschikbaar zijn.

Bron: Websurvey, 2019.

Naast de vooraf gedefinieerde antwoorden, gaven de respondenten ook zelf andere redenen op zoals: korte begeleidingstrajecten en inzetten op versterking van het netwerk, overbruggingshulp, infogesprekken, korte module 'Wegwijs', etc.

De meerderheid, namelijk 89 van de 97 diensten (92%) waarvan minstens sommigen van hun cliënteel maximaal (d.i. 8 punten per jaar) gebruik maakt van RTH, geeft aan dat het maximaal gebruik vooral te wijten is aan een intensieve zorgvraag. Een andere veel aangehaalde reden voor het maximaal gebruik is het uitputten van de dagbestedingsmogelijkheden (61%, n= 59), zie Tabel 53.

Tabel 53 Redenen waarom sommige, de meeste of alle cliënten **maximaal** (d.i. 8 punten per jaar) gebruik maken van RTH (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
Een intensieve zorgvraag	89	91.75
Een crisissituatie	39	40.21
Om de dagbestedingsmogelijkheden uit te putten (8 punten RTH = 91 dagen dagopvang)	59	60.82
Om de logeerfunctie uit te putten (8 punten RTH = 36 dagen dagopvang + 36 nachten verblijf)	35	36.08
Andere*	16	16.49
<b>Totaal</b>	<b>&gt;97</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'om het netwerk te ontlasten en te zorgen dat zij de zorg nog kunnen blijven dragen', 'meerdere TB diensten aanwezig', 'voor mensen die verschillende functies vragen: bv. dagbesteding, begeleid werk, woonbegeleiding, vrije tijd, ...', 'in afwachting van nRTH', 'fundamenteel schrijnende situaties', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

De mening van de dienst met betrekking tot de regelgeving van maximaal 8 RTH-punten per cliënt per jaar rekening houdend met het bestaan van het basisondersteuningsbudget (BOB) werd ook bevraagd, zie Tabel 54. Niet geheel onverwacht geeft geen enkele dienst aan dat dit maximum best verlaagd wordt. Volgens 16% (n= 21) is dit maximum oké of optimaal, tegenover 83% (n= 110) dat aangeeft dat het maximum best verhoogd wordt, dit wil zeggen in het algemeen (27%, n= 36) of in bepaalde omstandigheden (55%, n= 74). Met andere woorden er is een sterke meerderheid dat zou willen dat het aantal punten per cliënt per jaar wordt verhoogd maar dit voornamelijk enkel onder bepaalde voorwaarden.

Tabel 54 Beleidsaanbeveling wat betreft regelgeving van 8 punten per cliënt rekening houdend met het bestaan van het basisondersteuningsbudget (BOB)

	n	%
Is optimaal/oké	21	16.03
Wordt best verhoogd	36	27.48
Wordt best verhoogd in bepaalde omstandigheden	74	55.49
Wordt best verlaagd	0	0
Wordt best verlaagd in bepaalde omstandigheden	0	0
<b>Totaal</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Bron: Websurvey, 2019.

De diensten konden hun mening ook verder beargumenteren. De diensten die aangaven dat het maximum per cliënt oké of optimaal is (n= 21), geven bijvoorbeeld aan dat de grote meerderheid met een zorgvraag RTH voldoende geholpen is door het inzetten van maximaal 8 RTH-punten. De diensten die aangaven dat het maximum best verhoogd wordt al dan niet onder bepaalde omstandigheden (n= 110), hebben ook mogelijke omstandigheden of voorwaarden gespecificeerd. Zo dient het maximum te worden verhoogd voor wachtenden binnen de laagste budgetcategorie PVB of indien men nood heeft aan PVB, voor bepaalde doelgroepen, bij het inzetten van de ondersteuningsfuncties verblijf of

dagopvang, bij combinaties van ondersteuningsfuncties of bij ondersteuning bij verschillende organisaties, bij veranderingen in de levenscyclus (bv. overgangperiodes, crisissen, opstart van nieuwe dingen, ...). Daarnaast wordt er ook aangegeven dat het niet zinvol is om het maximum te verhogen indien de erkende punten van de zorgaanbieders niet mee worden verhoogd.

In het kader hieronder staan enkele illustraties van deze argumentaties:

**Antwoord op vraag rond regelgeving van 8 punten per cliënt: is optimaal/oké**

*'verhogen is een oplossing voor de cliënt, maar niet voor de organisaties... ik zou meer heil zien in een vlotter toewijzing van pvb's', 'voor de dienstverlening die wij aanbieden, is dit vaak voldoende, maar we zetten sterk in op versterking van het netwerk om verdere opvolging te kunnen bieden. Deze ondersteuning zou ik sommige gevallen meer mogen zijn', 'momenteel is dit voor de meeste cliënten die echt een RTH vraag hebben (mobiele begeleidingen of beperkte dagondersteuning) echt wel voldoende. Dit blijkt ook uit het feit dat de meeste cliënten hun 8 punten hier niet helemaal uitputten. Voor cliënten die echt wachtende zijn op een PVB (bv. schoolverlaters in juni, die hun 8 punten dan in het najaar van 2019 helemaal inzetten om voltijds naar de dagondersteuning te komen) is het aantal RTH-punten echt te weinig (maar ze stellen dan natuurlijk ook geen echte RTH vraag, maar een duidelijke nRTH vraag)', 'heel wat ouders combineren meerdere functies die we aanbieden en dit is mogelijk met de 8 punten per gebruiker', 'elke grens zal zijn voor/nadelen hebben. Met de 8 punten kan het overgrote deel van de zorgvragers binnen RTH geholpen worden. Belangrijker is de capaciteit RTH en deze van nRTH (voor GES en ASS) op te trekken', etc.*

**Antwoord op vraag rond regelgeving van 8 punten per cliënt: wordt best verhoogd**

**Voor de laagste budgetcategorie PVB of indien nood aan PVB**

*'zeker voor cliënten RTH die wachten op een PVB. Ook andere cliënten RTH zouden baat hebben bij een wekelijkse ondersteuning (op maat)!', 'zware administratieve rompslomp', 'aangezien er amper budgetten zijn voor de laagste budgetcategorieën (BC I en II) binnen n-RTH zou het optrekken van het aantal punten RTH (bv. van 8 naar 11 punten) een oplossing kunnen bieden om deze groep toch de noodzakelijke ondersteuning te kunnen bieden', 'er stromen steeds meer cliënten in die nooit geen PVF zullen krijgen of pas over vele jaren, maar die wel nood hebben aan meer ondersteuning dan 8 punten. Dit gaat niet over grote aantallen tot dusver, dus de effecten voor de overheid zullen dus meevallen. Het is niet omdat er meer punten mogelijk zijn, dat de anderen meer zullen verbruiken. het verbruik is sinds 2012 al heel divers', 'wordt best verhoogd of instap BC 1 wordt makkelijker', etc.*

**8 punten ontoereikend**

*'vaak ontoereikend', 'we zien dat voor meerdere cliënten de 8 punten onvoldoende is om tegemoet te komen aan hun ondersteuningsvragen. Zelfs als er ook al een netwerk van andere diensten is ingeschakeld', 'er worden nauwelijks budgetten ambulante/mobiele ondersteuning toegekend, waardoor er binnen RTH zware ondersteuningsvragen binnen komen, die onvoldoende kunnen opgenomen worden. Met 10 RTH-punten zouden we meer cliënten op een voldoende manier kunnen begeleiden', etc.*

**Andere**

*'zeker nu voor onze dienst er RTH punt zal afgetrokken worden indien we met vrijwilligers samenwerken (zie nieuwe RTH wetgeving)', 'door de evolutie en groei in RTH-aanbod kunnen mensen de punten voor verschillende functies inzetten bv. combinatie begeleiding en dagopvang/begeleid werk, begeleiding en logeren, begeleiding en vakantieopvang, combinatie en aanbod vorming. Er is een groei aan nieuwe initiatieven bv. (therapeutisch) paardrijden en dan wordt het puzzelen. Ook de inhoud van wat begeleiding verschilt erg: psychosociale begeleiding is anders dan een aantal uren assisteren en weerspiegeld zich niet in bv. mobiele puntenwaarde. Er zijn ook situaties waarbij de punten in bepaalde omstandigheden best verhoogd worden bv. jongeren die overgang maken naar zelfstandig wonen, in die periode is nood aan begeleiding groter', 'mensen met een relatief lage ondersteuningsnood zullen in de feiten slechts zelden nog een budget ter beschikking gesteld krijgen. Wanneer zij slechts ondersteund kunnen worden binnen RTH, moet deze drempel inderdaad verhoogd worden', etc.*

**Antwoord op vraag rond regelgeving van 8 punten per cliënt: wordt best verhoogd in bepaalde omstandigheden**

**Voor de laagste budgetcategorie PVB of indien nood aan PVB**

*'meeste zorgvragers met vraag in budgetcategorie I hebben een hopeloze prioritering', 'indien de PVB zo lang op zich laat wachten zelfs in prioritering 1', 'zeker voor mensen die al lang op de wachtlijst staan voor een PVB en waar het voor het netwerk echt wel doorweegt dat er nog altijd onvoldoende ondersteuning is zou een verhoging van de punten en de begeleiding meer dan welkom zijn', etc.*

**Bij bepaalde doelgroepen**

*'cliënten die nood hebben aan ondersteuning binnen volwassenenzorg, maar de kloof tussen RTH en de laagste budgetcategorie PVB is te groot voor mensen met ASS en normale begaafdheid. zij vallen vaak tussen de mazen van het net', 'vooral bij jonge gezinnen met dove en slechthorende baby's en peuters onder de 2-6 jaar is RTH pakket van 8 pp ontoereikend', etc.*

**Bij het gebruik van de ondersteuningsfuncties verblijf of dagopvang**

*'vooral naar dagopvang: vaak is er de vraag naar 2 dagen/week. 91 dagen zijn hiervoor ontoereikend... toch kunnen cliënten bij ons terecht voor structureel 2 dagen RTH-dagopvang per week gedurende een jaar', 'vooral voor mensen die een vraag hebben naar dagbesteding en niet prioritair zijn voor nRTH is er grote nood naar meer dan 2 dagen per week opvang. Ook voor mensen die wachten op verblijf is 36 nachten zeer weinig. suggestie: als iemand op de wachtlijst staat voor niet-RTH zou een uitbreiding van RTH-punten zinvol zijn', 'we merken dat als wij cliënten ondersteunen in hun thuissituatie die ook gebruik maken van logeerfunctie of dagbesteding, de punten zeer snel op zijn en er geen ruimte meer is voor ondersteuning thuis. Dus bij bepaalde combinaties zou het goed zijn om de punten te verhogen zodat de juiste zorg kan blijven doorlopen', 'bij verblijf en dagopvang is RTH als snel onvoldoende', etc.*

**Bij combinatie van ondersteuningsfuncties of verschillende organisaties**

*'bij combinatie van functie begeleiding met verblijf en dagopvang, afwezigheid van netwerk, complexe gezinssituaties, respijtzorg', 'een cliënt krijgt 8 punten per jaar. Ik begeleid mensen die dit puntenaantal dan ook nog eens moeten verdelen over verschillende organisaties. Dus hierdoor kan ik hem maar 4 punten aanbieden. Dit is te weinig voor zijn zorgvraag, alsook voor de andere dienst, die zeker betrokken moet blijven', 'GIO is een goede start. Cliënten die combineren met RTH-dagopvang (bv. vakantieopvang, schoolverlaters ov1, ...) en (kortdurend) verblijf komen soms in de problemen met de 8 punten', etc.*

**Enkel indien er ook een uitbreiding is van RTH**

*'het heeft geen zin om de punten te verhogen wanneer de erkende punten van de zorgaanbieder niet verhoogd', 'bij een algemene verhoging dient ook de capaciteit van de aanbieders fors vergroot te worden. Anders kunnen er nog minder cliënten geholpen worden dan vandaag', etc.*

**Andere**

*'er zijn bepaalde periodes in het leven van een persoon waarbij er meer nodig is (overgangperiodes, crisissen, opstart van nieuwe dingen, ...) dan zou het goed zijn dat we tijdelijk meer kunnen begeleiden om dan na deze periode terug te kunnen verminderen. Bv. voor mobiele begeleiding is wekelijks langsgaan dan een must', 'verhoging lijkt me aangewezen als er helemaal geen eigen netwerk is, of een netwerk waarop je niet kan rekenen', 'het probleem is vooral als er een verandering komt in de situatie bv. veranderen van school, werk/daginvulling zoeken, opstap naar zelfstandig wonen. Op deze momenten is er nood aan meer om de nieuwe situaties te kunnen 'installeren'. Een tijdelijke verhoging van RTH-punten zal in deze situatie een oplossing zijn als verwacht wordt dat na de transitie de ondersteuning met 8 RTH-punten weer voldoende is', etc.*

## 2.3 De RTH-ondersteuningsfunctie begeleiding

Zeven op de tien diensten (70%, n= 86) die in 2019 (ambulante en/of mobiele en/of groeps-) begeleiding aanbieden (n= 123) geven aan dat zorgvragen rond begeleiding in de meeste gevallen langdurige ondersteuning vragen, dat wil zegen meer dan 2 jaar (zie Tabel 55). Ongeveer twee op de tien (19%, n= 23) geeft aan dat het in gelijke mate om tijdelijke en langdurige ondersteuning gaat en ongeveer één op de tien (11%, n= 14) geeft aan dat het voornamelijk om tijdelijke ondersteuning (d.i. minder dan 2 jaar) gaat.

Tabel 55 De situatie die het meeste voorkomt wat betreft de zorgvragen 'begeleiding' volgens grootte en type (erkende zorgvorm) van de dienst en leeftijdsgroep doelpubliek (rij %)

	Tijdelijke ondersteuning, minder dan 2 jaar		Langdurige ondersteuning, meer dan 2 jaar		In gelijke tijdelijke als langdurige ondersteuning	
	n	%	n	%	n	%
<b>Grootte van de dienst</b>						
(Erg) kleine RTH- aanbieders (< 90 punten) (n= 40)	6	15.00	30	75.00	4	10.00
Middelmatige RTH- aanbieder (< 275 punten) (n= 35)	1	2.86	26	74.29	8	22.89
(Erg) grote RTH- aanbieder (>275 punten) (n= 40)	7	17.50	24	60.00	9	22.50
<b>Leeftijdsgroep doelpubliek</b>						
Aanbod enkel meerderjarigen (n= 55)	0	0	50	90.91	5	9.09
Aanbod minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen) (n= 68)	14	20.59	36	52.94	18	26.47
Aanbod meerderjarigen (al dan niet ook minderjarigen) (n= 116)	12	10.34	85	73.28	19	16.38
<b>Type dienst (combinaties mogelijk)</b>						
Tehuis niet-werkenden (n= 69)	4	5.80	55	79.71	10	14.49
Dagcentrum (n= 58)	2	3.45	51	87.93	5	8.62
Beschermd wonen/ geïntegreerd wonen/ dienst inclusieve ondersteuning (n= 58)	3	5.17	49	84.48	6	10.34
Semi-internaat (n= 35)	6	17.14	17	48.57	12	34.29
Internaat (n= 31)	8	25.81	15	48.39	8	25.81
Tehuis werkenden (n= 30)	2	6.67	25	83.33	3	10.00
Begeleid wonen (n= 26)	1	3.85	24	92.31	1	3.85
Thuisbegeleiding (n= 22)	7	31.82	8	36.36	7	31.82
<b>Totaal (n= 123)</b>	<b>14</b>	<b>11.38</b>	<b>86</b>	<b>69.92</b>	<b>23</b>	<b>18.70</b>

Bron: Websurvey, 2019.

We vinden verschillen tussen de diensten met betrekking tot de gebruikelijke duur van de nood aan ondersteuning binnen de ondersteuningsfunctie begeleiding (zie Tabel 55). Grotere diensten geven iets minder aan dat begeleiding in de meeste gevallen langdurige ondersteuning (meer dan 2 jaar) vraagt dan kleinere diensten. Diensten met enkel een aanbod aan minderjarigen (al dan niet meerderjarigen) geven ook minder aan dat begeleiding voor de meest cliënten langdurige ondersteuning vraagt dan diensten met een aanbod aan enkel meerderjarigen. Thuisbegeleidingsdiensten en (semi-)internaten geven opvallend ook minder aan dat nood aan langdurige ondersteuning binnen begeleiding de meest voorkomende situatie is.

Volgens de definitie van de RTH-ondersteuningsfunctie begeleiding duurt de individuele begeleiding één tot twee uur. In de bevraging werd ook gepeild hoe korte sessies, d.w.z. minder dan een uur/half uur, worden geregistreerd in het GIR. Het meest voorkomende antwoord, zie Tabel 56, is dat meerdere sessies worden opgeteld tot de registratie van één sessie (48%, n= 59) (wat stijgt tot 74% indien exclusie antwoord 'niet van toepassing'), 35% (n= 43) geeft aan dat deze korte sessies niet voorkomen en 15% (n= 18) (wat stijgt tot 23% indien exclusie antwoord 'niet van toepassing') geeft aan dat deze sessies dan niet worden geregistreerd. Een zeer kleine minderheid (3%, n= 3) (wat stijgt tot 4% indien exclusie antwoord 'niet van toepassing') geeft aan dat deze sessies dan worden gecompenseerd door sessies langer dan 2 uur.

Tabel 56 Registratie van een korte begeleiding (minder dan een uur/half uur) binnen de GIR

	n	%	%*
Geen registratie	18	14.63	22.50
Samentelling van meerdere kortere sessies tot registratie van één sessie	59	47.97	73.75
Registratie van één sessie maar compensatie door sessies langer dan 2 uur	3	2.44	3.75
Niet van toepassing	43	34.96	
<b>Totaal</b>	<b>123</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\* exclusie van de situatie 'niet van toepassing'.

Bron: Websurvey, 2019.

### 2.3.1 Begeleiding aan meerderjarigen

De diensten met een aanbod voor meerderjarigen (al dan niet ook voor minderjarigen) en die de RTH-ondersteuningsfunctie (mobiele en/of ambulante en/of groepsbegeleiding) begeleiding aanbieden in 2019 (n= 116) konden ook aanduiden wat de meest uitgevoerde activiteiten zijn tijdens de begeleiding van meerderjarigen. Zoals Tabel 57 weergeeft, worden volgende activiteiten het vaakst aangehaald binnen de top 3: gesprekken met als onderwerp 'administratie' (30%), organisatie en coördinatie van hulpverlening (thuiszorg, vrijwilligers, verpleging, ...) (26%), coördineren en ondersteunen van het netwerk (23%), gesprekken met als onderwerp 'relaties' (bv. relaties met partner, familie, vrienden, ...) (22%), begeleiding in het kader van begeleid werken (20%), ondersteuning bij psychische problemen (20%) en begeleiding rond leren omgaan met de handicap (18%). Op de 1<sup>ste</sup> plaats binnen de top 3 wordt het vaakst begeleiding in het kader van begeleid werken aangeduid, op de 2<sup>de</sup> plaats het coördineren en ondersteunen van het netwerk en op de 3<sup>de</sup> plaats gesprekken met als onderwerp 'administratie'.

Tabel 57 De top 3 meest uitgevoerde activiteiten tijdens RTH-ondersteuningsfunctie begeleiding bij meerderjarigen (geordende weergave)

	Aanwezig in top 3		1 <sup>ste</sup> plaats		2 <sup>de</sup> plaats		3 <sup>de</sup> plaats	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gesprekken met als onderwerp 'administratie'	35	30.17	8	8.79	7	7.87	12	14.29
Organisatie en coördinatie van hulpverlening (thuiszorg, vrijwilligers, verpleging, ...)	30	25.86	7	7.69	8	8.99	10	11.9
Coördineren en ondersteunen van het netwerk	27	23.28	5	5.49	10	11.24	8	9.52
Gesprekken met als onderwerp 'relaties' (bv. relaties met partner, familie, vrienden, ...)	25	21.55	7	7.69	6	6.74	5	5.95
Begeleiding in het kader van begeleid werken	23	19.83	10	10.99	6	6.74	1	1.19
Ondersteuning bij psychische problemen	23	19.83	7	7.69	7	7.87	5	5.95
Begeleiding rond leren omgaan met de handicap	21	18.1	6	6.59	8	8.99	5	5.95
Gesprekken met als onderwerp 'huishouden' (bv. het helpen organiseren van het huishouden zoals poetsen en opruimen, ...)	19	16.38	4	4.4	4	4.49	7	8.33
Gesprekken met als onderwerp 'leren zelfstandig wonen' (bv. het helpen zoeken naar een geschikte woonst, ...)	19	16.38	5	5.49	7	7.87	4	4.76
Ontspanningsactiviteiten (bv. cinema, shoppen, gezelschapsspel, sporten, ...)	15	12.93	5	5.49	5	5.62	1	1.19
Gesprekken met als onderwerp 'werksituatie' (bv. het helpen oplossen van moeilijkheden op het werk, ...)	15	12.93	5	5.49	3	3.37	5	5.95
Persoonlijke verzorging	11	9.48	4	4.4	3	3.37	2	2.38

	Aanwezig in top 3		1 <sup>ste</sup> plaats		2 <sup>de</sup> plaats		3 <sup>de</sup> plaats	
Gesprekken met als onderwerp 'invullen vrije tijd'	10	8.62	3	3.3	2	2.25	1	1.19
Een intakegesprek voor RTH-begeleiding	7	6.03	0	0	4	4.49	2	2.38
Het vertalen en kaderen van een gesprek tussen verschillende organisaties naar de cliënt of zijn/haar netwerk	7	6.03	4	4.4	2	2.25	0	0
Gesprekken met als onderwerp 'budget'	6	5.17	0	0	3	3.37	2	2.38
Ondersteuning bij medische zaken (bv. dokter, tandarts, ...)	6	5.17	1	1.1	2	2.25	1	1.19
Huishoudelijk werk	5	4.31	1	1.1	0	0	4	4.76
Begeleiding rond aanvaarding van de handicap	4	3.45	0	0	1	1.12	2	2.38
Begeleiding rond leren omgaan met agressie	4	3.45	0	0	0	0	1	1.19
Gezelschap houden	3	2.59	0	0	0	0	3	3.57
Een intakegesprek voor nRTH- ondersteuning (vervolgondersteuning)	3	2.59	0	0	0	0	1	1.19
Het overdragen van handicap-specifieke kennis in functie van één welbepaalde cliënt	2	1.72	1	1.1	0	0	1	1.19
Het samenbrengen van de organisaties die inzetten op outreach (regie-rol)	1	0.86	0	0	0	0	0	0
Gesprekken met als onderwerp 'de opvoeding van kinderen'	0	0	0	0	0	0	0	0
Begeleiding bij het zoeken naar een betaalde job	0	0	0	0	0	0	0	0
Boodschappen doen	0	0	0	0	0	0	0	0
Andere*	12	10.34	8	8.79	1	1.12	1	1.19
<b>Totaal</b>	<b>&gt;116</b>	<b>&gt;100</b>	<b>91</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'psychosociale ondersteuning', 'ondersteuning netwerk ifv omgaan met person met een handicap', 'opzetten van netwerken rond de cliënt', 'meerderjarige begeleidingen zijn nog steeds, in principe, schoolgaande jongeren. Dus vaak gaat dit ook rond schoolse traject opvolgen en nadien doorverwijzen', 'begeleidingsadvies aan het familiale netwerk (meestal ouders) als belangrijkste ondersteuners zijn van een jongere of volwassene met een verstandelijke beperking', 'het bemiddelen bij crisissituaties en kaderen van persoon met handicap', 'het helpen zoeken naar woning maar niet persé binnen de context van 'leren zelfstandig wonen'. Eerder bij wijze van noodzaak (tijdelijke woonst, dakloos, woning niet aangepast, ...)', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

### 2.3.2 Begeleiding aan minderjarigen

De diensten met een aanbod aan minderjarigen (al dan niet ook aan meerderjarigen) en die de RTH-ondersteuningsfunctie (mobiele en/of ambulante en/of groepsbegeleiding) begeleiding aanbieden in 2019 (n= 68) konden ook aanduiden wat de meest uitgevoerde activiteiten zijn tijdens de begeleiding van minderjarigen. Zoals Tabel 58 weergeeft, worden volgende activiteiten het vaakst aangehaald binnen de top 3: begeleiding en ondersteuning van ouders rond stimulering van de ontwikkeling van hun kind (60%), begeleiding rond leren omgaan met de handicap (40%), begeleiding en ondersteuning van ouders rond hun zoektocht in het hulpverleningslandschap, opvangmogelijkheden en participatie in het onderwijs (31%) en ontspanningsactiviteiten (bv. cinema, shoppen, gezelschapsspel, sporten, ...) (29%). Op de 1<sup>ste</sup> plaats en 2<sup>de</sup> plaats binnen de top 3 wordt het vaakst begeleiding en ondersteuning van ouders rond stimulering van de ontwikkeling van hun kind aangeduid en op de 3<sup>de</sup> plaats begeleiding en ondersteuning van ouders rond hun zoektocht in het hulpverleningslandschap, opvangmogelijkheden en participatie in het onderwijs. Hieruit kunnen we afleiden dat begeleiding/ondersteuning van de ouders rond ontwikkelingsstimulering van hun kind veruit de belangrijkste activiteit is tijdens de begeleiding van minderjarigen.

Tabel 58 De top 3 meest uitgevoerde activiteiten tijdens RTH-ondersteuningsfunctie begeleiding bij **minderjarigen** (geordende weergave)

	Aanwezig in top 3		1 <sup>ste</sup> plaats		2 <sup>de</sup> plaats		3 <sup>de</sup> plaats	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Begeleiding en ondersteuning van ouders rond stimulering van de ontwikkeling van hun kind	41	60.29	18	33.33	10	20.83	7	14.29
Begeleiding rond leren omgaan met de handicap	27	39.71	10	18.52	8	16.67	4	8.16
Begeleiding en ondersteuning van ouders rond hun zoektocht in het hulpverleningslandschap, opvangmogelijkheden en participatie in het onderwijs	21	30.88	2	3.7	7	14.58	10	20.41
Ontspanningsactiviteiten (bv. cinema, shoppen, gezelschapsspel, sporten, ...)	20	29.41	6	11.11	5	10.42	4	8.16
Coördineren en ondersteunen van het netwerk	11	16.18	0	0	4	8.33	4	8.16
Begeleiding rond aanvaarding van de handicap	9	13.24	1	1.85	1	2.08	5	10.2
Gesprekken met als onderwerp 'school' (bv. re-integratie op school)	9	13.24	2	3.7	2	4.17	4	8.16
Het overdragen van handicap-specifieke kennis in functie van één welbepaalde cliënt	7	10.29	2	3.7	4	8.33	0	0
Een intakegesprek voor RTH-begeleiding	6	8.82	2	3.7	2	4.17	2	4.08
Organisatie en coördinatie van hulpverlening (thuiszorg, vrijwilligers, verpleging, ...)	6	8.82	3	5.56	0	0	1	2.04
Begeleiding rond leren omgaan met agressie	5	7.35	2	3.7	0	0	2	4.08
Begeleiding rond leren omgaan met leeftijdsgenoten	4	5.88	1	1.85	1	2.08	0	0
Begeleiding van broers of zussen van personen met een handicap	4	5.88	1	1.85	1	2.08	1	2.04
Persoonlijke verzorging	5	5.08	2	3.7	0	0	1	2.04
Gesprekken met als onderwerp 'voorbereiding op zelfstandig wonen' (bv. het helpen zoeken naar een geschikte woonst, dagbesteding, ...)	3	4.41	1	1.85	0	0	1	2.04
Een intakegesprek voor nRTH- ondersteuning (vervolgondersteuning)	2	2.94	0	0	0	0	2	4.08
Het vertalen en kaderen van een gesprek tussen verschillende organisaties naar de cliënt of zijn/haar netwerk	2	2.94	0	0	2	4.17	0	0
Het samenbrengen van de organisaties die inzetten op outreach (regie-rol)	1	1.47	0	0	0	0	1	2.04
Huiswerkbegeleiding	0	0	0	0	0	0	0	0
Gezelschap houden	0	0	0	0	0	0	0	0
Andere*	6	8.82	1	1.85	1	2.08	0	0
<b>Totaal</b>	<b>&gt;68</b>	<b>&gt;100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'handicap-specifieke begeleiding zoals visuele stimulatie', 'opvoedingszekerheid van ouders ondersteunen en herstellen door het coachen van ouders in de omgang en communicatie met hun kind: informatie m.b.t. de handicap en hulpmiddelen/met ouders en of jongeren vooruit kijken op het traject en bijzondere scharniermomenten/ ingaan op wijzigende zorgvragen/ medische informatie helpen kaderen vertalen/ communicatievaardigheden opbouwen in het gezin bij ouders, kind, andere gezinsleden of netwerk', 'trainen vaardigheden als fietsen/zwemmen', etc.

Bron: Websurvey, 2019.



## 2.4 De RTH-ondersteuningsfunctie outreach

De diensten die de RTH-ondersteuningsfunctie outreach aanbieden (n= 89), konden aangeven wie de drie voornaamste ontvangers zijn. Zoals uit Tabel 59 kan worden afgeleid, zijn scholen (en CLB's) de belangrijkste ontvangers van outreach aangezien deze doelgroep het meest wordt aangehaald binnen de top 3 (55%, n= 49). Vervolgens worden andere VAPH-diensten (34%, n= 30), kinderopvang (28%, n= 25) en diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (27%, n= 24) opgegeven als voornaamste ontvangers binnen de top 3. Er zijn echter significante verschillen op te merken tussen diensten met een aanbod voor minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen)<sup>14</sup> en diensten met een aanbod voor enkel meerderjarigen. Zo geven diensten met een aanbod voor minderjarigen significant meer aan dat scholen (en CLB's), kinderopvang, organisaties of voorzieningen van Jongerenwelzijn de voornaamste ontvangers zijn van outreach dan diensten met een aanbod voor enkel meerderjarigen. Deze laatste diensten geven significant meer aan dat diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, CAW, woonzorgcentra en vrijwilligers de voornaamste ontvangers zijn van outreach dan diensten met een aanbod voor minderjarigen.

---

<sup>14</sup> Aangezien er slechts zes voorzieningen zijn in de steekproef die de RTH-ondersteuningsfunctie outreach aanbieden en een aanbod hebben aan enkel minderjarigen, zijn de resultaten voor deze groep niet weergegeven.

Tabel 59 De drie voornaamste ontvangers van de RTH-ondersteuningsfunctie outreach (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	Aanbod minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen) (n= 57)		Aanbod enkel meerderjarigen** (n= 32)		Aanbod meerderjarigen (al dan niet ook minderjarigen) (n= 83)		Totaal (n= 89)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Scholen (en CLB's)	38	66.67 <sup>b</sup>	11	34.38 <sup>b</sup>	43	51.81	49	55.06
Andere VAPH-diensten	20	35.09	10	31.25	27	32.53	30	33.71
Kinderopvang	25	43.86 <sup>b</sup>	0	0 <sup>b</sup>	21	25.3	25	28.09
Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg	11	19.30 <sup>a</sup>	13	40.63 <sup>a</sup>	24	28.92	24	26.97
Organisaties of voorzieningen van Jongerenwelzijn	14	24.56 <sup>a</sup>	2	6.25 <sup>a</sup>	15	18.07	16	17.98
OCMW	7	12.28	8	25	15	18.07	15	16.85
CAW'S	6	10.53 <sup>a</sup>	9	28.13 <sup>a</sup>	15	18.07	15	16.85
Woonzorgcentra	3	5.26 <sup>a</sup>	7	21.88 <sup>a</sup>	10	12.05	10	11.24
Mantelzorgers	5	8.77	5	15.63	10	12.05	10	11.24
Dienst maatschappelijk werk (DMW) van mutualiteiten	3	5.26	4	12.5	7	8.43	7	7.87
Vrijwilligers	0	0 <sup>b</sup>	6	18.75 <sup>b</sup>	6	7.23	6	6.74
Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG)	4	7.02	1	3.13	5	6.02	5	5.62
Gevangenis	3	5.26	1	3.13	4	4.82	4	4.49
Sportclub	3	5.26	0	0	2	2.41	3	3.37
Zelfstandige (para)medici	1	1.75	2	6.25	2	2.41	3	3.37
Jeugdbeweging	3	5.26	0	0	1	1.2	2	2.47
Buurtwerkingen, armoedeverenigingen en andere laagdrempelige basisvoorzieningen	0	0	2	6.25	2	2.41	2	2.25
Sociale Huizen	0	0	1	3.13	1	1.2	1	1.12
Revalidatiecentra	0	0	0	0	0	0	0	0
Opvoedingswinkels	0	0	0	0	0	0	0	0
Huizen van het Kind	0	0	0	0	0	0	0	0
Andere*	7	12.28	2	6.25	9	10.84	9	10.11
<b>Totaal</b>	<b>&gt;57</b>	<b>&gt;100</b>	<b>&gt;32</b>	<b>&gt;100</b>	<b>&gt;83</b>	<b>&gt;100</b>	<b>&gt;89</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'DOP en bijstandsorganisaties', 'diensten uit de verslavingszorg', 'gemeente', 'psychiatrisch ziekenhuis', 'tewerkstellingsplaatsen', etc.

\*\* Aangezien er slechts 6 voorzieningen zijn in de steekproef die de RTH-ondersteuningsfunctie outreach aanbieden aan enkel minderjarigen, zijn de resultaten voor deze groep niet weergegeven.

<sup>a</sup> significant met  $p < .05$  tussen aanbod enkel meerderjarigen en aanbod minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen).

<sup>b</sup> significant met  $p < .01$  tussen aanbod enkel meerderjarigen en aanbod minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen).

Bron: Websurvey, 2019.

Ongeveer 70% (68%, n= 59) van de respondenten die outreach aanbieden, geeft aan dat outreach in de meeste gevallen één sessie in beslag neemt, ongeveer een kwart (23%, n= 20) geeft aan dat het om twee sessies gaat en een kleine minderheid geeft aan dat het om drie sessies gaat (7%, n=6) of meer (1%, n= 1) (niet in tabel).

De meest uitgevoerde activiteiten tijdens outreach zijn het aanreiken van tips en handvatten om personen met een handicap te ondersteunen (83%, n= 74) en het overdragen van kennis rond een bepaald thema (63%, n= 56), zie Tabel 60. Hoewel dit niet is vervat in de RTH-definitie van outreach<sup>15</sup> wordt een bespreking over een bepaalde cliënt door 16% (n= 14) van respondenten ook aangegeven als één van de twee meest uitgevoerde activiteiten.

Tabel 60 De top 2 meest uitgevoerde activiteiten tijdens de RTH-ondersteuningsfunctie 'outreach' (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
Aanreiken van tips en handvatten om personen met een handicap te ondersteunen	74	83.15
Kennis overdragen rond een bepaald thema	56	62.92
Een bespreking over een bepaalde cliënt (met de toestemming van de cliënt of de ouders)	14	15.73
Het bespreken van casussen (met de toestemming van de cliënten of de ouders)	13	14.61
Andere*	2	2.33
<b>Totaal</b>	<b>&gt;86</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'ingaan op specifieke vraag van de dienst die outreach vraagt', 'naar aanleiding van bepaalde cliënten, info en adviezen voor ondersteuning bij visuele problematieken (ruim)'.

Bron: Websurvey, 2019.

<sup>15</sup> Als het gaat om het overdragen van handicapspecifieke kennis in functie van de ondersteuning van één welbepaalde gebruiker, is de ondersteuning persoonsgebonden en betreft het begeleiding en geen outreach.

De respondenten konden ook aangeven wat de mogelijke thema's zijn waarover kennis wordt overgedragen. De volgende thema's werden het meeste opgegeven (in dalende volgorde): Autisme Spectrum Stoornis, emotionele problematiek, gedragsproblematiek, spraak- en taalstoornis en communicatie, kennis van het aanbod (o.a. RTH, VAPH, regelgeving) en mentale handicap. Voorbeelden van andere mogelijke, maar minder voorkomende, thema's kunnen in Tabel 61 worden teruggevonden.

Tabel 61 Vrije omschrijving van de thema's waarvan kennis wordt overgedragen tijdens de RTH-ondersteuningsfunctie outreach (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	n	%
Autisme Spectrum Stoornis (ASS)	25	45.45
Emotionele problematiek (SEO)	14	25.45
Gedragsproblematiek (waaronder ook agressie)	11	20
Spraak- en taalstoornis (STOS) en communicatie (o.a. SMOG)	9	16.36
Kennis van het aanbod (o.a. RTH, VAPH, regelgeving)	9	16.36
Mentale handicap	8	14.55
NAH	6	10.91
Relaties (o.a. hechting, seksualiteit, relatievorming)	6	10.91
Inclusie en participatie	4	7.27
Motorische handicap	4	7.27
Doof- en slechthorendheid	4	7.27
ADHD	3	5.45
Verpleegkundige/medische handelingen	3	5.45
nRTH	2	3.64
Andere**		
<b>Totaal*</b>	<b>&gt;55</b>	<b>&gt;100</b>

\* Missing: n = 1.

\*\* Voorbeelden van 'andere': 'vaak handicap specifieke vragen: psycho-educatie rond diagnoses (ADHD, ADD, ODD, hechting, ...)', 'herkennen van personen met een handicap, signalen die kunnen wijzen op handicap- hoe omgaan met handicap, hoe de dienstverlening aanpassen aan personen met een handicap- thema's in combinatie met handicap: kinderwens en ouderschap, hygiëne, SEO, handicap bespreekbaar maken, communicatie aanpassen aan handicap, ...', 'voeding- en slikproblematiek- vrijheidsbeperkende maatregelen- verpleegkundige handelingen- sportactiviteiten voor personen met een lichamelijke beperking- smog- bobath- basale stimulatie- hulpmiddelen', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

## 2.5 Wachtlijsten

Tabel 62 laat zien dat ongeveer drie op de vijf diensten (63%, n= 84) werken met een wachtlijst voor RTH, 5% (n= 6) instroomquota hanteert en 2% (n= 3) een aanmeldingsstop heeft. Iets meer dan één derde (36%, n= 48) werkt noch met een wachtlijst, noch met instroomquota en noch met een aanmeldingsstop. Verder hangt de grootte van de dienst (d.i. de RTH-erkende capaciteit in 2018) samen met het al dan niet hanteren van een wachtlijst/instroomquota voor RTH. Meer specifiek het aandeel dat een wachtlijst of instroomquota hanteert, is hoger bij grotere diensten dan bij kleinere diensten.

Tabel 62 Wachtlijst, aanmeldingsstop en instroomquota voor RTH rekening houdend met de grootte van de dienst

	(Erg) kleine RTH-aanbieders (< 90 punten)		Middelmatige RTH-aanbieder (< 275 punten)		(Erg) grote RTH-aanbieder (>275 punten)		Totaal*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Enkel wachtlijst	20	43.48	22	62.86	29	72.50	77	57.89
Enkel aanmeldingsstop	0	0	0	0	0	0	0	0
Enkel instroomquota	0	0	0	0	1	2.50	1	0.75
Combinatie wachtlijst met aanmeldingsstop en/of instroomquota	1	2.17	2	5.71	4	10.00	7	5.26
Noch wachtlijst, noch aanmeldingsstop, noch instroomquota	25	54.35	11	31.43	6	15.00	48	36.09
<b>Totaal</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>133</b>	<b>100</b>
<b>Wachtlijst, aanmeldingsstop en instroomquota per grootte van de dienst</b>								
Wachtlijst	21	45.65	24	68.57	33	82.50	84	63.16
Aanmeldingsstop	1	2.17	1	2.86	1	2.50	3	2.26
Instroomquota	0	0	1	2.86	5	12.50	6	4.51

\* De frequenties voor de kolom 'totaal' bevatten ook de diensten waarvoor er geen gegevens over de RTH-capaciteit (grootte van de dienst) beschikbaar zijn.

Bron: Websurvey, 2019.

Tabel 63 toont aan dat er verhoudingsgewijs meer penhouders zijn met een wachtlijst voor RTH in de provincies Oost-Vlaanderen (n= 18, 75%) en Antwerpen (n= 21, 70%), terwijl er minder penhouders zijn met een wachtlijst voor RTH in de provincies Vlaams-Brabant (n= 11, 50%) en West-Vlaanderen (n= 15, 58%).

Tabel 63 Wachtlijst, aanmeldingsstop en instroomquota voor RTH per provincie

	Antwerpen		Limburg		Oost-Vlaanderen		Vlaams-Brabant		Hoofdstedelijk Gewest Brussel		West-Vlaanderen	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wachtlijst	21	70.00	10	62.50	18	75.00	11	50.00	3	100	15	57.69
Aanmeldingsstop	1	3.33	0	0	0	0	1	4.55	0	0	1	3.85
Instroomquota	2	6.67	0	0	3	12.50	1	4.55	0	0	0	0
<b>Totaal</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Bron: Websurvey, 2019.

Rond de 60% van de diensten werkt met een wachtlijst voor ambulante en mobiele begeleiding, terwijl dit rond de 20-30% ligt voor de andere RTH-ondersteuningsfuncties (zie Tabel 64). Deze discrepantie stemt overeen met de hogere inzet van begeleiding dan van de andere RTH-ondersteuningsfuncties.

Het hoger het aandeel diensten met een wachtlijst voor een specifieke RTH-ondersteuningsfunctie, hoe hoger de gemiddelde wachttijd voor die RTH-ondersteuningsfunctie. De gemiddelde wachttijd voor ambulante en mobiele begeleiding bedraagt 15-16 maanden indien men een wachtlijst heeft voor begeleiding (9-10 maanden indien er al dan niet een wachtlijst is voor deze ondersteuningsfunctie). De tweede langst gemiddelde wachttijd wordt gerapporteerd voor dagopvang, meer specifiek 13 maanden indien men een wachtlijst heeft voor dagopvang (4.5 maanden indien er al dan niet een wachtlijst is voor dagopvang). Voor mobiele en ambulante outreach is de gemiddelde wachttijd opmerkelijk korter dan voor de andere RTH-ondersteuningsfuncties (gaande van minder dan een maand indien al dan niet een wachtlijst voor outreach tot ongeveer drie maanden indien een wachtlijst voor outreach).

Tabel 64 Gemiddelde wachttijd in maanden per RTH-ondersteuningsfunctie\* in 2019

	Aantal zorgaanbieders met wachtlijst voor specifieke RTH-ondersteuningsfunctie		Gemiddelde wachttijd in maanden	
	n	%	Indien wachtlijst	Al dan niet wachtlijst
Ambulante begeleiding (n= 116)	67	57.76	15.78	9.11
Mobiele begeleiding (n= 121)	76	62.81	16.13	10.13
Groepsbegeleiding (n= 57)	15	26.32	11.80	3.11
Dagopvang (n= 114)	39	34.21	13.00	4.45
Verblijf (n= 90)	22	24.44	7.41	1.81
Mobiele outreach (n= 89)	18	20.22	3.17	0.64
Ambulante outreach (n= 80)	17	21.25	3.29	0.70

\* Op voorwaarde dat de specifieke RTH-ondersteuningsfunctie wordt aangeboden.

Bron: Websurvey, 2019.

Uit de opmerkingen die werden genoteerd bij de vraag naar wachttijden, komt duidelijk naar voren dat het niet evident is voor de diensten om de wachttijden in te schatten. Deels omdat het schattingen zijn en deels omdat de wachttijd sterk samenhangt met andere factoren, zoals de doelgroep en leeftijd van de cliënt, de zorgvraag, de dringendheid en intensiteit van de zorgvraag, etc.

Enkele illustraties van de opmerkingen bij de vraag naar wachttijden staan hieronder:

<p><b>Moeilijk om de wachttijd te kwantificeren</b></p> <p><i>'ik heb geen cijfers van gemiddelde wachttijden, het zijn schattingen', 'erg ruwe schatting dit wordt door ons aanmeldingspunt opgevolgd', 'er is geen termijn op te plakken', 'doordat we heel weinig RTH-punten hebben moeten de mensen bij ons heel lang wachten waardoor we geen termijn kunnen op kleven', etc.</i></p>
<p><b>Wachttijd afhankelijk van de doelgroep of leeftijd</b></p> <p><i>'de opvang vraag voor kinderen met autisme overstijgt onze mogelijkheden, voor de doelgroep STOS en gehoor kunnen de kinderen tijdens schoolvakanties altijd aansluiten', 'wachtlijst en wachttijd is erg wisselend over het kalenderjaar heen zeker bij -18j/ ook bij +18j bij +18j zijn er vaak langere wachttijden', 'de wachtlijst verschilt naargelang de doelgroep (Doof, Autisme, STOS), ook naargelang leeftijdsgroep. Bij de meerderjarigen is onze wachtlijst rond 1 jaar bij autisme, niet bij dove volwassenen. We hebben geen verblijf binnen RTH. Dagopvang is vooral tijdens de vakanties (vakantieopvang)', 'voor verblijf en dagopvang kan de wachttijd sterk variëren</i></p>

*naargelang profiel van de cliënt. Voor combinatie verstandelijke beperking en (ernstige) gedragsproblemen is de wachttijd langer', 'de wachtlijsten hebben we enkel in onze thuisbegeleidingsdienst voor sensorische handicap', etc.*

**Wachttijd afhankelijk van de ondersteuningsfunctie**

*'In de dagopvang proberen we altijd plaats te maken voor een RTH-vraag. Onze erkenning laat ons echter niet toe om alle vragen voor dagondersteuning te beantwoorden. Zelfde antwoord geldt voor ambulante en mobiele begeleiding. Voor verblijf is de mogelijkheid afhankelijk van de infrastructuur. Ook hier is het moeilijk de wachttijd kwantitatief uit te drukken', 'we proberen outreach prioriteit te geven', 'voor mobiele begeleiding krijgen we de meeste vragen binnen RTH. Hier is een wachtlijst. De vragen voor dagopvang en verblijf kunnen we meestal vlot opvangen', 'bij ambulante en mobiele begeleiding kan het jaren duren. Outreach kan zeer snel. Dagopvang en verblijf kan indien een zeer kortdurende vraag (bv. een week dagopvang in de vakantie) meestal binnen de paar maanden indien organisatorisch haalbaar, een langdurige vraag heeft vaak een wachttijd van jaren', 'wij bieden enkel groepsbegeleiding aan voor onze cliënten die reeds ambulante of mobiel begeleid worden binnen onze dienst. Zodoende geldt daar geen wachtlijst, de groepsbegeleiding is sporadisch en kadert binnen de lopende begeleidingen', 'groepsbegeleiding wordt enkel aangeboden aan cliënten die in begeleiding zijn', etc.*

**Andere**

*'afhankelijk van in en uitstroom /wijzigingen in OF /reeds gekende cliënt kan wachttijd verschillen', 'heel moeilijk om aan te geven wat de wachttijd is. Is zeer afhankelijk van zorgvraag, woonplaats, dringendheid, ondersteuningsvorm, kennis van de problematiek, etc.', 'zeer moeilijk te bepalen, alles hangt af van de intensiteit van de dossiers en ook van het gegeven of er dossiers stoppen', 'wachtlijst is helemaal dichtgeslibd sinds de invoering van PVF. Ik vermoed dat dit komt omdat personen met een profiel voor budgetcategorie 1 daar geen perspectief hebben waardoor ze zich aanmelden voor een RTH-ondersteuning', 'de wachttijden zijn erg afhankelijk van de regio en van het soort vraag (bv. doelgroep). Ze zijn zeer ruim te interpreteren', etc.*

In vergelijking met de wachtlijsten (63% van de respondenten heeft een wachtlijst), zijn er beduidend minder instroomquota en aanmeldingsstops voor RTH (respectievelijk slechts 5% en 2% van de respondenten). Indien deze worden gehanteerd, is dit vaak in combinatie met een wachtlijst (zie Tabel 62). Meer specifiek rapporteerde een RTH-dienst, ook betrokken bij dit onderzoek als stakeholder, dat wanneer de wachttijd te hoog oploopt, een aantal RTH-diensten een periodieke aanmeldingsstop invoeren. Aangezien er geen perspectief kan worden geboden op ondersteuning binnen een redelijke termijn, zullen cliënten zich niet meer kunnen aanmelden.

Voor (ambulante en mobiele) outreach worden er geen aanmeldingsstops en instroomquota gehanteerd. Instroomquota (en aanmeldingsstops) komen vooral voor bij ambulante en mobiele begeleiding (zie Tabel 65).

Tabel 65 Aanmeldingsstop en instroomquota per RTH-ondersteuningsfunctie\* in 2019

	Aanmeldingsstop		Instroomquota	
	n	%	n	%
Ambulante begeleiding (n= 116)	2	1.72	6	5.17
Mobiele begeleiding (n= 121)	2	1.65	6	4.96
Groepsbegeleiding (n= 57)	0	0	2	3.51
Dagopvang (n= 114)	1	0.88	2	1.75
Verblijf (n= 90)	1	1.11	2	2.22
Mobiele outreach (n= 89)	0	0	0	0
Ambulante outreach (n= 80)	0	0	0	0

\*Op voorwaarde dat de specifieke RTH-ondersteuningsfunctie wordt aangeboden.

Bron: Websurvey, 2019.

De zes diensten die instroomquota hanteren, hebben dit ook verder gespecificeerd. Zie hieronder:

*'als opnamecapaciteit van 1 jaar is bereikt', 'aantal te realiseren punten per afdeling/groep/dienst', 'leeftijd, aanwezigheid van omkadering, crisis, ernst hulpvraag, aanmeldingsdatum', 'bij de opstart van een nieuwe RTH-begeleiding wordt een rits-principe gehanteerd: opstart van een dringende vraag wordt afgewisseld met opstart van de langst wachtende', 'maximaal 11 RTH-begeleidingsmomenten per maand voor mobiele. Dus, indien jongeren elke week gezien worden kunnen maximaal 3 jongeren tegelijk begeleid worden. Indien tweewekelijks 6 jongeren, enzovoort. Voor groepsbegeleiding en ambulante is dit 8,5 RTH-begeleidingsmomenten per maand', 'voor mobiele en ambulante begeleiding zijn de jaarlijkse instroomquota bepaald door het gemiddeld aantal cliënten dat een team (vroegbegeleiding, kinderwerking, adolescentenwerking, volwassenenwerking) kan opnemen per jaar. Voor de functies groepsbegeleiding, dagopvang en verblijf worden de instroomquota bepaald door hoeveel cliënten we voor een bepaalde activiteit kunnen toelaten. Bv. RTH-functie dagopvang en verblijf wordt in onze dienst ingevuld door aanbod van kampen. Voor een kamp is er een maximum aantal cliënten dat toegelaten wordt. Ander bv. voor een cursus (functie groepsbegeleiding) wordt een bepaald aantal deelnemers toegelaten'.*

De 85 diensten met een wachtlijst, aanmeldingsstop of instroomquota konden ook de top 3 van belangrijkste maatregelen ter preventie van het gebruik van een wachtlijst, aanmeldingsstop of instroomquota aangeven (zie Tabel 66). Veruit de belangrijkste maatregelen zijn het samenwerken met reguliere diensten om de zorg te kunnen delen (67% binnen de top 3), het samenwerken met of doorverwijzen naar andere RTH-diensten (53% binnen de top 3).

Tabel 66 De voornaamste maatregelen om wachtlijsten, instroomquota of een aanmeldingsstop voor RTH te voorkomen (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	Binnen top 3		1 <sup>e</sup>		2 <sup>e</sup>		3 <sup>e</sup>	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Samenwerken met reguliere diensten	57	67.06	19	22.35	17	20.73	21	30.00
Samenwerken met of doorverwijzen naar een andere RTH-dienst	45	52.94	20	23.53	13	15.85	12	17.14
Zorgverdunding als algemene maatregel	33	38.82	17	20	12	14.63	4	5.71
Investering in een grondig aanmeldingsgesprek met vraagverheldering	32	37.65	11	12.94	17	20.73	4	5.71
Een scherpere afbakening van de doelgroep	29	34.12	10	11.76	7	8.54	12	17.14
Het RTH-aanbod moduleren waarbij er een kortlopend en laagfrequent aanbod mogelijk is	23	27.06	3	3.53	13	15.85	7	10.00
Enkel ingaan op deelvragen	10	11.76	2	2.35	2	2.44	6	8.57
Andere*	8	9.41	3	3.53	1	1.22	4	5.71
<b>Totaal</b>	<b>&gt;85</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>82</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'om de wachttijden te beperken is een begeleidingstraject beperkt tot 18 maanden (m.u.v. traject inclusief onderwijs en het laagfrequent pakket coördinatie van de zorg)', 'uitbreiding van het aanbod: naast individuele begeleidingen ook een aanbod aan oudertrainingen/groepsbegeleiding voor ouders (impact, thema-avonden) en groepsbegeleiding voor kinderen (rond aanleren van eenvoudige sociale en communicatieve vaardigheden en spel)', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

De 84 diensten die een wachtlijst voor RTH hebben, konden ook aangeven hoe een beschikbare plaats wordt ingevuld (zie Tabel 67). Ongeveer de helft (48%, n= 40) geeft aan dat er gekeken wordt naar de datum van aanvraag en ongeveer twee op de tien (19%, n= 16) geeft aan dat er gekeken wordt naar de



dringendheid van de zorgvraag. Bij het definiëren van een andere optie, geeft 18% (n= 15) aan dat zowel de chronologie als de dringendheid in rekening worden gebracht (dus in totaal houdt ongeveer 66% rekening met de chronologie). Eén op de tien (n= 8) geeft ook aan dat er veel verschillende factoren in rekening worden gebracht, zoals afstemming zorgaanbod op zorgvraag, zorgvorm, woonplaats, mogelijkheid tot doorverwijzing naar andere dienst.

Tabel 67 Hoe een beschikbare plaats op de wachtlijst wordt ingevuld

	n	%
1. Op basis van datum van aanvraag	40	47.62
2. Op basis van de dringendheid van de zorgvraag	16	19.05
3. Andere*, waaronder:	28	33.33
– Combinatie 1 en 2	7	8.33
– Combinatie 1 en 2, met 1 (chronologie) als doorslaggevende factor	5	5.95
– Combinatie 1 en 2, met 2 (dringendheid) als doorslaggevende factor	3	3.57
– Combinatie van verschillende factoren (bv. afstemming zorgaanbod op zorgvraag, zorgvorm, woonplaats, mogelijkheid tot doorverwijzing naar andere dienst, etc.)	8	9.52
<b>Totaal</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'dit wordt individueel bekeken', 'a.d.h.v. de instroomquota krijgt men een cijfer. Het hoogste cijfer met vroegste aanmeldingsdatum komt eerst aan bod', 'op basis van de beschikbare ruimte binnen de doelgroep, op basis van regio vragen', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

## 2.6 Stellingen en beleidsaanbeveling rond wachtlijsten voor RTH

In Tabel 68 staan de vijf stellingen die werden voorgelegd aan de 84 diensten die werken met een wachtlijst voor RTH. Omtrent de stelling 'we zijn op de hoogte of cliënten die bij ons op de wachtlijst staan voor RTH, ook bij andere diensten op de wachtlijst RTH staan' is er geen eensgezindheid aangezien 42% (n= 35) akkoord tot helemaal akkoord gaat en 45% (n= 38) helemaal niet akkoord tot niet akkoord gaat met deze stelling. Ongeveer de helft van de diensten (52%, n= 44) blijkt echter wel regelmatig na te gaan of een zorgvraag van een cliënt bij hen op de wachtlijst voor RTH reeds beantwoord wordt door een andere dienst, tegenover 26% (n= 22) die dit niet doet.

Verder zien we dat 46% (n= 38) van de diensten akkoord tot helemaal akkoord gaat en 37% (n= 31) helemaal niet akkoord tot niet akkoord gaat met de stelling 'wij zouden het een meerwaarde vinden mocht er een Centrale Wachtlijst komen voor RTH'. Een minderheid van de diensten (13%, n= 11) gaat akkoord tot helemaal akkoord met de stelling 'indien er minder personen met een intensieve zorgvraag (nRTH) beroep zouden doen op RTH, dan zou er *geen* wachtlijst zijn'. Een grote meerderheid (70%, n= 58) gaat echter wel akkoord met de meer genuanceerde stelling 'indien er minder personen met een intensieve zorgvraag (nRTH) beroep zouden doen op RTH, dan zou de wachtlijst *korter* zijn'.

Tabel 68 Stellingen met betrekking tot wachtlijsten indien men een wachtlijst heeft voor RTH (n= 84)

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord	Totaal (helemaal) akkoord
1. We zijn op de hoogte of cliënten die bij ons op de wachtlijst staan voor RTH, ook bij andere voorzieningen op de wachtlijst RTH staan	15% (n= 13)	30% (n= 25)	13% (n= 11)	37% (n= 31)	5% (n= 4)	42% (n= 35)
2. We gaan regelmatig na of een zorgvraag van een cliënt die bij ons op de wachtlijst RTH staat, reeds beantwoord wordt door een andere voorziening	5% (n= 4)	21% (n= 18)	21% (n= 18)	46% (n= 39)	6% (n= 5)	52% (n= 44)
3. We zouden het een meerwaarde vinden moest er een Centrale Wachtlijst komen voor RTH*	8% (n= 7)	29% (n= 24)	17% (n= 14)	23% (n= 19)	23% (n= 19)	46% (n= 38)
4. Indien er minder personen met een intensieve zorgvraag (nRTH) beroep zouden doen op RTH, dan zou er <b>geen</b> wachtlijst zijn*	19% (n= 16)	53% (n= 44)	14% (n= 12)	7% (n= 6)	6% (n= 5)	13% (n= 11)
5. Indien er minder personen met een intensieve zorgvraag (nRTH) beroep zouden doen op RTH, dan zou de wachtlijst <b>korter</b> zijn*	5% (n= 4)	13% (n= 11)	12% (n= 10)	52% (n= 43)	18% (n= 15)	70% (n= 58)

\* Missing: n= 1.

Bron: Websurvey, 2019.

Bovenstaande resultaten laten zien dat er toch nog een groot deel (bijna de helft) van de diensten geen overzicht heeft van de lokale, dienst-gebonden wachtlijsten. Meer specifiek beschikken ze niet over informatie m.b.t. wie er op de wachtlijst staat en welke andere diensten een wachtlijst hebben. Of de zorgvraag reeds beantwoord werd, wordt echter wel meer nagegaan dan niet nagegaan. Verder blijkt er geen eensgezindheid te zijn omtrent het eventueel invoeren van een Centrale Wachtlijst voor RTH.

Via een open vraag werd er ook gepeild naar de prioritaire zaken die volgens de diensten (met al dan niet een wachtlijst voor RTH) moeten gebeuren om wachtlijsten te vermijden of te voorkomen. Volgende twee elementen worden frequent vermeld, zie Tabel 69: uitbreiding van RTH (72%, n= 88) en uitbreiding en vlottere doorstroming naar nRTH (30%, n= 37). Andere elementen die aan bod komen, weliswaar in veel mindere mate (ongeveer 2% tot 4% van de diensten): het verhogen van het maximum RTH-punten per cliënt, open-end financiering voor RTH, samenwerking met reguliere diensten, meer inzetten op outreach en een goede opvolging van de RTH-middelen.

Tabel 69 Vrije omschrijving van wat er prioritair moet gebeuren om wachtlijsten te vermijden of te voorkomen (meerdere antwoorden mogelijk, vraag aan iedere dienst gesteld)

	n	%
Uitbreiding RTH: meer erkenning RTH punten op organisatieniveau, uitbreiding van het aanbod RTH, meer middelen, etc.	88	71.54
Vlottere doorstroom van nRTH/PVB, sneller ter beschikking stellen, meer budget vrijmaken voor PVB	37	30.08
Verhogen van het maximum RTH-punten per cliënt	5	4.07
Open-end financiering voor RTH	3	2.44
Samenwerking met reguliere diensten	2	1.63
Meer inzetten op outreach	2	1.63
Goede monitoring van de RTH-middelen	2	1.63
Andere		
<b>Totaal*</b>	<b>&gt;123</b>	<b>&gt;100</b>

\*Missing: n = 10.

Bron: Websurvey, 2019.

Enkele illustraties van nog andere suggesties om wachtlijsten te vermijden of te voorkomen, staan in onderstaand kader:

*'meer ruimte creëren binnen andere gespecialiseerde diensten. Veel van onze cliënten zijn gebaat bij andere ondersteuning op maat (bv. autisme, psychiatrische problematiek). Overal zijn er wachtlijsten bij de gespecialiseerde diensten, deze mensen blijven noodgedwongen binnen RTH ondersteund worden.'*, *'snelle invoering van een regeling rond respijtzorg'*, *'evt. voorschotten op de erkende PP voor RTH per voorziening zodat we niet enkel met onze huidige personeelsbezetting de RTH-vragen kunnen ondersteunen'*, *'meer investeren in trap 2 schoolverlaters BuSO die een PVB aanvragen al iets geven, de druk vanuit die groep (die niet in MFC zat en dus geen aanspraak kan maken op zorgcontinuïteit) is zeer groot'*, *'middelen die nu naar BOB gaan investeren in RTH, RTH zeker niet persoonsvolgend maken, RTH niet als wachtkamer voor PVB, duidelijke afbakening van de functies binnen RTH (psychosociale begeleiding is niet hetzelfde als oppas), misbruik van vermoeden van handicap proberen tegen te gaan door doelgroep afbakening'*, *'meer doorverwijzen van ene RTH dienst naar andere RTH dienst'*, etc.

## 2.7 Financiële eigen bijdrage

De grote meerderheid, meer specifiek 89% (n= 118) van de respondenten vraagt een financiële bijdrage aan de cliënt voor één of meerdere RTH-ondersteuningsfuncties. Met andere woorden 11% (n= 15) vraagt nooit een financiële eigen bijdrage voor RTH (zie Tabel 70).

Tabel 70 Financiële eigen bijdrage voor één of meerdere RTH-ondersteuningsfuncties

	n	%	%*
Ja, voor iedere cliënt geldt dezelfde bijdrage	78	58.65	67.83
Ja, maar niet voor iedere cliënt geldt dezelfde bijdrage	35	26.32	30.43
Ja, maar enkel voor nieuwe cliënten	2	1.50	1.74
Nee	15	11.28	
Andere**	3	2.26	
<b>Totaal</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\* exclusie van de antwoorden 'nee' en 'andere'.

\*\* Omschrijving 'andere': 'de financiële bijdrage wordt bepaald door de normen vanuit het VAPH, mits indexering', 'gezinstarief voor alle personen die op hetzelfde adres verblijven, onafhankelijk van de frequentie', 'de bijdrage zoals omschreven door het VAPH en voor bepaalde activiteiten een kleine bijdrage voor gebruik te maken van de noodzakelijke accommodatie bv. voor het zwemmen kleine bijdrage van 2,5 euro'.

Bron: Websurvey, 2019.

De meerderheid van de diensten vraagt dezelfde bijdrage aan iedere cliënt (59% wat stijgt tot 68% indien exclusie antwoorden 'nee' en 'andere'). Indien men aangeeft dat de eigen bijdrage kan verschillen tussen cliënten (26% wat stijgt tot 30% indien exclusie antwoorden 'nee' en 'andere'), hangt de bijdrage voornamelijk af van de financiële situatie van de cliënt (54%, n= 19) en de specifieke RTH-ondersteuningsfunctie (34%, n= 12), zie Tabel 71.

Tabel 71 Vrije omschrijving van de factoren die de verschillen in financiële eigen bijdrage tussen cliënten bepalen (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
De financiële situatie (sociaal tarief of vrijgesteld van bijdrage)	19	54.29
De RTH-ondersteuningsfunctie	12	34.29
Enkel eigen bijdrage indien BOB of zorgbudget	3	5.57
Andere**	3	5.57
<b>Totaal</b>	<b>&gt;35</b>	<b>&gt;100</b>

\* Omschrijving 'andere': 'er wordt geen bijdrage gevraagd voor (voormalige) Jeugdrechtsbank of OCJ-dossiers', 'cliënten opgestart voor 2017 betalen geen bijdrage', 'gezien wij in verschillende regio's werken is de bijdrage afhankelijk van de afspraken die ooit gemaakt zijn in de ROG's. Sommige regio's zijn gratis, andere betalend'.

Bron: Websurvey, 2019.

Ongeveer 70% van de diensten vraagt een eigen bijdrage voor dagopvang en verblijf indien ze deze ondersteuningsfuncties aanbieden, terwijl dit ongeveer 65% bedraagt voor ambulante/mobiele begeleiding en 54% voor groepsbegeleiding, zie Tabel 72. De gemiddelde maximum bedragen zijn conform aan

de maximale bedragen vooropgesteld door het VAPH<sup>16</sup>, met dus de hoogste bedragen voor dagopvang en verblijf. Toch zijn er een paar diensten die meer vragen aan de cliënt dan de maximale vooropgestelde bedragen, gaande van 1% (voor ambulante begeleiding) tot 20% (voor verblijf) van de diensten.

Tabel 72 Al dan niet financiële eigen bijdrage per RTH-ondersteuningsfunctie\*, gemiddeld maximum, bereik en aandeel meer dan max. tarieven volgens VAPH

	Eigen bijdrage vragen		Gemiddeld maximum in euro	Bereik in euro	Meer dan max. VAPH**	
	n	%			n	%
Ambulante begeleiding (n= 116)	76	65.52	5.52	5-24.5	1	1.32
Mobiele begeleiding (n= 121)	79	65.29	5.55	5-24.5	3	3.80
Groepsbegeleiding (n= 57)	30	53.63	5.43	5-10	1	3.33
Dagopvang (n= 114)	81	71.05	9.92	5-15.23	9	11.11
Verblijf (n= 90)	65	72.22	26.06	5.34-36	13	20.00

\*Op voorwaarde dat de specifieke RTH-ondersteuningsfunctie wordt aangeboden.

\*\* Begeleiding (ambulant, mobiel of groepsbegeleiding) 5.34 euro per sessie, dagopvang 10.15 euro per dag en verblijf 25.53 euro per nacht (maximale bedragen geldig vanaf 1 januari 2019).

Bron: Websurvey, 2019.

Enkele illustraties van de opmerkingen (n= 61) bij de vraag naar financiële eigen bijdrage:

#### De wettelijke bijdragen vragen

'we volgen hier de wettelijk bepaalde EFB met indexering', 'de persoonlijke bijdrage, vastgelegd door het VAPH wordt gevraagd', 'we volgen telkens het officieel tarief en houden rekening met de indexaanpassing', etc.

#### Geen bijdrage voor kortdurende begeleiding of opstart van begeleiding (o.a. intake)

'bij een kortdurende ambulante begeleiding (max 5 sessies) en bij een intake/kennismakingsgesprek wordt niets aangerekend aan de ouders', 'intakes worden geregistreerd maar niet gefactureerd', etc.

#### Bijdrage afhankelijk van de financiële situatie

'er wordt rekening gehouden met de financiële situatie van de cliënt: bij leefloon, collectieve schuldbemiddeling is er geen bijdrage verschuldigd!', 'indien mensen problemen hebben om de bijdrage te betalen gaan we dit bekijken', 'uitzonderingen zijn mogelijk (kansarmoede)', 'voor cliënten die de bijdrage niet kunnen betalen beschikken wij over een solidariteitsfonds. Kansarme cliënten krijgen reductie van 50 % of 100 % van de bijdrage voor maximum 12 maanden. Daarna wordt de situatie geëvalueerd en kan verlenging van vrijstelling persoonlijke bijdrage aangevraagd worden. In totaal gaat dit over ongeveer 5 % van onze cliënten in begeleiding', 'wij vragen geen bijdrage meer per begeleiding om te vermijden dat begeleidingen afgebeld worden omdat er geen 5 euro beschikbaar is. We merken vaak dat de gezinnen die het meest nood hebben aan de meer intensievere begeleiding niet elke keer 5 of 10 euro kunnen betalen. (Een aantal van onze gezinnen leven enkel van uitkering en verhoogde kinderbijslag)', 'sociaal tarief is mogelijk voor ambulante en mobiele begeleiding en groepsbegeleiding. Niet voor dagopvang en verblijf. Sociaaltarief is 50% van de bijdrage. Soms wordt een nulfactuur toegestaan. Steeds na goedkeuring directie', etc.

#### Bijdrage afhankelijk van de ondersteuningsfunctie of leeftijd

'ambulante en mobiele begeleiding komt zelden voor en is hierdoor een extra gratis service', 'in Brussel is er de afspraak onder de RTH aanbieders dat we geen bijdrage vragen voor Mobiele en Ambulante begeleiding en outreach. Dit omwille van de hoge drempel voor de cliënten. Het grootste deel van de doelgroep die we bereiken zou de bijdrage van 5 euro niet kunnen betalen per begeleiding', 'omdat wij veel begeleid werken doen en cliënten voor een begeleiding anders moeten betalen om te werken, is de ondersteuningsvorm 'begeleiding' gratis bij ons', 'voor mobiele begeleiding in kader van begeleid werken, wordt er geen financiële bijdrage gevraagd', 'voor een groepsbegeleiding van 2u wordt

<sup>16</sup> Begeleiding (ambulant, mobiel of groepsbegeleiding) 5.34 euro per sessie, dagopvang 10.15 euro per dag en verblijf 25.53 euro per nacht (maximale bedragen geldig vanaf 1 januari 2019).

*slechts 1u aangerekend', 'voor verblijf is de kostprijs lager voor minderjarigen dan voor meerderjarigen', 'bijdrageverschil is afhankelijk van leeftijd (minder- of meerderjarigen)', etc.*

**Omschrijving kosten**

*'bij groepsbegeleiding, dagopvang en verblijf (kampen), rekenen we een (democratisch) totaalbedrag voor de reeks, gebaseerd op persoonlijke bijdrage en vermeerderd met kosten (drankje, educatief materiaal, ...)', 'daar wij werken over heel Vlaanderen en vrij grote vervoerskosten hebben, vragen wij naast de 5 euro een vervoerskost', 'normaal voorzien we geen vervoer onder RTH. Een enkele keer gebeurt dit maar dan worden er extra vervoerskosten aangerekend', 'voor groepsbegeleiding wordt er een kost voor verplaatsing gevraagd', 'bij mobiele begeleiding wordt er ook een kilometervergoeding aangerekend', etc.*

**Andere**

*'wat ons wel zorgen maakt, is dat de bedragen van RTH hetzelfde gaan blijven als er in nRTH gestart wordt met woon- en leefkosten. De omslag naar woon- en leefkosten heeft gemaakt dat er in de dagondersteuning een veel groter bedrag per dag zal betaald worden (ongeveer 20 EUR), en als je dit dan t.o.v. de RTH bijdrage (10 EUR) zet, is dit wat moeilijk te verklaren. Wat ook met mensen die overgaan van RTH naar nRTH in de dagbesteding, het wordt dan ineens dubbel zo duur? Dit is wat een gek', 'wat vraag je aan gebruikers wanneer je boven de 8 punten ondersteuning biedt?', 'we hanteren de vastgestelde prijzen. Enkel wanneer de gebruiker hierdoor zou afzien van ondersteuning, vragen we geen bijdrage', 'we vragen alleen een financiële bijdrage aan cliënten die een zorgbudget ontvangen', 'wij gebruiken nog de oude dagprijzen i.p.v. de woon en leefkosten', 'veel ouders haken af op de bijdrage voor verblijf', etc.*

Door de diensten die een financiële eigen bijdrage vragen (n= 118) werden verscheidende redenen opgegeven voor het vragen van een eigen bijdrage. De meest aangehaalde reden is het kunnen dekken van een deel van de werkingskosten, zie Tabel 73. Deze reden werd door 77% (n= 91) van diensten aangeduid. Vervolgens duidde ongeveer 45% aan dat een bijdrage positieve gevolgen heeft voor de hulpverlener-cliënt relatie (45%, n= 53) en dat RTH een dienstverlening is dat vergoed dient te worden (43%, n= 51).

Tabel 73 Redenen voor het vragen van een financiële bijdrage aan de cliënt (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
RTH is een dienstverlening en dient vergoed te worden	51	43.22
Positief voor de hulpverlener-cliënt relatie (o.a. motivatie, engagement, niet vrijblijvend, respect)	53	44.92
Belangrijk om een deel van de werkingskosten te dekken	91	77.12
Andere*, waaronder:	11	9.32
– Gelijkheid tussen RTH en nRTH gebruikers	4	3.39
– Zorgbudget/BOB dient naar zorg te gaan	2	1.69
<b>Totaal</b>	<b>&gt;118</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'was afspraak binnen samenwerkingsverband in regio', 'thuisbegeleiding was in de oude regelgeving al betalend', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

Uit Tabel 74 blijkt dat de 15 diensten die aangaven geen financiële eigen bijdrage te vragen dit vooral doen omdat een eigen bijdrage RTH minder toegankelijk maakt (73%, n= 11) en drempelverhogend werkt (33%, n= 5).

Tabel 74 Redenen voor het **niet** vragen van een financiële bijdrage aan de cliënt (meerdere antwoorden mogelijk)

	n	%
Een eigen bijdrage is drempelverhogend	5	33.33
Een eigen bijdrage maakt RTH minder toegankelijk (vooral voor personen met een handicap die een laag inkomen hebben)	11	73.33
Een eigen bijdrage is niet nodig om de werkingskosten te dekken	1	6.67
Andere*	4	26.67
<b>Totaal</b>	<b>&gt;15</b>	<b>&gt;100</b>

\* Omschrijving 'andere': 'is gemeenschappelijke afspraak tussen samenwerkende voorzieningen', 'beperkte inkomsten van ons doelpubliek', 'omdat je aan personen die bij ons arbeidsmatige activiteiten verrichten niet kan vragen om te betalen om (hoe beperkt ook) te komen werken', 'extra werk om deze te innen en betalingen op te volgen weegt niet op tegen de opbrengst'.

Bron: Websurvey, 2019.

## 2.8 Sectorale samenwerkingen met VAPH-voorzieningen of -diensten

Uit de bevraging komt naar voren dat 86% (n= 114) van de respondenten samenwerkt rond RTH met andere VAPH-voorzieningen of -diensten (zie Tabel 75), vooral door verschillende diensten in te zetten voor één persoon (60%, n= 68), RTH-punten uit te wisselen (56%, n= 64) en het RTH-aanbod af te stemmen op elkaar (55%, n= 63), zie Tabel 76.

Tabel 75 Sectorale en intersectorale samenwerkingen volgens grootte van de voorziening

	(Erg) kleine RTH-aanbieders (< 90 punten)		Middelmatige RTH-aanbieder (< 275 punten)		(Erg) grote RTH-aanbieder (>275 punten)		Totaal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Niet inter- en sectoraal samenwerken	2	4.35	0	0	3	7.50	6	4.51
Enkel sectoraal	3	6.52	3	8.57	1	2.50	8	6.02
Enkel intersectoraal	5	10.87	3	8.57	4	10.00	13	9.77
Combinatie inter- en sectoraal samenwerken	36	78.26	29	82.86	32	80.00	106	79.70
<b>Totaal</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Bron: Websurvey, 2019.

Tabel 76 Op welke manier wordt er rond RTH samengewerkt met andere VAPH-voorzieningen of -diensten (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	n	%
Inzet van RTH van verschillende diensten voor één persoon	68	59.65
Uitwisseling van RTH-punten	64	56.14
Het RTH-aanbod afstemmen op elkaar	63	55.26
Expertisedeling en outreach	51	44.74
Gedeeld aanmeldingssysteem	38	33.33
Gemeenschappelijk casusoverleg	33	28.95
Andere*	9	7.89
<b>Totaal</b>	<b>&gt;114</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'gemeenschappelijke groepsbegeleiding', 'doorverwijzing', 'projectmatig samenwerkingsverband: bundelen van RTH-punten en omzetten naar Jongerenwelzijn NAFT', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

De diensten (n= 114) werken voornamelijk samen met andere VAPH-voorzieningen of -diensten om cliënten de beste zorgen op maat te kunnen bieden (64%, n= 75), zie Tabel 77. Het uitbouwen van een sterk lokaal netwerk (19%, n= 22) en het vlotter kunnen doorverwijzen (11%, n= 12) werden in mindere mate werden aangehaald als de belangrijkste reden voor een sectorale samenwerking.

Tabel 77 De belangrijkste reden om samen te werken rond RTH met andere VAPH-voorzieningen of -diensten

	n	%
Zodat er een sterk lokaal netwerk wordt uitgebouwd rond RTH	22	19.47
Zodat er een vlotte doorverwijzing mogelijk is	12	10.62
Zodat cliënten de beste zorgen op maat kunnen krijgen en dit eventueel bij verschillende voorzieningen	72	63.72
Andere**	7	6.18
<b>Totaal*</b>	<b>113</b>	<b>100</b>

\* Missing: n = 1.

\*\* Voorbeelden van 'andere': 'zodat cliënt zich niet verschillende keren moet aanmelden bij een RTH-dienst', 'administratieve afwikkeling', 'regionale samenwerking, gedeelde expertise', 'zodat er geen punten verloren gaan', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

Ongeveer vier op de vijf diensten (84%, n= 94) zijn (zeer) tevreden van de sectorale samenwerking rond RTH (met een gemiddelde van 3.96 op een schaal van 1 tot 5), zie Tabel 78. Ongeveer vier op de vijf diensten die sectoraal samenwerken (83%, n= 92), doen dit vooral structureel vaker. Voor ongeveer één tiende (11%, n= 12) hangt de duur van de sectorale samenwerking af van andere factoren waaronder de zorgvraag van de cliënt en voor een beperkt aantal diensten (6%, n= 7) is de sectorale samenwerking vooral éénmalig (niet in een tabel).

Tabel 78 Beoordeling tevredenheid samenwerking rond RTH met VAPH-voorzieningen of -diensten

	n	%
1. Zeer ontevreden	2	1.79
2. Ontevreden	0	0
3. Neutraal	16	14.29
4. Tevreden	77	68.75
5. Zeer tevreden	17	15.18
<b>Totaal (zeer) tevreden</b>	<b>94</b>	<b>83.93</b>
<b>Totaal*</b>	<b>112</b>	<b>100</b>
<b>Gemiddelde</b>	<b>3.96</b>	
<b>Mediaan</b>	<b>4</b>	

\*Missing: n = 2.

Bron: Websurvey, 2019.

We hebben ook gepeild naar de redenen voor het *niet* samenwerken rond RTH met andere VAPH-voorzieningen of -diensten. De 16 diensten die niet sectoraal samenwerken rapporteren verscheidende redenen hiervoor en elke reden wordt ongeveer evenveel aangehaald. Zo blijkt uit Tabel 79 dat naast het (nog) geen contact te hebben opgenomen (37%, n= 7), het inzetten op de eigen positie in het RTH-landschap (32%, n= 6) en een gebrek aan tijd of middelen (26%, n= 5) ook meespelen.



Tabel 79 Redenen waarom er **niet** wordt samengewerkt rond RTH met andere VAPH-voorzieningen of -diensten (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	n	%
(Nog) geen initiatief genomen en (nog) niet gecontacteerd geweest	7	36.84
Inzetten op eigen positie in het RTH-landschap	6	31.58
(Nog) geen tijd of middelen voor	5	26.32
Een beperkt aanbod van VAPH- voorzieningen of -diensten in de regio	1	5.26
Een beperkt netwerk en beperkte contacten met andere VAPH- voorzieningen of -diensten	0	0
Andere*	7	36.84
<b>Totaal</b>	<b>&gt;19</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'we hebben voor onze doelgroep zelf reeds een heel breed aanbod', 'de samenwerking was niet langer een meerwaarde', 'mogelijk op termijn samenwerking andere VZA om aanbod uit te breiden naar mobiele of ambulante begeleiding', 'nog geen cliënt met deze vraag', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

## 2.9 Intersectorale samenwerkingen

Gelijkaardig aan de bevindingen voor sectorale samenwerkingen, rapporteert 89% (n= 119) van de diensten intersectorale samenwerkingen. Een op de tien (10%, n= 13) diensten werkt enkel met andere sectoren samen (en niet andere VAPH-voorzieningen of -diensten), terwijl vier op de vijf (n= 106) diensten zowel intersectoraal als sectoraal samenwerken. Slechts 5% (n= 6) werkt niet samen met andere diensten, zowel binnen als buiten de sector (zie Tabel 75 in deel 2.8).

De sectoren waar men mee samenwerkt zijn zeer divers, maar toch wordt er vooral samengewerkt met scholen (en CLB's), psychiatrische diensten/ziekenhuizen, OCMW, DMW van mutualiteiten, CAW, CGG en diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (in dalende volgorde van 72% tot 59%), zie Tabel 80.

Tabel 80 Sectoren waarmee wordt samengewerkt rond RTH (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	n	%
Scholen (en CLB's)	86	72.27
Psychiatrische diensten / ziekenhuizen	83	69.75
OCMW	83	69.75
Dienst maatschappelijk werk (DMW) van mutualiteiten	76	63.87
CAW	75	63.03
Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG)	74	62.18
Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg	70	58.82
Vrijwilligers	64	53.78
Mantelzorgers	59	49.58
Zelfstandige (para) medici	59	49.58
Organisaties of voorzieningen van Jongerenwelzijn	58	48.74
Buurtwerkingen, armoedeverenigingen en andere laagdrempelige basisvoorzieningen	48	40.34
Sociale Huizen	45	37.82
Kind en Gezin	45	37.82
Kinderopvang	44	36.97
Woonzorgcentra	44	36.97
Revalidatiecentra	42	35.29
Sportclub	38	31.93
Huizen van het Kind	30	25.21
Jeugdbeweging	25	21.01
Opvoedingswinkels	25	21.01
Gevangenis	21	17.65
Cultuursector	20	16.81
Andere*	15	12.61
<b>Totaal</b>	<b>&gt;119</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'ELZ (eerstelijnszone)', 'mobiel team GGZ', 'maatwerkbedrijf', 'sociale economie', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

De voornaamste reden dat wordt aangehaald door de diensten (n= 119) om met andere sectoren rond RTH samen te werken is om cliënten zo maximaal mogelijk te helpen (58%, n= 68). Op de tweede plaats wordt het streven naar een inclusieve samenleving (vermaatschappelijking van de zorg) (23%, n= 27) als belangrijkste motivatie voor intersectorale samenwerkingen aangehaald (zie Tabel 81).

Tabel 81 Belangrijkste reden om samen te werken rond RTH met andere sectoren

	n	%
Zodat niet-handicapspecifieke hulp gemakkelijk naast handicapspecifieke hulp kan worden aangeboden aan cliënten	16	13.56
Zodat er gestreefd wordt naar een inclusieve samenleving (vermaatschappelijking van de zorg)	27	22.88
Zodat de verantwoordelijkheid van de zorg gedeeld wordt door verschillende sectoren	7	5.93
Zodat cliënten zo maximaal mogelijk kunnen worden geholpen	68	57.63
Andere	0	0
<b>Totaal*</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

\* Missing: n = 1.

Bron: Websurvey, 2019.

77% (n= 90) van de diensten is (zeer) tevreden van de intersectorale samenwerking rond RTH (met een gemiddelde van 3.84 op een schaal van 1 tot 5), zie Tabel 82. Ongeveer vier op de vijf diensten (81%, n= 95) die intersectoraal samenwerken werken doen dit vooral structureel vaker. Voor ongeveer één tiende (9%, n= 11) is de intersectorale samenwerking voornamelijk éénmalig en voor één tiende (10%, n= 12) hangt de duur van de samenwerking af van andere factoren waarbij de zorgvraag van de cliënt als meest aangehaalde factor werd omschrijven (niet in een tabel).

Tabel 82 Beoordeling tevredenheid samenwerking rond RTH met andere sectoren

	n	%
1. Zeer ontevreden	0	0
2. Ontevreden	0	0
3. Neutraal	27	23.08
4. Tevreden	82	70.09
5. Zeer tevreden	8	6.84
<b>Totaal (zeer) tevreden</b>	<b>90</b>	<b>76.93</b>
<b>Totaal*</b>	<b>117</b>	<b>100</b>
<b>Gemiddelde</b>	<b>3.84</b>	
<b>Mediaan</b>	<b>4</b>	

\* Missing: n = 2.

Bron: Websurvey, 2019.

We hebben ook gepeild naar de redenen voor het *niet* samenwerken rond RTH met andere sectoren, zie Tabel 83. De 14 diensten die niet intersectoraal samenwerken halen hiervoor verscheidende redenen aan. Zo blijkt dat naast het (nog) geen contact te hebben opgenomen (64%, n= 9), ook het inzetten op de eigen positie in het ondersteuningslandschap (36%, n= 5) en een gebrek aan tijd of middelen (29%, n= 4) meespelen. Twee diensten (14%) geven ook een beperkt netwerk met andere sectoren (ook) als reden op.

Tabel 83 Redenen waarom er **niet** wordt samengewerkt rond RTH met andere sectoren (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	n	%
(Nog) geen initiatief genomen en (nog) niet gecontacteerd geweest	9	64.29
Inzetten op eigen positie in het ondersteuningslandschap	5	35.71
(Nog) geen tijd of middelen voor	4	28.57
Een beperkt netwerk en beperkte contacten met andere sectoren	2	14.29
Andere*	3	21.43
<b>Totaal</b>	<b>&gt;14</b>	<b>&gt;100</b>

\* Voorbeelden van 'andere': 'samenwerking en naambekendheid is iets waar we in de nabije toekomst extra zullen op inzetten', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

## 2.10 Stellingen en vrije omschrijving sterktes, knelpunten en beleidssuggesties

In de websurvey werd er ook gepeild naar de mate waarin de diensten akkoord gaan met 23 stellingen met betrekking tot RTH via een 5-punten schaal (d.i. helemaal niet akkoord, niet akkoord, neutraal, akkoord en helemaal akkoord), zie de tabellen in bijlage 8.

Uit deze bevraging komen een aantal positieve zaken naar voren, zo gaat de grote meerderheid van de diensten (helemaal) akkoord dat RTH flexibel (gemakkelijk verschillende RTH-ondersteuningsfuncties kunnen combineren) (80%, n= 105) en laagdrempelig (89%, n= 116) is, er geen lange procedures aan vooraf gaan (91%, n= 119) en slechts een beperkte administratie nodig is (76%, n= 99).

Verder vindt slechts 18% (n= 24) van de diensten dat personen met een minder intensieve en/of laagfrequente zorgvraag minder aan bod komen omwille van een oververtegenwoordiging van personen met een meer intensieve en/of hoogfrequente zorgvraag. Slechts een kwart van de diensten (25%, n= 33) vindt dat de ondersteuningsvraag moeilijk in te schatten is en een nog kleinere groep (10% tot 17%) vindt vanuit efficiëntie-oogpunt dat het beter is om alle ondersteuning voor één cliënt vanuit één dienst aan te bieden.

Andere positieve zaken die worden aangehaald, weliswaar in minder sterke mate, zijn dat RTH toegankelijk is (68%, n= 89) en RHT iedereen met (een vermoeden van) een handicap een kans op ondersteuning geeft (67%, n= 88).

De negatieve zaken die naar voren komen, zijn dat ongeveer drie vierde (72%, n= 94) aangeeft dat er lange wachttijden zijn voor RTH en hiermee samenhangend vindt minder dan de helft (40%, n= 52) dat RTH snel kan worden opgestart. Slechts 27% (n= 35) van de diensten vindt dat RTH voldoende is voor de meerderheid van de cliënten.

Daarnaast vindt 65% (n= 84) van de diensten dat de overstap van RTH naar nRTH moeilijk is. Uit de open bijvraag waarom en voor wie deze overstap moeilijk is (zie Tabel 84), komt naar voren dat de moeilijke overstap te wijten is aan de lange wachttijden en de lange en omslachtige procedure. Het is voornamelijk een moeilijke overstap voor cliënten met een minder goed netwerk, met een bepaalde problematiek of binnen de laagste prioriteitengroepen.

Tabel 84 Vrije omschrijving waarom en voor wie overstap van RTH naar nRTH moeilijk is (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	n	%
Omwille van lange wachttijden (Voorbeeld: 'het kan enorm lang duren er de persoon effectief het budget krijgt')	32	38.10
Omwille van en lange, omslachtige procedure (Voorbeeld: 'voor iedereen o.w.v. de lange en ingewikkelde procedure. Zeker voor mensen in kwetsbare situaties die het zelf heel moeilijk kunnen begrijpen')	18	21.43
Voor cliënten met een minder goed netwerk, met een bepaalde problematiek (Voorbeeld: 'procedure is moeilijk, intensief en voor velen van de zwakkere sociale klasse waar geen netwerkfiguren zijn die dit willen/kunnen opnemen. Deze mensen houden het traject vaak niet vol wat hen kansen ontnemt, maar net een deel van hun beperking bepaalt')	11	13.10
Voor de laagste prioriteitengroepen (Voorbeeld: 'voor alle mensen die nood hebben aan een intensere ondersteuning maar voor wie de noodprocedure of MANO niet kan worden ingeroepen. Zij belanden zo in prioriteitengroep 2 of 3')	10	11.90
Omwille van een beperkte toewijzing naar nRTH en beperkte capaciteit nRTH (Voorbeeld: 'vanwege te beperkte toewijzing van PVBs')	8	9.52
Een intensievere nood aan ambulante/mobiele begeleiding niet altijd voldoende voor nRTH (Voorbeeld: 'wij stellen vast dat intensieve ambulante/mobiele psychosociale ondersteuning niet voldoende weegt om een PVB te krijgen')	6	7.14
Andere (Voorbeelden: 'voor iedereen die geen PVB heeft is dit onmogelijk', 'moeilijk wegens de lange wachtlijsten voor de doelgroep GES en ASS', 'het feit dat je geen ondersteuning meer kan bieden aan de cliënt waar je een lang traject mee hebt afgelegd is voor beide partijen moeilijk. Dat maakt de overstap niet gemakkelijk. Via omwegen proberen we er een mouw aan te passen en de cliënt tijdelijk nog te begeleiden maar dit is niet altijd makkelijk')		
<b>Totaal</b>	<b>&gt;84</b>	<b>&gt;100</b>

Bron: Websurvey, 2019.

Met betrekking tot de RTH-middelen komt ook duidelijk naar voren dat bijna iedere dienst (91%, n= 119) vindt dat er binnen hun dienst onvoldoende middelen zijn. Hiermee samenhangend geeft 88% (n= 115) aan dat de vraag naar RTH groter is dan het aanbod binnen hun dienst. Ongeveer de helft (52%, n= 68) van de diensten geeft aan dat RTH de werkdruk verhoogt binnen hun dienst. Uit de opmerkingen bij stelling 17 rond de werkdruk, komt naar voren dat er veel RTH-cliënten zijn per begeleider en er veel flexibiliteit wordt gevraagd van de begeleiders (bv. geregeld nieuwe cliënten, lange verplaatsingstijd).

De stelling dat algemene bekendheid van RTH ontbreekt wordt door een minderheid bevestigd, meer specifiek 28% (n= 37) van de diensten. Niettegenstaande geven ongeveer drie op de vijf diensten (64%, n= 82) aan dat RTH wel onvoldoende bekend is bij personen in maatschappelijk kwetsbare situaties (o.a. armoede, migratieachtergrond, etc.). Uit de open bijvraag bij wie de bekendheid van RTH ontbreekt, worden echter niet enkel de (kwetsbare) gebruikers (cliënten en hun netwerk) vermeld maar ook eerstelijnsdiensten en reguliere diensten, zie Tabel 85.

Tabel 85 Vrije omschrijving bij wie de bekendheid van RTH ontbreekt (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	n	%
Gebruikers (cliënten en hun netwerk) <i>(Voorbeeld: 'Het is een beperkte groep van mensen die zich bewust zijn dat zij recht hebben op RTH, laat staan dat ze dan al weten wat dit feitelijk betekent. Mensen komen als basis 'ondersteuning' vragen')</i>	14	37.84
Eerstelijns diensten en reguliere diensten <i>(Voorbeeld: 'vele diensten - te weinig doorverwijzingen een promo campagne zou kunnen helpen')</i>	13	35.14
Kwetsbare groepen <i>(Voorbeeld: 'kwetsbare mensen zoals mensen met een (vermoeden van) een beperking die leven in armoede zijn vaak niet op de hoogte van de hulpverlening waar ze recht op hebben of beroep op kunnen doen. Hetzelfde geldt voor mensen die op het platteland wonen en die geen contacten hebben met andere diensten of hulpverleners. Ook mensen die niet beschikken over digitale middelen zijn vaak niet op de hoogte van bepaalde hulpverlening')</i>	3	8.11
Andere <i>(Voorbeeld: 'doorverwijzers, algemene gezondheidszorg (revalidatie, artsen, ...')</i>		
<b>Totaal</b>	<b>&gt;37</b>	<b>&gt;100</b>

Bron: Websurvey, 2019.

De antwoorden op de stellingen met betrekking tot de RTH-ondersteuningsfunctie outreach tonen aan dat slechts 9% (n= 12) vindt dat outreach sinds het PVF-systeem in een stroomversnelling is gekomen en slechts een kwart (25%, n= 32) vindt dat outreach kan gezien worden als een opstap naar een samenwerkingsverband tussen diensten. Er wordt ook door 45% (n= 58) van de voorzieningen aangegeven dat men minder kan inzetten op outreach omdat men een druk ervaart om de punten in te zetten op ondersteuningsfuncties gericht aan cliënten. Eerder kwam al aan bod dat men omwille van deze reden geen outreach registreert (zie sectie 2.2.1 Onderregistratie van RTH in 2018).

In een open vraag werd er in de websurvey ook gepolst naar de sterktes van RTH. Uit Tabel 86 komt opnieuw naar voren dat RTH snel kan worden ingezet, laagdrempelig en flexibel is en er weinig complexe administratie aan vooraf gaat. Echter aangaande het snel en vlot op korte termijn kunnen inzetten van RTH, wordt er heel vaak de opmerking gegeven dat dit enkel in theorie zo is (en dus niet in de praktijk) of enkel indien er voldoende aanbod is (uitbreiding RTH-middelen nodig) en er geen lange wachlijsten zijn. Andere sterktes van RTH die werden aangehaald, weliswaar in mindere mate, zijn onder andere het niet moeten doorlopen van lange procedures, het toegankelijk zijn, het bieden van zorg op maat, het hanteren van een ruime doelgroep (d.i. een vermoeden van een handicap is voldoende), het preventieve karakter, zorgverdunding, het versterken van het netwerk (en cliënt), inclusie, etc.

Tabel 86 Vrije omschrijving van de sterke punten van RTH (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	n	%
Snel, vlot en op korte termijn in te zetten <b>MAAR</b> hierbij vaak vermeld: in theorie of in principe, indien voldoende aanbod (uitbreiding) en geen lange wachtlijsten	57	45.60
Laagdrempelig	51	40.80
Flexibel	41	32.80
Weinig complexe administratie nodig	38	30.40
Geen (lange) procedure moeten doorlopen	18	14.40
Toegankelijk	18	14.40
Zorg op maat	11	8.80
Vermoeden van een handicap is voldoende (ruime doelgroep)	10	8.00
Combineerbare ondersteuningsfuncties	9	7.20
Preventief	8	6.40
Veel personen tegelijk kunnen behandelen (zorgverdunding)	8	6.40
Tijdelijke overbrugging tijdens het wachten op een budget (nRTH)	8	6.40
Versterkt het netwerk (en de cliënt)	8	6.40
Veel mogelijkheden naar samenwerking	7	5.60
Weinig regelgeving	6	4.80
Eerste kennismaking met handicapspecifieke hulp/zorgvoorziening	4	3.20
Inclusie/vermaatschappelijking	4	3.20
Goedkoop (voor cliënt/overheid)	3	2.40
Vraaggestuurd	3	2.40
Outreach	3	2.40
Andere**		
<b>Totaal*</b>	<b>&gt;125</b>	<b>&gt;100</b>

\* Missing: n= 8.

\*\* Voorbeelden van 'andere': 'het niet moeten doorlopen van de pvb-aanvraag', 'mensen met een lage ondersteuningsnood kunnen op deze manier begeleiding krijgen', etc.

Bron: Websurvey, 2019.

In een open vraag werd er in de websurvey ook gepolst naar de knelpunten van RTH. Door ongeveer drie op de vijf (60%, n= 75) diensten worden de beperkte capaciteit/aanbod/RTH-middelen aangehaald. Dit blijkt veruit het belangrijkste knelpunt te zijn (zie Tabel 87). Vervolgens komen volgende knelpunten (in dalende volgorde) aan bod: de wachtlijsten, de 8-puntenregel per cliënt per jaar en RTH als wachtkamer voor nRTH. Aangaande de 8-puntenregel per cliënt, werd er vaak aangegeven dat dit voor bepaalde cliënten soms te weinig is, bijvoorbeeld tijdens crisissituaties. Deze opmerking werd ook al eerder aangehaald door de diensten tijdens de bevraging van de 8-puntenregel (zie sectie 3.1 Aantal RTH-punten per cliënt per jaar). Andere knelpunten van RTH die werden aangehaald, weliswaar in mindere mate, zijn de werkdruk, het niet doelgroepspecifiek werken, de te beperkte definitie van outreach, de onbekendheid van RTH, het te prijzig zijn voor de cliënt, etc.

Hieronder worden nog andere aangehaalde knelpunten geïllustreerd:

*'ingewikkelde procedures om punten onderling uit te wisselen', 'vaak doorstroming/doorverwijzing dagopvang/verblijf/vakantiewerking is bijna niet mogelijk in de praktijk', 'veel vragen', 'niet beantwoorde nRTH schuift vaak door naar RTH', 'kennen we de cliënten soms minder goed of komen cliënten te weinig frequent om een lange termijn processen te gaan', 'afstemming bij de verschillende aanbieders', 'de cliënten kunnen zich soms moeilijk inpassen in een bestaande groep. hun integratie duurt logisch gezien langer dan iemand die vaker aanwezig is', 'voor voorzieningen: extra belasting in verhouding tot middelen', 'te weinig punten (36 dagen en nachten) in vergelijking met het vroegere kortverblijf (92 dagen en nachten) wordt beschouwd als een doekje voor het bloeden bij mensen die meer hulp nodig hebben', etc.*

Tabel 87 Vrije omschrijving van de knelpunten van RTH (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	n	%
Beperkt aanbod, capaciteit en te weinig RTH-middelen	75	59.52
Wachlijsten	49	38.89
8 punten per cliënt per jaar (soms, tijdens crisissituaties, etc.) te weinig	30	23.81
Vaak RTH om wachtlijst nRTH op te vangen	16	12.70
Werkdruk	9	7.14
Niet doelgroepspecifiek werken	9	7.14
Outreach heeft een te beperkte definitie	3	2.38
Inflexibel	3	2.38
Nog te onbekend	3	2.38
Prijzig voor cliënt	2	1.59
Financiering RTH achteraf	2	1.59
Verschillende invulling RTH	2	1.59
Veel administratie	2	1.59
Andere**		
<b>Totaal*</b>	<b>&gt;126</b>	<b>&gt;100</b>

\* Missing: n= 7.

\*\* zie omschrijving van 'andere' knelpunten in het kader onder de tabel.

Bron: Websurvey, 2019.

Tot slot kregen de diensten de mogelijkheid om zelf algemene suggesties voor het beleid rond RTH te formuleren, zie Tabel 88. Ongeveer drie op de vijf diensten (62%, n= 71) geven aan dat een uitbreiding van de RTH-middelen/de RTH-capaciteit wenselijk is. Vervolgens wordt door ongeveer een kwart (27%, n= 31) van de diensten aangehaald dat een vlottere doorstroom naar nRTH, het sneller toekennen van de budgetten binnen nRTH en meer middelen in nRTH ook het beleid en de werking rond RTH verder zouden vooruithelpen. RTH en nRTH kunnen op die manier worden beschouwd als twee 'communicerende vaten'. Daarnaast haalt ongeveer een kwart (24%, n= 27) van de diensten aan dat het meer mogen inzetten dan 8 RTH-punten door de cliënt een goede zaak zou zijn. Hierbij wordt opnieuw aangegeven dat een hoger maximum best flexibel wordt ingezet, namelijk enkel tijdelijk of indien aan bepaalde criteria wordt voldaan of in uitzonderlijke situaties (bv. crisissituaties, tijdens het wegvallen van het netwerk, etc.).

Andere beleidssuggesties die worden aangehaald, weliswaar in mindere mate, zijn het wegwerken van de wachtlijsten (voornamelijk door uitbreiding van RTH en/of nRTH), het aansturen op samenwerking



met reguliere diensten en andere sectoren, het tegengaan van versnippering van de RTH-middelen, het opvolgen en controleren van RTH-middelen, etc. Hieronder worden nog andere aangehaalde beleidssuggesties geïllustreerd:

*'een organisatie zelfstandig laten beslissen hoe ze flexibel kunnen inspelen met RTH - nRTH binnen eigen organisatie', 'maak RTH ook toegankelijk voor pvb cliënten (cf. systeem respijtzorg): zorgt er voor dat cliënten geholpen kunnen worden bij crisissituaties', 'maak a.u.b. geen combinaties (meer) tussen RTH en nRTH. dergelijke maatregel zou de transparantie van de persoonsvolgende financiering vertroebelen', 'erkenning volgens effectieve prestaties', 'uitbreidingsbeleid met oog voor kwetsbare doelgroepen en zichtbaar maken van de wachtlijsten (zonder deze te centraliseren en coördineren)', 'dringend werk maken van een of andere vorm van registratie van wachtenden', 'absoluut geen centrale registratie, centrale wachtlijst of dito controle reflex', 'bij niet op tijd afmelden begeleiding toch (deels) kunnen registreren', 'administratie transparanter maken bv. registratiesystemen op elkaar afstemmen, duidelijkheid rond gebruikte punten naar verschillende betrokken RTH diensten', 'het begrip outreach zoals het nu geformuleerd is door het VAPH dient versoepeld te worden zodat het flexibel kan ingezet worden in het delen van expertise met andere zorgpartners', 'uitbreiding van de definitie van outreach: elke vorm van handicapspecifieke ondersteuning van andere ondersteuners zou outreach moeten zijn', etc.*

Tabel 88 Vrije omschrijving van de suggesties voor het beleid (meerdere antwoorden mogelijk, geordende weergave)

	n	%
Uitbreiding RTH-middelen/ capaciteit RTH	71	62.28
Vlottere doorstroom naar nRTH, sneller toekennen van de budgetten, meer middelen in nRTH, etc.	31	27.19
Meer punten RTH per cliënt per jaar MAAR soms enkel tijdelijk, indien aan bepaalde criteria, in uitzonderlijke situaties (bv. crisis, wegvallen van netwerk, etc.)	27	23.68
Wachtlijsten RTH wegwerken (voornamelijk door in te zetten op uitbreiding RTH en/of nRTH)	7	6.14
Aansturen op samenwerking met reguliere diensten, met andere sectoren	4	3.51
Budget voor BOB investeren in RTH en/of nRTH	4	3.51
Doelgroepspecifiek werken en/of financieren	4	3.51
Meer bekendmaking van RTH	4	3.51
Versnippering van RTH middelen tegengaan	4	3.51
Open-end financiering van RTH	3	2.63
Opvolging/controleren van inzet van RTH middelen	3	2.63
Anderes**		
<b>Totaal*</b>	<b>&gt;114</b>	<b>&gt;100</b>

\* Missing: n= 19.

\*\* zie omschrijving andere knelpunten in kader boven de tabel.

Bron: Websurvey, 2019.

### 3 Samenvatting

#### 3.1 Aanbod

Ongeveer 26 000 cliënten hebben beroep gedaan op RTH in 2018 en hiervoor werden 71 581 RTH-punten ingezet. Bijna alle (99%) ingezette RTH-punten gingen naar de ondersteuning gericht aan cliënten (bijgevolg ging 1% naar outreach) en deze ondersteuning bestond uit 300 129 begeleidingen, 91 239 dagen en 11 833 nachten opvang.

De meeste RTH-punten gingen naar mobiele begeleiding (76%, 249 029 prestaties) en op de tweede plaats stond dagopvang (11%, 91 239 prestaties), hoewel mobiele begeleiding duidelijk op kop stond. De minste RTH-punten gingen naar outreach (1%, 4 173 prestaties), wat kan worden verklaard door een lager aanbod, een mogelijke onderregistratie van outreach en dat het vaak om éénmalige kortdurende ondersteuning gaat. De ondersteuningsfuncties ambulante begeleiding (7%, 34 361 prestaties), groepsbegeleiding (2%, 16 739 prestaties) en verblijf (2%, 11 833 prestaties) werden in 2018 ook beduidend minder ingezet dan mobiele begeleiding en dagopvang.

Als er wordt gekeken naar het aantal penhouders/RTH-aanbieders die in 2018 minstens één prestatie hebben geleverd voor een bepaalde ondersteuningsfunctie, dan lag het aanbod het hoogst voor mobiele begeleiding (87%), dagopvang (88%) en ambulante begeleiding (76%). Vervolgens heeft 65% van de penhouders verblijf aangeboden, 39% outreach en 22% groepsbegeleiding. Deze objectieve administratieve gegevens werden ook gerepliceerd door de gegevens uit de websurvey, waarbij de diensten aangaven dat hun aanbod van (mobiele/ambulante) begeleiding en dagopvang in 2019 veel hoger ligt dan het aanbod van groepsbegeleiding, verblijf en (mobiele/ambulante) outreach. Niettegenstaande zien we dat het aandeel diensten dat in de websurvey aangaven ambulante begeleiding, outreach of groepsbegeleiding aan te bieden in 2019, hoger ligt dan het aandeel penhouders dat effectief deze ondersteuningsfuncties hebben gepresteerd in 2018 (administratieve data).

Verschillen tussen de diensten omtrent het aanbod van de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties lijken samen te hangen met een aantal factoren, waaronder de leeftijdsgroep waarvoor RTH wordt aangeboden, de soort dienst (de klassieke voormalige erkende zorgvormen) en de grootte van de dienst (erkende RTH-capaciteit). Uit de websurvey kwam naar voren dat 49% van de diensten RTH aanbiedt in 2019 aan zowel meerder- als minderjarigen, 45% enkel aan meerderjarigen en slechts 6% enkel aan minderjarigen. Nu blijkt dat het aanbod van outreach en verblijf hoger is bij diensten met een aanbod aan minderjarigen (en eventueel meerderjarigen) dan bij diensten met een aanbod aan enkel meerderjarigen. Hierbij aansluitend hadden penhouders met een erkenning van MFC (al dan niet gecombineerd met FAM) een hoger aanbod van outreach dan penhouders met enkel een erkenning van FAM (administratieve data).

Met betrekking tot de soort dienst, vinden we dat het aanbod dagopvang hoger is dan het aanbod begeleiding (dat nog altijd hoog is) voor tehuizen niet-werkenden, dagcentra en internaten. Het omgekeerde geldt (aanbod begeleiding hoger dan het aanbod dagopvang/verblijf) voor begeleid wonen en thuisbegeleidingsdiensten. Het hoogste aanbod outreach komt voor bij (semi-)internaten, begeleid wonen en thuisbegeleidingsdiensten.

Wat betreft de grootte van de diensten qua RTH-capaciteit vinden we dat het aanbod van begeleiding en outreach lager is bij erg kleine (< 35 erkende punten) en kleine diensten (< 90 erkende punten) dan bij middelmatige, grote of erg grote diensten. Terwijl het aanbod dagopvang juist wat lager is bij grote

(tussen 275 en 582 erkende punten) en erg grote (> 582 erkende punten) diensten dan bij kleinere diensten. Deze bevindingen werden gevonden zowel in de administratieve als in de websurvey data.

Uit de websurvey kwam naar voren dat de diensten de combinatie 'begeleiding + dagopvang + verblijf' (62%) het meeste aanbieden in 2019 aan cliënten. Vervolgens komen 'begeleiding + dagopvang' (17%) en 'enkel begeleiding' (14%) het meeste aan bod. De volgende drie combinaties komen (bijna) niet voor (<3%): 'enkel verblijf', 'begeleiding + verblijf' en 'enkel dagopvang'. Hieruit kan worden afgeleid dat indien er dagopvang of verblijf wordt aangeboden er ook bijna altijd begeleiding wordt aangeboden.

In de administratieve data werden er ook regionale verschillen gevonden in het aanbod van RTH. Zo werden er, ten opzichte van het bevolkingsaantal, meer cliënten geholpen in Antwerpen en West-Vlaanderen (in West-Vlaanderen lag de erkende RTH-capaciteit verhoudingsgewijs ook hoger) en minder cliënten in Hoofdstedelijk Gewest Brussel (waar de erkende RTH-capaciteit verhoudingsgewijs veel lager lag) en Vlaams-Brabant. Aangezien het aandeel diensten met een wachtlijst voor RTH hoger is in Antwerpen en lager is in Vlaams-Brabant kan een verschil in de grootte van de vraag naar RTH ook meespelen in het verklaren van deze regionale verschillen.

Met betrekking tot de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties werden er ook regionale verschillen gevonden in het aandeel geleverde RTH-prestaties. Zo was het aandeel RTH-prestaties voor mobiele begeleiding het hoogst in Oost-Vlaanderen en Vlaams-Brabant. Het aandeel RTH-prestaties voor ambulante begeleiding was het hoogst in Antwerpen en Vlaams-Brabant en het laagst in Limburg en Oost-Vlaanderen. Het aandeel RTH-prestaties voor groepsbegeleiding was het laagst in Limburg en Vlaams-Brabant, terwijl het aandeel RTH-prestaties voor dagopvang het hoogst was in Limburg. Het aandeel RTH-prestaties voor verblijf was het hoogst in Vlaams-Brabant en West-Vlaanderen en het laagst in het Hoofdstedelijk Gewest Brussel. Tot slot was het aandeel RTH-prestaties voor outreach het hoogst in het Hoofdstedelijk Gewest Brussel en het laagst in Limburg.

### 3.1.1 De ondersteuningsfunctie begeleiding

Een grote meerderheid (70%) van de diensten gaf aan dat de meeste zorgvragen binnen begeleiding langdurige, meer dan twee jaar, ondersteuning vereisen. Met betrekking tot de gebruikelijke duur van de begeleiding worden er verschillen gevonden tussen de RTH-diensten. Zo komt langdurige opvolging meer voor bij grotere diensten, bij diensten met een aanbod aan enkel meerderjarigen, maar minder bij thuisbegeleidingsdiensten en (semi-)internaten.

De meeste aangehaalde activiteiten (binnen de top 3) die worden uitgevoerd tijdens (ambulante/mobiele of groeps-) begeleiding van **minderjarigen** zijn begeleiding en ondersteuning van ouders rond ontwikkelingsstimulering van hun kind (60%), begeleiding van de minderjarige rond leren omgaan met de handicap (40%), begeleiding en ondersteuning van ouders rond hun zoektocht in het hulpverlenerslandschap, opvangmogelijkheden en participatie in het onderwijs (31%) en ontspanningsactiviteiten (29%). Hieruit kan worden afgeleid dat de begeleiding van minderjarigen binnen RTH sterk gericht is op het netwerk, meer bepaald de ouders, en op inclusie in de maatschappij met betrekking tot opvang, onderwijs maar ook vrije tijd.

De meest aangehaalde activiteiten die worden uitgevoerd tijdens (ambulante/mobiele of groeps-) begeleiding van **meerderjarigen** zijn iets meer divers dan tijdens begeleiding van minderjarigen. Er werden namelijk ongeveer in gelijke mate verschillende activiteiten aangeduid binnen de top 3. Voorbeelden van veel aangehaalde activiteiten zijn: gesprekken met als onderwerp 'administratie' (30%), organisatie en coördinatie van de hulpverlening (26%), ondersteuning en coördinatie van het

netwerk (23%), gesprekken met als onderwerp 'relaties' (22%), ondersteuning bij psychische problemen (20%), begeleiding in het kader van begeleid werken (20%) en begeleiding rond leren omgaan met de handicap (18%).

### 3.1.2 Realisatiepercentages door de voorzieningen

In 2018 werden er gemiddeld 345 RTH-punten per penhouder ingezet. Maar de verdeling van het aantal punten per penhouder was duidelijk positief scheef verdeeld (d.i. verschillende hoge waarden met lage frequentie), waardoor de mediaan lager was en 114 RTH-punten bedroeg.

De grote meerderheid, namelijk 84% van de penhouders, heeft in 2018 zonder onderaannemers gewerkt. Met andere woorden, 16% heeft RTH-punten doorgegeven aan andere vergunde zorgaanbieders (ook penhouders). Hoe hoger de erkende RTH-capaciteit van de penhouders, hoe hoger het aandeel dat met onderaannemers heeft gewerkt. Als er met onderaannemers gewerkt werd, dan ging het meestal om een beperkt aantal, d.i. minder dan drie. Gemiddeld genomen werd 15% van het totaal aantal gepresteerde RTH-punten door een onderaannemer gepresteerd.

Ongeveer 80% van de diensten presteerde meer dan hun erkende capaciteit, dit percentage kwam zowel naar voren in de administratieve als in de websurvey data. Deze overprestatie is vooral te wijten aan de grote vraag naar RTH en de expertenrol binnen een bepaalde doelgroep. Indien er meer gepresteerd werd, dan ging het gemiddeld om 48% meer per penhouder. Maar ook de verdeling van het aandeel meer gepresteerd is positief scheef waardoor de mediaan lager was en 24% bedroeg. Het aandeel meer gepresteerd dan de erkenning lijkt ook sterk samen te hangen met de grootte van de penhouder. Meer specifiek hoe kleiner de erkende RTH-capaciteit, hoe hoger het gemiddelde percentage meer gepresteerd. Over alle penhouders heen (penhouders die evenveel, meer of minder presteren dan de erkenning) werd er in totaal 14% meer gepresteerd dan de totale erkende RTH-capaciteit.

Naast overprestatie, gaf 25% van de diensten aan RTH-prestaties niet altijd te hebben geregistreerd in 2018 voornamelijk omdat de bezetting reeds was gehaald. Sommige diensten haalden ook aan dat de ondersteuningsfunctie outreach vaak niet werd geregistreerd.

## 3.2 Profiel van de RTH-cliënt

De gemiddelde leeftijd van de RTH-gebruiker bedroeg 24 jaar in 2018 (mediaan: 18 jaar), met ongeveer een gelijk aandeel minderjarigen (49%) als meerderjarigen (51%). De meest voorkomende leeftijdsgroepen waren '0-9 jaar' (27%), '10-19 jaar' (25%) en '20-29 jaar' (16%).

Bijna iedere cliënt (90%) heeft RTH gekregen bij slechts één vergunde zorgaanbieder. Veel van de RTH-ondersteuning in 2018 ging naar personen waarvoor er (o.b.v. administratieve gegevens) geen indicatie was van het handicapprofiel. Dit kan mogelijks verklaard worden door het feit dat een cliënt die beroep wilt doen op RTH niet erkend hoeft te zijn als een persoon met een handicap. Daarnaast zijn het vooral personen met ASS (autismespectrumstoornis) en licht verstandelijke handicap (met eventueel een bijkomende handicap).

Ongeveer 20% van de RTH-cliënten in 2018 stonden op een wachtlijst voor nRTH (d.i. PVB, PAB of MFC), waarvan de grote meerderheid op de wachtlijst PVB voor meerderjarigen en binnen de prioriteitengroep 3. Binnen de groep wachtenden op PVB voor meerderjarigen kwamen de budgetcategorieën III (27%), I (23%), VI (15%) en IV (10%) het meeste voor.

Uit de websurvey kwam aan bod dat er verschillen zijn tussen de diensten omtrent de verhouding van cliënten met een zorgvraag RTH tegenover cliënten met een zorgvraag nRTH. Ongeveer de helft van de diensten geeft aan dat er meer cliënten zijn met een zorgvraag RTH dan een zorgvraag nRTH en ongeveer één derde geeft een gelijke verhouding aan. Niettegenstaande geeft ongeveer een kwart van de diensten aan dat er meer cliënten zijn met een zorgvraag nRTH dan een zorgvraag RTH. Hieruit kan worden afgeleid dat het beeld van cliënten met een zorgvraag nRTH sterker naar voren komt in de zelfbevraging van de voorzieningen (websurvey) dan in de objectieve administratieve data. Een grote meerderheid (83%) geeft aan dat de meeste cliënten met een zorgvraag nRTH onvoldoende geholpen zijn met RTH, tegenover 24% dat aangeeft dat de meeste cliënten met een zorgvraag RTH onvoldoende geholpen zijn. Cliënten met een zorgvraag RTH lijken bijgevolg vaker voldoende geholpen te zijn met het aanbod RTH dan cliënten met een zorgvraag nRTH, maar toch blijven er cliënten met een zorgvraag RTH die nood hebben aan meer intensieve ondersteuning.

Gemiddeld genomen heeft een cliënt 2.72 RTH-punten ingezet in 2018. Dit gemiddelde lag hoger voor cliënten die op een wachtlijst voor nRTH stonden dan voor cliënten die niet op een wachtlijst voor nRTH stonden, meer specifiek 3.84 versus 2.47 punten. Verder ligt het gemiddeld aantal punten hoger bij meerderjarige cliënten dan bij minderjarige cliënten, meer specifiek 3.22 versus 2.21 punten. Er werden ook regionale verschillen gevonden met betrekking tot het gemiddeld aantal punten per cliënt. Dit gemiddelde is het hoogst in Vlaams-Brabant (3.37) en Oost-Vlaanderen (2.89) en het laagst in Limburg (2.42) en West-Vlaanderen (2.48).

Om meer zicht te krijgen op de verschillende profielen van gebruik werd er ook gekeken naar de startmand en de duurtijd in maanden van de RTH-ondersteuning. Ongeveer de helft van de cliënten heeft in januari RTH gekregen, dit stijgt tot 67% voor het eerste kwartaal van 2018. Een kleine minderheid is later in het jaar gestart met RTH, 9% in het laatste kwartaal. De gemiddelde tijdsduur van de ondersteuning per cliënt in 2018 bedroeg 6.28 maanden en voor 58% van cliënten was de tijdsduur meer dan 6 maanden. Hoe meer RTH-punten per cliënt werden ingezet, hoe meer gespreid over het jaar de cliënt RTH heeft gekregen.

Het aandeel cliënten dat tussen 1 en 3 RTH-punten (31%) heeft ingezet in 2018 komt overeen met het aandeel cliënten dat tussen 3 en 7 RTH-punten (31%) heeft ingezet. Verder heeft 12% enkel een intake (slechts één ambulante en/of mobiele begeleiding, wat echter ook een afsluitingssessie kan zijn) gehad in 2018 en 10% heeft maximaal 0.5 RTH-punten ingezet waarbij het niet ging om een intake. Deze profielen verklaren voor een deel het relatief (ten opzichte van het maximum) laag gemiddeld aantal punten per cliënt. Meer specifiek als de cliënten met enkel een intake (of afsluitingssessie) (12%), een late instroom (gestart in laatste kwartaal) (9%) of met maximum 1 RTH-punt (31%) buiten beschouwing worden laten, stijgt het gemiddeld aantal punten per cliënt van 2.72 naar 3.81 punten. Niettegenstaande kunnen andere verklaringen ook een invloed hebben op het relatief laag gemiddeld aantal punten per cliënt zoals een tekort aan een (geschikt) aanbod binnen RTH om elke cliënt voldoende ondersteuning te bieden. Niettegenstaande zijn er ook cliënten die rond de 7 à 8 punten hebben ingezet in 2018, wat aantoont dat het maximum van acht punten per jaar niet te hoog ligt en voor sommige cliënten zelfs noodzakelijk is.

Uit de websurvey kwam ook naar voren dat het minimaal inzetten (d.i. minder dan 1 punt/jaar) van RTH per cliënt algemeen lager ligt dan het maximaal inzetten (d.i. 8 punten/jaar). Volgende redenen werden aangehaald voor het minimaal gebruik van RTH: een voortraject, afhaken na eerste contacten, enkel een intakegesprek, een oplossing gevonden buiten VAPH, maar ook een beperkte of kortdurende ondersteuning, enkel ondersteuning tijdens de schoolvakanties, een follow-up (uitstroom) en een

instroom tijdens het einde van het jaar. Er werd ook gepeild bij de diensten die weinig cliënteel hebben die 8 punten per jaar inzetten (27%), waarom dit maximaal gebruik laag ligt (meerdere redenen mogelijk). Het kiezen voor zorgverdunding vanwege de wachtlijsten en minder intensieve trajecten die tegemoetkomen aan de zorgvraag werden ongeveer evenveel aangehaald als redenen (ongeveer door 50% aangehaald). Het kiezen voor zorgverdunding werd door kleine diensten wel minder aangehaald als reden dan door grote voorzieningen.

De meeste zorgvragen van de cliënten (gebruikte RTH-ondersteuningsfuncties per cliënt), meer specifiek 85%, hadden betrekking op 'enkel begeleiding' (ambulant en/of mobiel en/of groepsbegeleiding). In beperkte gevallen ging het om 'begeleiding + dagopvang' (6%) of 'enkel dagopvang' (6%). Verblijf al dan niet in combinatie met begeleiding en/of dagopvang kwam nog minder voor (3%). Cliënten die op de wachtlijst stonden voor nRTH deden meer beroep op dagopvang (eventueel in combinatie met begeleiding en/of verblijf) dan cliënten die niet op de wachtlijst stonden voor nRTH. Minderjarigen deden meer beroep op 'enkel begeleiding' dan meerderjarigen, maar minder beroep op dagopvang al dan niet in combinatie met begeleiding of verblijf.

### **3.3 Outreach en samenwerking**

Uit de administratieve data kwam naar voren dat ongeveer 40% van de penhouders minstens één outreach registratie heeft gedaan in 2018 (30% ambulante outreach en 35% mobiele outreach). Uit de websurvey blijkt echter dat 67% van de diensten wel outreach aanbieden in 2019. Het effectief hebben aangeboden van outreach in 2018 ligt dus lager dan het (hypothetisch) kunnen aanbieden van outreach in 2019. Hierbij aansluitend gaf 45% van de diensten aan (in de websurvey) dat men minder kan inzetten op outreach omdat men een druk ervaart om de RTH-punten in te zetten op ondersteuningsfuncties gericht aan cliënten. Omwille van deze reden wordt outreach ook niet altijd geregistreerd.

De grootste groep ontvangers van outreach waren het onderwijs (34%), de 'andere' categorie (o.a. pleegzorg, ouders, grootouders, de gevangenis, 21%), andere VAPH-voorzieningen (12%) en algemeen welzijn (o.a. CAW, 9%). Uit de data van de websurvey kwamen dezelfde sectoren naar voren, maar werden er ook verschillen gevonden afhankelijk van de leeftijdsgroep waarvoor RTH wordt aangeboden. Zo verlenen diensten met een aanbod gericht aan minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen) meer outreach aan kinderopvang, scholen (en CLB's) en organisaties/voorzieningen voor jongerenwelzijn en minder outreach aan diensten voor gezinszorg en thuiszorg, CAW, WZC (woonzorgcentra) en vrijwilligers dan diensten met een aanbod gericht aan enkel meerderjarigen.

Volgens 70% van de diensten bestaat outreach meestal uit slechts één sessie. Tijdens een outreach sessie worden vooral tips en handvaten aangereikt om personen met een handicap te ondersteunen (door 83% aangehaald) of wordt er kennis overgedragen rond een bepaald thema (door 63% aangehaald). De thema's die het meest aan bod komen, zijn ASS (autisme spectrumstoornis), SEO (emotionele problematiek), gedragsproblematiek (waaronder agressie), STOS (spraak- en taalstoornis) en communicatie, kennis van het mogelijke zorgaanbod (o.a. RTH, VAPH, regelgeving) en mentale handicap.

De grote meerderheid van de diensten, namelijk 86%, gaf aan samen te werken met andere VAPH-voorzieningen of -diensten. Deze samenwerking komt vooral tot uiting door verschillende diensten in te zetten voor één persoon (op cliëntniveau), RTH-punten uit te wisselen en het RTH-aanbod op elkaar af te stemmen. De grote meerderheid, namelijk 84%, gaf aan (zeer) tevreden te zijn van de sectorale samenwerkingen en samen te werken op een regelmatige basis. De belangrijkste redenen waarom (nog)

niet sectoraal wordt samengewerkt zijn het (nog) geen contact hebben opgenomen, het inzetten op de eigen positie binnen het RTH-landschap en een gebrek aan tijd of middelen.

Gelijkaardig aan de bevinding voor sectorale samenwerkingen gaf 89% van de diensten aan samen te werken met andere sectoren. De meest aangehaalde sectoren zijn scholen (en CLB's), psychiatrische diensten/ziekenhuizen, OCMW, DMW van de mutualiteiten, CAW, CGG en diensten voor gezinszorg en thuiszorg. De tevredenheid van de intersectorale samenwerkingen is iets lager dan de tevredenheid van de sectorale samenwerkingen, maar toch is 77% (zeer) tevreden. De grote meerderheid (83%) gaf ook aan dat het om een structurele vorm van samenwerking ging. De drie voornaamste redenen voor het (nog) niet intersectoraal samenwerken zijn hetzelfde als de redenen voor het (nog) niet sectoraal samenwerken.

### 3.4 Sterktes, knelpunten en suggesties voor het beleid

De meest aangehaalde sterkte van RTH is het snel, vlot, en op korte termijn inzetbaar zijn van RTH, met hierbij vaak de aanmerking dat dit enkel in theorie zo is of enkel indien er voldoende aanbod is en geen lange wachtlijsten zijn. Andere aangehaalde sterktes van RTH zijn het laagdrempelige en flexibele karakter (d.i. gemakkelijk verschillende ondersteuningsfuncties kunnen combineren) en de weinig complexe administratie. In mindere mate werden volgende sterktes aangehaald: geen lange procedures, toegankelijk, zorg op maat, ruime doelgroep (vermoeden van handicap is voldoende), het preventieve karakter, zorgverdunding, versterking van het netwerk en inclusie.

Het meest aangehaalde knelpunt is het beperkte aanbod van RTH. Hierbij aansluitend geeft ongeveer 90% van de diensten aan dat ze onvoldoende RTH-middelen hebben en dat de vraag naar RTH groter is dan het aanbod binnen hun dienst. Andere gerapporteerde knelpunten zijn de wachtlijsten, de 8-punten regel die soms ontoereikend is, RTH als wachtkamer voor nRTH, de verhoogde werkdruk door RTH (50% gaat hiermee akkoord) doordat er veel cliënten zijn per begeleider en er veel flexibiliteit wordt verwacht, de onbekendheid van RTH (bij kwetsbare personen maar ook bij eerstelijns en reguliere diensten), het niet doelgroepspecifiek werken, te beperkte definitie van outreach binnen RTH en te prijzig zijn van RTH voor de cliënt.

#### 3.4.1 Wachtlijsten en eigen financiële bijdrage

Uit de websurvey kwam naar voren dat 63% van de diensten met een wachtlijst werkt, 5% instroomquota hanteert en 2% een aanmeldingsstop heeft voor RTH. Indien er een aanmeldingsstop of instroomquota zijn, dan geldt dit vooral voor (mobiele/ambulante) begeleiding en wordt er ook vaak een wachtlijst gebruikt. Ongeveer één derde van de diensten (36%) werkt noch met een wachtlijst, noch met instroomquota en noch met een aanmeldingsstop. Het werken met een wachtlijst (of het hanteren van instroomquota) komt meer voor bij (erg) grote diensten dan bij (erg) kleine diensten. Er zijn verhoudingsgewijs ook meer diensten met een wachtlijst voor RTH in de provincies Oost-Vlaanderen en Antwerpen en minder in de provincies Vlaams-Brabant en West-Vlaanderen.

In de meeste gevallen gaat het om een wachtlijst voor (mobiele/ambulante) begeleiding. Ongeveer 60% heeft een wachtlijst voor begeleiding, terwijl 20% à 30% een wachtlijst heeft voor de andere RTH-ondersteuningsfuncties. De gemiddelde wachttijd voor (mobiele/ambulante) begeleiding bedraagt ongeveer 15 à 16 maanden indien men een wachtlijst hanteert (9 à 10 maanden indien men ook voorzieningen zonder een wachtlijst voor begeleiding meerekent). Voor de andere ondersteuningsfuncties bedraagt de wachttijd, indien men een wachtlijst hanteert, tussen 3 maanden (outreach) en 13

maanden (dagopvang). Het inschatten van de wachttijd was niet gemakkelijk voor de diensten. Dit had deels te maken met het gegeven dat de wachttijd afhangt van verschillende factoren, zoals leeftijd, aard van de handicap, de soort zorgvraag en de dringendheid en intensiteit van de zorgvraag van de cliënt.

De voornaamste maatregelen die diensten ondernemen om wachtlijsten te voorkomen zijn samenwerken (of doorverwijzen naar) met reguliere diensten en andere RTH-diensten. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat een groot deel (bijna de helft) van de diensten geen zicht heeft op de lokale voorziening-gebonden wachtlijsten. Zo heeft men niet altijd zicht op wie er op de wachtlijst staat bij andere voorzieningen en welke andere voorzieningen er een wachtlijst hebben. Omtrent het eventueel invoeren van een centrale wachtlijst voor RTH was er geen eensgezindheid.

Uit de websurvey kwam naar voren dat 89% van de diensten een financiële bijdrage vraagt aan de cliënt voor één of meerdere RTH-ondersteuningsfuncties en dit om een deel van de werkingskosten te kunnen dekken (door 77% aangehaald), omdat het een positieve impact heeft op de hulpverlener-cliënt relatie (door 45% aangehaald) en omdat RTH een dienstverlening is (door 45% aangehaald). De meerderheid gaf aan dat de bijdrage hetzelfde is voor elke cliënt. Indien de bijdrage verschilt tussen cliënten, hangt dit vooral af van de financiële situatie van de cliënt. De diensten die geen eigen financiële bijdrage vragen (11%), doen dit vooral omdat dit RTH minder toegankelijk maakt (door 73% aangehaald) en omdat een bijdrage drempelverhogend werkt (door 33% aangehaald).

Ongeveer 70% van de diensten vraagt een eigen bijdrage voor dagopvang en verblijf, terwijl dit aandeel ongeveer 65% bedraagt voor (mobiele/ambulante) begeleiding en 54% voor groepsbegeleiding. De gemiddelde opgegeven maximumbedragen zijn conform aan de maximale bedragen vooropgesteld door het VAPH (met de hoogste bedragen voor dagopvang en verblijf). Een kleine minderheid van de diensten vraagt meer dan de maximale vooropgestelde bedragen, gaande van 1% van de diensten voor ambulante begeleiding tot 20% voor verblijf.

### 3.4.2 Suggesties voor het beleid

De diensten konden in de websurvey ook algemene suggesties voor het beleid aangeven. De drie meest aangehaalde suggesties zijn: 1) een verdere uitbreiding van de RTH-middelen, 2) het vlotter toekennen van budgetten binnen nRTH (trap 2) en eventueel daar ook een verdere uitbreiding van de middelen en 3) het toelaten van meer dan acht punten per cliënt per jaar onder bepaalde omstandigheden (d.w.z. in uitzonderlijke situaties of onder bepaalde criteria).

Wat betreft het toekennen van de budgetten nRTH geeft 65% van de diensten aan dat de overstap van RTH naar nRTH moeilijk verloopt vanwege de wachtlijsten en de lange, omslachtige procedure. Wat betreft de 8-punten regel, zien we dat slechts 16% van de diensten deze regel oké of optimaal vindt, tegenover 84% dat aangeeft dat het aantal punten best verhoogd wordt. Maar opnieuw geldt voor de meerderheid (55%) dat deze verhoging het best enkel onder bepaalde voorwaarden in acht wordt genomen. Voorbeelden van aangehaalde voorwaarden zijn: enkel voor de wachtenden binnen de laagste budgetcategorieën PVB, bij de inzet van verblijf of dagopvang, bij combinaties van verschillende RTH-functies of bij combinaties van verschillende voorzieningen en bij veranderingen in de levenscyclus (o.a. transitie momenten, crisissen, het wegvallen van het netwerk).



## Hoofdstuk 3

### Kwalitatief luik

In dit hoofdstuk bespreken we de gesprekken die plaatsvonden tijdens de verkennende onderzoeksfase. De bevindingen die bleken uit de focusgroep zijn hier eveneens terug te vinden. Na elke bespreking zijn de kernpunten in een samenvatting terug te vinden.

We willen erop wijzen dat alle gesprekken, opinies en indrukken van de betrokken personen betreffen.

#### 1 Synthese verkennende gesprekken

Hieronder volgt de bespreking van de gesprekken die werden gevoerd met 16 stakeholders. Alle gesprekken zijn geïntegreerd in de synthese.

##### 1.1 Houding ten aanzien van outreach, kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking

###### 1.1.1 Opvatting

Een RTH-dienst (dienst begeleid wonen) benadrukte dat outreach, zoals het door het VAPH wordt opgevat, te beperkt gedefinieerd is. Deze RTH-dienst pleitte er dan ook voor om de huidige definitie uit te breiden. Er werd verwezen naar de manier waarop outreach binnen de sector geestelijke gezondheidszorg wordt opgevat. Naar analogie met deze sector zou outreachend werken ook kennis en informatiedeling met betrekking tot één specifieke cliënt mogen omvatten. Vanuit de DOP<sup>17</sup> werd deze persoonsgebonden insteek van wat outreach voor hen zou mogen zijn vooral als relevant ervaren voor het netwerk rond een persoon met een handicap.

De overdracht van handicap-specifieke expertise met betrekking tot een welbepaalde cliënt is kennis die meteen op een zeer concrete manier in de praktijk kan worden toegepast. Deze link, direct gekoppeld aan de concrete zorgnood van een persoon vormt een meerwaarde, stelden meerdere stakeholders vast. Uit gesprekken bleek dat RTH-diensten, maar eveneens reguliere diensten, ook effectief op deze manier kennis over (de omgang met) een cliënt met elkaar delen.

###### 1.1.2 Meerwaarde en positieve effecten

Alle stakeholders<sup>18</sup> ervaren outreach, maar ook kennisdeling op cliëntniveau en het samenwerken rond een cliënt als een meerwaarde. Tijdens meerdere gesprekken werd de meerwaarde ervan voor personen met een handicap aangehaald. Outreach alsook kennisdeling op cliëntniveau en samenwerking dragen bij tot meer inclusie en zorg op maat. Het zorgt ervoor dat er beter kan worden afgestemd op

---

<sup>17</sup> Dit werd door een vertegenwoordiger van de DOP genuanceerd. Het netwerk rond een persoon met een handicap is effectief gebaat met meer handicap-specifieke kennis, maar dit is misschien niet noodzakelijk een aspect dat binnen RTH outreach zou moeten worden opgenomen. Dit kan misschien ook (deels) de taak zijn van vb. een dienst die aan diagnostiek doet. Ter illustratie werd verwezen naar het Expertisecentrum Autisme dat infosessies organiseert waarin wordt uitgelegd wat ASS betekent voor het gezin, voor de persoon zelf, etc.

<sup>18</sup> Inclusief gebruikersverenigingen, mits nuancering en enkele bedenkingen. Deze zijn gebundeld in 1.1.3.

de vragen en noden van personen met een handicap. Outreach, kennisdeling op cliëntniveau en samenwerking rond een cliënt, worden bijvoorbeeld door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg als essentieel beschouwd om de kwaliteit bij het ondersteunen van personen met een handicap in de thuissituatie te bevorderen.

De diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg alsook de eerstelijns diensten die werden bevestigd, gaven aan dat ze steeds vaker te maken krijgen met meer complexe zorgvragen die de eigen expertise (deels) overstijgen. Vanuit een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg en een eerstelijns dienst leeft de indruk dat personen met een handicap, na de invoering van PVF<sup>19</sup> en de vermaatschappelijking van de zorg, steeds vaker een beroep doen op hun diensten. Aangezien deze diensten over onvoldoende handicapspecifieke competenties beschikken, vindt men het positief dat er via outreach kan worden geput uit de expertise van RTH-diensten. De concrete praktijkgerichte input en feedback helpt hen bij het optimaliseren van hun dienstverlening naar deze doelgroep toe.

Outreach heeft ook een meerwaarde voor de ontvangers zelf die zich hierdoor meer zelfverzekerd voelen. Men ervaart in de praktijk dat de inzichten en vaardigheden verkregen via outreach ervoor zorgen dat ze beter met bepaalde situaties kunnen omgaan en met meer begrip kunnen reageren. Een voorbeeld uit de praktijk:

*Een poetshulp is aan de slag bij een persoon met ASS. Omwille van zijn handicap vindt deze persoon het belangrijk dat alles tijdens het poetsen op dezelfde plaats wordt teruggezet. Indien dit niet gebeurt, wordt de persoon met ASS kwaad. Aangezien de poetshulp niet voldoende begrijpt wat ASS inhoudt, snapt ze deze, in haar beleving, overdreven reactie niet. Ze beschouwt deze persoon als een 'lastige' klant. Door middel van outreach beseft de poetshulp beter wat ASS is en hoe dit tot uiting kan komen in het dagelijkse leven van deze personen. Ze kan de reacties van de persoon beter plaatsen, begrijpt beter waarom bepaalde zaken zo belangrijk zijn en kan hiermee bewuster rekening houden.*

Outreach, kennisdeling op cliëntniveau en samenwerking rond een cliënt zorgt voor een kruisbestuiving van expertise. Tijdens een paar gesprekken werd er wat dit betreft verwezen naar personen met een dubbele problematiek, bijvoorbeeld het samengaan van een handicap met een psychiatrische aandoening. De uitwisseling van expertise tussen beide specialisaties zorgt voor een betere ondersteuning die eventueel gezamenlijk kan worden georganiseerd. Door kennis uit te wisselen (al dan niet op cliëntniveau) en waar mogelijk bestaande cliëntnoden gezamenlijk aan te pakken, kan er ook bij de meest complexe situaties passende ondersteuning worden geboden, stelt een dienst begeleid wonen. Meerdere stakeholders zijn van mening dat dergelijke kruisbestuiving in de praktijk tot mooie resultaten leidt. Zelfs in situaties waarvan men aanvankelijk dacht dat de ondersteuning moeilijk zou verlopen.

Als er specifiek wordt ingezoomd op een structureel, niet-cliëntgebonden samenwerkingsverband, blijkt dat er ook een meerwaarde wordt ervaren voor/door de betrokken diensten zelf. Een nuldelijns dienst (buurtwerking) en een RTH-dienst werken nauw samen en ervaren dit beide als een positieve ervaring. Door samen te werken, kan men voortdurend putten uit elkaars expertise, nieuwe inzichten en manieren van werken ontdekken en een breder netwerk aan relevante connecties vergaren, etc.

---

<sup>19</sup> PVF = persoonsvolgende financiering.

Tot slot werd vanuit gebruikersverenigingen aangehaald dat ondersteuning in bepaalde gevallen goedkoper zou kunnen worden georganiseerd. Outreach kan er immers toe bijdragen dat reguliere diensten voldoende handicapspecifieke inzichten en vaardigheden hebben om aan bepaalde ondersteuningsnoden van bepaalde personen met een handicap ook kwaliteitsvolle ondersteuning te bieden. Het kan er tevens toe bijdragen dat er plaatsen binnen RTH vrijkomen. Een paar RTH-diensten gaven eveneens aan dat reguliere diensten door middel van outreach toegankelijker worden voor personen met een handicap. Bij uitbreiding is ook de maatschappij, vanuit het streven naar meer inclusie, gebaat met meer kennis over handicap, aldus een thuisbegeleidingsdienst. Het verspreiden van kennis staat volgens deze RTH-dienst gelijk aan het bieden van een meer handicapvriendelijke bril.

### 1.1.3 Bedenkingen vanuit cliëntperspectief

De gebruikersverenigingen die werden bevraagd, vinden het goed dat professionele ondersteuners de mogelijkheid hebben om van elkaar te leren. Samenwerking tussen verschillende diensten wordt eveneens als een positief gegeven ervaren en zou meer gemotiveerd mogen worden. Toch uiten ze ook een aantal bezorgdheden.

Ten eerste zou outreach volgens een gebruikersvereniging nooit mogen evolueren naar een structurele ondersteuningsvorm, aldus een gebruikersvereniging. Outreach is een moment van kennisoverdracht en geen 'wekelijks gebeuren'. Een andere gebruikersvereniging haakte hierop in door te verwijzen naar de verantwoordelijkheid die andere diensten en sectoren hebben om op een zo goed mogelijke manier met personen met een handicap om te gaan. Ze zouden ook eigen middelen moeten aanwenden om hierin stappen vooruit te zetten. Ze zouden dit bv. kunnen doen door te investeren in een opleiding voor hun personeel wanneer er nood is aan een meer fundamentele omkadering.

Een gebruikersvereniging onderneemt sensibiliserende acties naar de brede samenleving toe (bv. 'doe maar gewoon-handleiding' voor het onderwijs). Deze sensibiliserende acties kunnen ook een bijdrage leveren aan de omgang met personen met een handicap en de aandachtspunten hierbij. Een andere gebruikersvereniging wees eveneens op de informerende rol die men opneemt. Men doet ook aan kennisoverdracht en/of zouden diensten kunnen ondersteunen op basis van hun verworven inzichten; al dan niet gedurende een langere periode. Indien meer personen een beter begrip krijgen van de leefwereld en noden van personen met een handicap kan er adequater worden ingespeeld op hun ondersteuningsvragen. De gebruikersvereniging ijvert er al langere tijd voor om wat dit betreft meer erkend en betrokken te worden zodat ze hierin ook een rol kunnen opnemen. Men vindt dat outreach, zoals het volgens deze gebruikersvereniging kan worden opgenomen door RTH-diensten, eerder zou moeten worden opgevat als een uniek leermoment op maat van het individu in functie van zijn specifieke noden.

Voor wat betreft samenwerking zijn de gebruikersverenigingen van mening dat hierop mogelijks toch nog niet vaak genoeg wordt ingezet. De gebruikersverenigingen vermoeden dat sommige RTH-diensten mogelijks vaker inzetten op samenwerking, daar waar anderen zich eerder protectionistisch opstellen. Idealiter gaat een RTH-dienst voor elk aspect van de zorgvraag na welke dienst hierin een rol zou kunnen spelen i.p.v. zelf alle ondersteuning naar zich toe te trekken. Hierbij is het volgens een gebruikersvereniging ook belangrijk om cliënt versterkend te werken.

De drie bevraagde gebruikersverenigingen plaatsen de persoon met een handicap centraal. Zijn noden, wensen en vrije keuze zouden ten alle tijden moeten worden gerespecteerd. Een gebruikersvereniging is bevreesd dat samenwerkingsverbanden, hoewel positief ervaren, toch ook een aanzet zouden kunnen

zijn tot cliëntbinding. Men is bang dat personen met een handicap die zich bij een dienst aanmelden, zullen worden gestuurd in de richting van andere diensten binnen het samenwerkingsverband. Een transparante communicatie over alle mogelijkheden en modaliteiten i.v.m. de organisatie van de ondersteuning is daarom cruciaal. Twee gebruikersverenigingen verwezen ook naar het belang van een belangeloze vertrouwenspersoon die personen met een handicap hierin zou kunnen bijstaan indien gewenst. Een gebruikersvereniging benadrukte ook de noodzaak van afstemming tussen de verschillende diensten betrokken bij de ondersteuning.

De drie gebruikersverenigingen zijn van mening dat het RTH aanbod nog te veel aanbodgestuurd is. Dit staat de eigen regie van personen met een handicap in de weg. Men kan zich hierbij de vraag stellen in hoeverre de persoon met een handicap effectief centraal staat dan wel zich moet schikken naar het beschikbare aanbod. Uiteraard is dit mede afhankelijk van RTH-dienst en begeleider bij wie men terecht komt, maar toch durft een gebruikersvereniging te veronderstellen dat een RTH aanbod zoals een dagcentrum, nachtopvang of kortverblijf zeker nog niet vraaggestuurd is. De gebruikersvereniging is voorstander om RTH ook persoonsvolgend te maken.

## **1.2 Outreach, kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking: concrete praktijk**

### **1.2.1 Wel of niet outreach bieden, cliëntgebonden kennis delen en/of samenwerken**

Op één uitzondering na, bieden alle RTH-diensten die werden bevraagd outreach aan. Alle RTH-diensten delen daarnaast kennis op cliëntniveau en/of proberen samen te werken. De samenwerkingsverbanden die werden vermeld, zijn divers van aard. Het betreft samenwerking op cliëntniveau, maar evenzeer o.a. samenwerkingsverbanden waarbij personeelsleden worden 'uitgeleend' of nieuwe (tijdelijke) teams vormen.

Een thuisbegeleidingsdienst die werd bevraagd, spendeert ongeveer 2% van de capaciteit aan outreach. Het is de opinie van deze RTH-dienst dat er een spanningsveld bestaat tussen het aanbieden van outreach en de *core business* (het bieden van ondersteuning). Men probeert de wachttijden die er zijn zo beperkt mogelijk te houden. Outreach mag daarom geen te groot aandeel van de personeelscapaciteit innemen, aldus deze thuisbegeleidingsdienst. Een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding ervaart dit spanningsveld ook. Deze RTH-dienst zei dat men alle personeelscapaciteit nodig heeft voor het bieden van ondersteuning. Dit is tevens de RTH-dienst die nog nooit outreach heeft aangeboden. Bovendien had deze RTH-dienst ook nog nooit de vraag tot outreach gekregen. Een dienst begeleid wonen biedt wel outreach aan, maar doet dit bovenop de beschikbare capaciteit die volledig opgaat aan begeleidingen.

Zonder hierover uitspraken te doen die kunnen worden veralgemeend, werd vanuit de DOP en een eerstelijnsdienst opgemerkt dat bepaalde RTH-diensten mogelijks meer geneigd zijn om op outreach in te zetten dan anderen. Het is hun aanvoelen dat residentiële diensten minder vaak outreach zullen aanbieden dan een thuisbegeleidingsdienst. Het overdragen van kennis en het aanbieden van ondersteuning vanuit de concentrische cirkels is een gedachtegoed dat zich mogelijks nog niet bij iedereen heeft voltrokken. Daarnaast werd geopperd dat de historiek en evolutie van een RTH-dienst, interne cultuurverschillen, gewoontes en regionale diversiteit hierin eveneens een rol kunnen spelen.

Tijdens de gesprekken werd ook een paar keer gealludeerd op de angst die mogelijks leeft bij RTH-diensten om hun expertise over te dragen. Een DOP begrijpt dat sommige RTH-diensten mogelijks

minder geneigd zijn om aan outreach te doen. De angst om overbodig gemaakt te worden, de specifieke kwaliteit en eigenheid te verliezen, bestaat bij sommige RTH-diensten. Daarnaast hebben RTH-diensten ook een verantwoordelijkheid op te nemen ten aanzien van hun cliënten én personeel. De onzekerheid over de financiering voedt mogelijks ook het concurrentiële aanvoelen.

Zonder dit opnieuw te veralgemenen<sup>20</sup>, leeft dit aanvoelen inderdaad bij een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Dit aanvoelen heeft niet zozeer betrekking op outreach, maar gaat veeleer om de onderlinge mogelijkheden tot samenwerking. De dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg heeft de indruk dat sommige RTH-diensten vinden dat reguliere diensten hun cliënten 'stelen'. Hoewel deze dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg een specifiek takenpakket heeft dat verschilt van wat RTH-diensten aanbieden, is er toch ook wel een overlap. Daarnaast betalen personen bij deze dienst een bijdrage volgens hun inkomen en gezinssamenstelling hetgeen maakt dat ze goedkoper zijn dan sommige RTH-diensten. Dit zorgt soms voor frictie. Dit wordt eveneens aangekaart door een DOP die erop wijst dat de inzet van RTH (dagopvang) voor bepaalde personen inderdaad mogelijks financieel te belastend kan zijn omdat er soms een persoonlijke bijdrage per begeleidingsmoment wordt gevraagd of bepaalde bijkomende activiteiten worden gefactureerd<sup>21</sup>.

Om aan te duiden dat dit aanvoelen opnieuw niet kan worden veralgemeend, verwijzen we naar het voorbeeld van een andere dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Uit het gesprek bleek dat RTH-diensten wel toenadering proberen te zoeken. Vanuit een eerstelijns dienst<sup>22</sup> gaf men eveneens aan dat het initiatief tot kennismaking en samenwerking veelal vanuit de RTH-diensten is gekomen. Men denkt dat de invoering van PVF hierin voor een impuls heeft gezorgd. Daarnaast gaven ook enkele RTH-diensten nadrukkelijk aan dat outreach, het delen van kennis op cliëntniveau en het aangaan van samenwerkingsverbanden voor hen een evidentie zijn. Een thuisbegeleidingsdienst en een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding onderstrepen dat dit deel uitmaakt van hun maatschappelijke missie. De vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen en thuisbegeleiding, die ondertussen meer dan 25 jaar bestaat, stelde dat zoeken naar partners waarmee kan worden samengewerkt altijd al het uitgangspunt van hun werking is geweest. Ze beschouwen zichzelf als een pionier op dat vlak. De thuisbegeleidingsdienst en een dienst begeleid wonen hebben eveneens altijd al expertise gedeeld. Vroeger werd dit echter niet benoemd als outreach. Met de invoering van PVF is outreach en samenwerken wel in een stroomversnelling terecht gekomen, stelde een thuisbegeleidingsdienst.

Tot slot mag men evenmin vergeten dat outreach bepaalde vaardigheden vereist. Begeleiders zijn opgeleid om personen met een handicap te ondersteunen. Het aanbieden van outreach, dat in zeker zin kan worden opgevat als een soort vorming, is niet voor iedereen weggelegd, aldus de DOP. Twee RTH-diensten, een dienst begeleid wonen en een thuisbegeleidingsdienst, bevestigden dit op basis van hun praktijkervaring. De thuisbegeleidingsdienst merkte op dat sommige begeleiders graag outreach aanbieden daar waar anderen zichzelf meer terughoudend opstellen. Het bieden van outreach houdt drempels in die door begeleiders moeten worden overwonnen. Om hiervoor meer begeleiders te motiveren, geeft deze thuisbegeleidingsdienst minder ervaren personen de mogelijkheid om te leren van begeleiders met meer ervaring in het aanbieden van outreach.

---

<sup>20</sup> Dit wordt lokaal ervaren en is ook afhankelijk van RTH-dienst tot RTH-dienst alsook contactpersoon.

<sup>21</sup> RTH-diensten zijn niet verplicht om een persoonlijke bijdrage te vragen. Er zijn RTH-diensten die geen persoonlijke bijdrage vragen (wanneer cliënten zich in een armoedesituatie bevinden).

<sup>22</sup> Dit is van toepassing op de regio waar deze dienst actief is.

Hierbij aansluitend merkte een dienst begeleid wonen m.b.t. samenwerking op dat nog niet al hun medewerkers voldoende ingesteld zijn op een andere manier van (samen)werken. Deze dienst zet in op verregaande vormen van samenwerken waarbij medewerkers van verschillende diensten soms een 'nieuw samengesteld' team vormen. Dit vraagt veel flexibiliteit waarvan men beseft dat dit niet aan iedereen besteed is.

### 1.2.2 Bekendheid van outreach en kennis van elkaar om samen te werken

Een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg gaf aan dat het voor reguliere diensten soms nog te onduidelijk is wie RTH aanbiedt, wat het aanbod van deze diensten precies is, bij wie men terecht kan voor outreach, wat outreach concreet inhoudt, hoe het praktisch wordt georganiseerd en hoeveel het kost. Deze dienst gaf het concrete voorbeeld van een medewerker die overtuigd was dat meer handicapspecifieke kennis een meerwaarde zou zijn bij een bepaalde cliënt. De medewerker wist echter niet bij welke RTH-dienst hij hieromtrent te rade kon gaan. Het wordt in de praktijk soms ervaren als een zoektocht die wordt bemoeilijkt doordat er te weinig kennis is van elkaars bestaan en werking. Langs de andere kant vertelde deze dienst ook dat er in bepaalde provincies van oudsher al een goede verstandhouding en samenwerking is met VAPH-organisaties. In bepaalde regio's wordt er bijvoorbeeld ook op een actieve en meer gestructureerde manier informatie verspreid over de mogelijkheden die outreach kan bieden.

Eén RTH-dienst die werd bevraagd, een thuisbegeleidingsdienst, zet actief in op het (nog meer) promoten van hun outreach functie. Hoewel men als dienst al goed gekend is voor hun specifieke expertise m.b.t. een bepaalde handicap, is het de bedoeling om hun aanbod, waaronder outreach, nog bekender te maken. Ze verspreiden folders, maar ook hun thuisbegeleiders proberen de diensten waarmee ze in contact komen bewust te maken van de optie outreach. Aan de andere kant van het spectrum bevindt zich een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding die zich net niet actief promoot als RTH-dienst die via outreach expertise kan delen.

### 1.2.3 Aanleiding

Uit de gesprekken met de stakeholders bleek dat een concreet ervaren nood of specifieke situatie, al dan niet gelinkt aan een cliënt, veelal de aanleiding vormt tot outreach/kennisdeling op cliëntniveau/samenwerking. Het onderstaande voorbeeld van een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg illustreert dit:

*Op een bepaald moment krijgt een man de diagnose ASS. Hij wordt hierin begeleid door een RTH-dienst. Dit gaat goed tot de persoon een ongeluk krijgt. Als gevolg van dit ongeluk is hij verlamd. De RTH-dienst blijft hem begeleiden, maar is op zoek naar mogelijkheden om de man thuis te ondersteunen met praktische zaken. De RTH-dienst neemt contact op met een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg om de mogelijkheden te verkennen. De dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg stemt ermee in om de persoon in zijn thuiscontext te ondersteunen. Aangezien het echter geen evidente situatie betrof, heeft de RTH-dienst op voorhand een moment georganiseerd waarbij men de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg concrete handvatten heeft aangereikt om de zorg in de thuissituatie zo optimaal mogelijk te organiseren. Dit is uiteindelijk ook uitgegroeid tot een intensieve samenwerking tussen beide diensten waarbij ze regelmatig kennis uitwisselen en samenwerken rond personen die dit wensen.*

De RTH-diensten die werden bevestigd, vertelden dat andere diensten vaak op zoek gaan naar een handicapspecifieke houvast, input en concrete praktijktips, al dan niet gerelateerd aan een specifieke cliëntsituatie. Een thuisbegeleidingsdienst die gespecialiseerd is in ASS gaf het volgende voorbeeld:

*De RTH-dienst heeft vanuit een psychiatrische instelling de vraag gekregen om tips te geven die kunnen worden gebruikt bij een patiënt met een dubbele problematiek – psychiatrische aandoening en ASS. De aanpak die men hanteert bij andere psychiatrische patiënten werkt niet bij de persoon met ASS. Op basis van de specifieke casus heeft de RTH-dienst inzichten gedeeld die onmiddellijk konden worden toegepast bij de patiënt. Daarnaast heeft deze RTH-dienst ook een aantal algemene aandachtspunten opgemerkt (bv. communiceren met personen met ASS) waarover men input heeft gegeven zodat mogelijke toekomstige problemen daaromtrent kunnen worden vermeden.*

Zoals uit bovenstaande illustratie reeds duidelijk werd, heeft de RTH-dienst bijkomend een hiaat ontdekt waarop hun expertise een antwoord kon bieden. Een andere thuisbegeleidingsdienst, eveneens gespecialiseerd in ASS, gaf aan dat ook zij leemtes in kennis en vaardigheden in het omgaan met ASS opmerken in de praktijk. Dit vormt mee de aanleiding voor outreach:

*Mobiele begeleiders van de RTH-dienst komen bij verschillende diensten, organisaties en plaatsen langs en merken daar regelmatig concrete noden op. Drie voorbeelden:*

*Vanuit de RTH-dienst worden er regelmatig mensen doorverwezen naar een bepaald psychiatrisch ziekenhuis. De doorverwijzing gebeurt ook in omgekeerde richting. Aangezien de RTH-dienst merkte dat binnen bepaalde afdelingen van het ziekenhuis (bv. opname afdeling, afdeling verslavingsproblematiek) de aangeboden programma's nog meer ASS vriendelijk konden worden georganiseerd, heeft men hieromtrent infosessies georganiseerd.*

*Een begeleider van de RTH-dienst nam op regelmatige basis deel aan een overlegmoment op een school. Tijdens dit overleg kwam naar voren dat de kinderopvang die verbonden was aan de school zich onzeker voelde over de opvang van drie kinderen met ASS. Op basis van die nood heeft de RTH-dienst outreach aangeboden aan de kinderopvang. Er heeft ook een observatie in de kinderopvang plaatsgevonden en concrete adviezen werden teruggekoppeld aan de kinderbegeleiders. Met een positief resultaat tot gevolg.*

*De RTH-dienst merkt dat er in het secundair onderwijs nog meer zou kunnen worden gedaan naar inclusie toe. Naar aanleiding hiervan heeft men geprobeerd om hun outreach aanbod bekender te maken bij een aantal scholen. Een paar scholen toonde interesse, maar zijn hier uiteindelijk toch niet op ingegaan.*

Er is één RTH-dienst, een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding die zich richt op personen met een matig tot ernstig mentale handicap, die niet zelf outreach aanbiedt, maar wel al een paar keer externe, cliëntgebonden expertise van een andere dienst heeft ingeroepen. Deze dienst merkt steeds vaker dat cliënten een bijkomende problematiek hebben waarvoor zij zelf niet over de nodige kennis beschikken. Veelal gaat het over personen met een psychiatrische problematiek.

*Enkele jaren geleden werd een persoon – mentale handicap in combinatie met een psychiatrische problematiek - vanuit een psychiatrisch ziekenhuis aangemeld bij de RTH-dienst. Men wist op voorhand dat de opvang van deze persoon uitdagend zou zijn, mede doordat de RTH-dienst geen*

*ervaring heeft met psychiatrische aandoeningen. De begeleiders die de persoon tijdens zijn verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis hebben ondersteund, hebben hun inzichten over deze patiënt/cliënt gedeeld met de RTH-begeleiders die hem verder zouden ondersteunen. Ze hebben meer uitleg gegeven over wie de persoon is en wat zijn noden zijn, ze hebben input gegeven over de psychiatrische problemen en vragen van de RTH-begeleiders beantwoord. Deze momenten van cliëntgebonden kennisoverdracht hebben een drietal keer plaatsgevonden tijdens de eerste maanden van de persoon bij de RTH-dienst. Daarna konden de RTH-begeleiders blijvend (telefonisch) advies vragen indien nodig. De persoon wordt nog steeds door de RTH-dienst ondersteund.*

Vanuit een meer divers wordend publiek gaat een andere vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding zelf ook steeds vaker op zoek gaat naar specifieke expertise waarover andere diensten beschikken. Ze ervaren een nood aan outreach voor wat betreft het inwinnen van informatie over bv. NAH<sup>23</sup>, bepaalde psychiatrische ziektebeelden, etc.

Het is echter de ervaring van een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg dat RTH-diensten in beperkte mate een beroep doen op hun (thuiszorg)expertise. Deze wisselwerking gebeurt vooral met RTH-diensten waarmee er regelmatig contact is. Deze dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg heeft veel expertise opgebouwd inzake dementie. Het gebeurt dat RTH-diensten hiervoor een beroep doen op hen, maar dit - 'outreach in de omgekeerde richting' - gebeurt echter nog te weinig.

#### 1.2.4 Aan/met wie

Zoals uit bovenstaande voorbeelden reeds duidelijk werd, wordt er aan outreach/kennisdeling op cliëntniveau/samenwerking gedaan met psychiatrische diensten. Daarnaast vindt dit ook plaats met andere diensten en organisaties: OCMW, (wijkteams) CAW, buurtwerking, thuiszorgdiensten, poets-hulp, Huizen van het Kind, kinderopvang, diensten voor gezinsondersteuning, Solidariteit voor het Gezin, zorgboerderijen die hun aanbod willen uitbreiden of specialiseren naar een bepaalde handicap, Liga Autisme Vlaanderen, G-sport clubs, een gymfederatie, scouts, vrijwilligers die ondersteuning op zich nemen, etc.

Een thuisbegeleidingsdienst werkt o.a. samen met Jonge Helden en Afya, beide organisaties die jeugdkampen organiseren. Via outreach bereiden ze de vrijwilligers die de kampen zullen begeleiden, voor. Ter plaatse staan ze deze vrijwilligers ook bij. Dit laatste is geen outreach, maar valt dan onder de modules 'verblijf' en 'dagopvang'.

Een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding gaat in functie van de door hun aangeboden trajecten begeleid werken steeds op zoek naar diverse partners die personen met een handicap willen tewerkstellen. Men biedt deze partners ook tips aan zodat de trajecten vlot verlopen. Dit wordt niet als outreach geregistreerd. Het is inherent aan de werking van deze RTH-dienst.

Onderling gaan RTH-diensten ook bij elkaar te rade. Een thuisbegeleidingsdienst heeft in het verleden reeds outreach geboden aan een dienst begeleid wonen en een dagcentrum. Een andere thuisbegeleidingsdienst is dan weer samen met andere RTH-diensten betrokken geweest bij een samenwerkingsverband rond transitiezorg.

---

<sup>23</sup> NAH = niet aangeboren hersenletsel.



Meerdere RTH-diensten die werden bevroegd, bieden outreach aan scholen. Bij een thuisbegeleidingsdienst is dit aandeel 1/4<sup>de</sup> van de aanvragen sinds 2017.

Twee RTH-diensten delen hun expertise in het kader van wooninitiatieven. Een illustratie:

*Een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding heeft onlangs een inclusief woonproject opgestart waar zowel mensen met ASS als een verstandelijke handicap – elk met hun eigen ondersteuningspakket - wonen. De personen met de handicap wonen er samen met vier ‘residenten’. Dit zijn personen met een vrijwilligerscontract die binnen het woonproject altijd aanspreekbaar zijn voor de personen met de handicap. Wanneer de ‘residenten’ er nood aan hebben, biedt deze RTH-dienst handicapspecifieke tips en advies (bv. bewaken van persoonlijke grenzen en privacy). Daarnaast kunnen de diensten die professioneel betrokken zijn bij de ondersteuning (bv. poetshulp) ook altijd een beroep doen op outreach die de RTH-dienst dan aanbiedt.*

*Een groep vrienden heeft onlangs een appartementsgebouw gekocht. Ze hebben één appartement voorbehouden voor een persoon met een handicap. Vanuit de eigen expertise heeft een thuisbegeleidingsdienst hen concrete raad gegeven m.b.t. het omgaan met dit type handicap.*

#### 1.2.5 Regelmatig of eerder sporadisch

Het merendeel van de RTH-diensten die werden bevroegd, delen vooral op regelmatige basis kennis rond een specifieke cliënt en/of geven hieromtrent input vanuit hun eigen expertise. Daarnaast wordt er ook regelmatig samengewerkt rond een gezamenlijke cliënt. Samenwerkingsverbanden beperken zich niet tot samen ondersteuning bieden rond iemand, maar worden ook onafhankelijk van een individu aangegaan. Enkele RTH-diensten gaan ook op structurele basis samenwerkingsverbanden aan. Outreach gebeurt ook, zowel naar aanleiding van een sporadische vraag als meer stelselmatig. Een thuisbegeleidingsdienst biedt bv. regelmatig outreach aan en zet hierop stelselmatig in.

Voor een dienst begeleid wonen is de overdracht van expertise (outreach alsook kennisdeling op cliëntniveau) een essentieel onderdeel van de manier waarop men werkt. Men wordt bv. op regelmatige basis gecontacteerd door (collega’s van) andere diensten met de vraag om hun expertise te delen. Men wordt ook meermaals als expert uitgenodigd door multidisciplinaire teams wanneer de case van een cliënt met een dubbele diagnose (psychiatrische problematiek en handicap) wordt besproken. Daarnaast is er bv. ook een samenwerkingsverband met mobiele teams binnen de geestelijke gezondheidszorg dat structureel van aard is.

Binnen de structurele samenwerkingsverbanden die een dienst begeleid wonen opzet, wordt er voortdurend spontaan aan kennisdeling gedaan doordat medewerkers van verschillende diensten intensief samenwerken. Dit is eveneens het geval binnen de samenwerking tussen een buurtwerking en een RTH-dienst waarbij een RTH-medewerker halftijds is ingebed in de buurtwerking. Als gevolg hiervan ‘voeden’ beide diensten elkaar voortdurend met elkaars kennis. Het is hun overtuiging dat vooral structurele samenwerkingsverbanden het meest zinvol zijn omdat enkel op die manier meer in de diepte kan worden gewerkt en de uitwisseling van kennis uiteindelijk spontaan zal gebeuren.

### 1.2.6 Vormgeving

De manier waarop outreach wordt vormgegeven, is afhankelijk van de vraag die wordt gesteld, wat de aanvrager zelf wil, het aantal personen aan wie outreach wordt gegeven en de tijd die hiervoor beschikbaar is, maar ook de kennis en vaardigheden die al aanwezig zijn bij de deelnemers.

Een thuisbegeleidingsdienst gaf aan dat het soms wel nodig is om een outreach moment te starten met het opruisen van algemene kennis over een bepaalde handicap. Vervolgens kan er meer praktijkgericht advies en concrete tips worden gegeven. Dit is afhankelijk van het doelpubliek. Een andere thuisbegeleidingsdienst vertelde dat het bv. voor opvoeders niet nodig is om de algemene theorie omtrent een bepaalde handicap uit te leggen. Ze hebben deze basiskennis al, maar dan wordt er ingezoomd op een bepaald thema of deelaspect van de handicap (bv. ASS en seksualiteit) en hoe hiermee kan worden omgegaan. In onderling overleg met de aanvrager, hanteert deze thuisbegeleidingsdienst verschillende methodieken om outreach aan te bieden. Soms geeft men algemene info avond aan een groot publiek, start men een toelichting met een korte film of bespreekt men een casus in een beperkte groep gevolgd door een reflectiemoment.

De twee thuisbegeleidingsdiensten die werden bevestigd, gaan ook samenwerkingsverbanden aan waarbinnen kennis en verschillende expertises gezamenlijk worden ingezet en uitgewisseld binnen een project. Twee voorbeelden:

*Op initiatief van een school werd een thuisbegeleidingsdienst betrokken bij een intersectoraal samenwerkingsverband waarbij ook personen uit de sectoren arbeid en sociale economie betrokken waren. Er werd bekeken wat de mogelijkheden waren voor schoolverlaters met ASS. Dit zowel voor wat betreft (begeleid) werken alsook andere mogelijkheden. Met GTB<sup>24</sup> (VDAB) werd afgetoetst wat de noden en mogelijkheden waren voor schoolverlaters met ASS op de arbeidsmarkt. GTB was ook verantwoordelijk voor de toeliding van de schoolverlaters naar de arbeidsmarkt. Vanuit de sector sociale economie werd bekeken wat de opties waren voor de jongeren die niet op de arbeidsmarkt terecht konden. Met het oog op een naadloos overgangstraject was de school verantwoordelijk om tijdig te communiceren met de jongeren alsook hun ouders over hun toekomstige opties. Als thuisbegeleidingsdienst bood men een mix van enerzijds outreach aan de betrokken diensten en anderzijds individuele cliëntbegeleidingen aan. Het OCMW heeft lokalen ter beschikking gesteld zodat de voorbereidende arbeidstraining, de outreach en de individuele begeleidingen in het hetzelfde gebouw konden plaatsvinden. Dit was bevorderlijk voor de contacten tussen de betrokken partners. Elke partner had zijn eigen rol in het samenwerkingsverband en er werd op regelmatige basis onderling overlegd waarbij één dienst de coördinatie op zich nam.*

*De andere thuisbegeleidingsdienst heeft onlangs met het CAW-crisisnetwerk onderzocht wat de mogelijkheden zijn om input te geven tijdens een crisissituatie waarbij personen met ASS (de specialisatie van deze thuisbegeleidingsdienst) betrokken zijn. Het lijkt de thuisbegeleidingsdienst interessant om aan alle crisismedewerkers een algemene outreach aan te bieden waarbij basiskennis over dit type handicap wordt gedeeld. Anderzijds zou het ook interessant zijn om ook op cliëntniveau mee aan de slag te kunnen tijdens een crisis (bv. mee op huisbezoek gaan of mee de cliëntsituatie bespreken). De dringendheid van een crisissituatie vereist ook dat specifieke kennis meteen kan*

---

<sup>24</sup> GTB = geïntegreerde trajectbegeleiding. GTB is de dienst voor de bemiddeling van mensen met een arbeidsbeperking of gezondheidsproblemen naar een gepaste job (<https://www.gtb-vlaanderen.be/over-gtb/algemeen>).

*worden gedeeld en ingezet door de hulpverleners. De mogelijkheden zullen in september 2019 verder worden geconcretiseerd.*

Een gelijkaardig voorbeeld is terug te vinden bij een dienst begeleid wonen. Naast het aanbieden van outreach, zal men vooral op casusniveau expertise en inzichten uitwisselen met andere diensten of collega's die advies nodig hebben omtrent een specifieke cliënt. Men zet ook in op samenwerkingsverbanden met andere diensten. Een voorbeeld:

*De dienst begeleid wonen doet duo-begeleidingen met enerzijds het CAW en anderzijds met de mobiele teams van de geestelijke gezondheidszorg. Het is de bedoeling om te bekijken hoe er vanuit ieders expertise aanvullend op elkaar kan worden gewerkt in functie van een cliënt en zijn noden, rekening houdend met zijn wensen.*

Een andere dienst begeleid wonen zet heel erg in op (intersectorale) samenwerkingsverbanden waarbij men ook probeert om zichzelf zo veel mogelijk binnen de eerste lijn te organiseren. Men gaat op zoek naar bureau ruimtes, bv. in een buurthuis, waar men zich samen met reguliere diensten kan huisvesten. Doordat mensen van verschillende diensten in dezelfde ruimte aanwezig zijn, ontstaat er sowieso een dynamiek van kennisuitwisseling en samenwerking. Daarnaast vormen medewerkers van de verschillende organisaties binnen een samenwerkingsproject soms een 'nieuw samengesteld team' waarbij ze ook voortdurend van elkaar kunnen leren. Een voorbeeld van zo'n samenwerkingsproject betreft een project rond aanklappende zorg dewelke voornamelijk gericht is op personen die therapie- en hulpverleningsmoe zijn en uit hun sociale woning dreigen gezet te worden.

De samenwerking tussen een RTH-dienst en een buurtwerking gaat nog een stap verder. Een medewerker van de RTH-dienst is halftijds ingebed in de buurtwerking. De samenwerking concreet uitgelegd:

*Zowel vanuit de buurtwerking als de RTH-dienst was men op zoek naar een relevante partner in de eigen buurt. Voor de RTH-dienst is de buurtwerking een interessante partner op de nulde lijn. Als laagdrempelige buurtwerking bereiken ze een divers publiek, waaronder personen met een handicap. Een buurtwerking is lokaal stevig verankerd en weet welke organisaties er actief zijn die een meerwaarde kunnen vormen voor kwetsbare personen. Een buurtwerker heeft zijn eigen expertise (bv. werken met grote, diverse groepen) en weet goed hoe men zich lokaal kan profileren. Vanuit de RTH-dienst was men o.a. net op zoek naar manieren om de buurt meer te laten kennis maken met en betrekken bij hun werking, cliënten toe te leiden naar lokale buurtactiviteiten zodat ze er een netwerk kunnen opbouwen, etc. De samenwerking heeft voor een mentaliteitswijziging gezorgd bij de RTH-dienst die nu voor bepaalde activiteiten aansluiting probeert te vinden bij bestaande initiatieven en externe partners. Vroeger zou men eerder intern activiteiten hebben georganiseerd.*

*Louter dan enkel gebruik te maken van de lokalen van de buurtwerking om er intakes te organiseren (zoals men ook doet binnen de CAW-wijkwerking), maakt een RTH-medewerker op halftijdse basis deel uit van de buurtwerking. Het is de overtuiging van beide diensten dat men op die manier het best voeling kan krijgen met elkaar en de buurt. De RTH-medewerker kan op zijn beurt de buurtwerking injecteren met kennis in het omgaan met bepaalde handicaps, hoe deze mensen het best kunnen worden bijgestaan, etc. De kennis die elk toevoegt, wordt meer ingebed in ieders werking. Voor de RTH-dienst is het ook interessant dat personen met een handicap via de buurtwerking kunnen worden*

*gedetecteerd en eventueel, op termijn, kunnen worden toegeleid naar de RTH-werking. In tussentijd kan de buurtwerking al een voorlopige (tussen)oplossing proberen te bieden. De buurtwerking fungeert als eerste aanspreekpunt voor personen met een handicap die nog geen hulp krijgen. Dit wordt gecommuniceerd met de RTH-dienst. De trajectbegeleiders van de RTH-dienst proberen deze mensen vervolgens in de mate van het mogelijke op te volgen en/of alvast door te verwijzen naar andere diensten die hen op weg kunnen helpen.*

### 1.2.7 Voorwaarden

Hoewel men outreach, kennisdeling op cliëntniveau en samenwerking als positief ervaart, worden er ook een aantal obstakels opgemerkt. Indien men wil dat er meer op outreach wordt ingezet, is er meer personeel nodig, stelt een thuisbegeleidingsdienst. In dit opzicht gaf een andere thuisbegeleidingsdienst aan dat het wel/niet aanbieden van outreach binnen de eigen werking vooral afhankelijk is van de *goodwill* van begeleiders. Begeleiders geven prioriteit aan het bieden van ondersteuning. Outreach doet men hier bovenop. Er zouden meer middelen moeten worden vrijgemaakt voor outreach zodat er hiervoor meer ruimte ontstaat. Daarnaast zou er ook meer moeten worden ingezet op het bekender maken van outreach. Op dit moment is dit vooral afhankelijk van de individuele inspanningen die een RTH-dienst daarin al dan niet levert. RTH-diensten die willen investeren in outreach zouden hierin ook beter ondersteund mogen worden, vinden enkele RTH-diensten.

Nadat een thuisbegeleidingsdienst noden heeft gedetecteerd waaraan outreach kan tegemoetkomen, moet ook er ook nog altijd iemand binnen de andere organisatie worden gevonden die hierin eveneens een nut ziet. Het delen van een gelijkaardige visie is een voorwaarde die door meerdere RTH-diensten werd aangehaald. Dit is niet enkel van toepassing op outreach, maar geldt ook voor het aangaan van samenwerkingsverbanden.

Binnen de samenwerking tussen de buurtwerking en een RTH-dienst wordt een gemeenschappelijke visie als een cruciaal aspect beschouwd. Ze vinden het belangrijk om een gemeenschappelijk doel te hebben, hierin voortdurend onderling af te stemmen, te experimenteren en respect te hebben voor elkaars eigenheid. Bij een samenwerking, zoals deze door hen wordt vormgegeven, wordt er idealiter op lange termijn gedacht. Dit veronderstelt echter voldoende financiële zekerheid om de samenwerking te kunnen verderzetten. Hoewel de RTH-dienst vanuit de eigen overtuiging investeert in het samenwerkingsverband, is het niet evident om een medewerker halftijds 'af te staan'. De RTH-dienst spreekt hiervoor eigen middelen aan. Deze stakeholders vinden dan ook dat het beter zou zijn indien diensten die in dergelijke samenwerkingsverbanden willen stappen, financieel meer ondersteund zouden kunnen worden.

Een dienst begeleid wonen die sterk inzet op intersectorale samenwerkingsverbanden vindt de verschillende financieringssystemen tussen sectoren een knelpunt. Deze dienst ziet een meerwaarde in een gemeenschappelijke financiering over sectoren heen. Daarnaast merkte deze dienst ook op dat er niet noodzakelijk altijd meer middelen nodig zijn. Door bestaande middelen efficiënter in te zetten, kan er soms ook al veel worden gerealiseerd.

Een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg is eveneens van mening dat er inderdaad nog hindernissen op financieel en administratief niveau zijn dewelke intersectoraal samenwerken bemoeilijken. Als men wil samenwerken (rond een specifieke cliënt) is het ook nodig dat men weet welke andere actoren er in de eigen regio actief zijn. Dit laatste werd ook aangehaald door een andere

dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg alsook de eerstelijnsdiensten. Een eerstelijnsdienst stelt dat er voortdurend zou moeten worden nagegaan hoe er verbindend kan worden gewerkt tussen verschillende diensten. Het vergemakkelijkt het onderling contact wanneer er rond een cliënt kan worden samengewerkt. Vanuit een andere eerstelijnsdienst zal men binnenkort een netwerkdag organiseren waarbij hun medewerkers en de medewerkers van de RTH-diensten uit de buurt elkaar beter kunnen leren kennen. Voor cliënten is het niet altijd duidelijk welke diensten bestaan, maar ook hulpverleners weten dit niet altijd.

### **1.3 Handicapspecifieke en/of reguliere ondersteuning**

#### **1.3.1 Het plannen en bieden van ondersteuning**

##### *1.3.1.1 Vanuit het RTH-perspectief*

Eén RTH-dienst, een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding, vertelde dat men weinig tot geen ervaring heeft met het betrekken van andere diensten bij de ondersteuning van hun cliënten. De RTH-dienst legt de nadruk op het eigen aanbod. Personen met een handicap, meestal schoolverlaters, komen bij hen ook terecht met een specifieke vraag naar o.a. activiteiten tijdens de dag die ze graag binnen deze RTH-dienst willen opnemen. Er wordt bijgevolg niet aan vraagverheldering gedaan waarbij verschillende ondersteuningsopties worden besproken.

Twee thuisbegeleidingsdiensten en een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding die zich voornamelijk focussen op het aanbieden van (begeleid) werken vermelden dat ze actief op zoek gaan naar andere diensten/organisaties/partners waarbij de persoon met een handicap ook (gedeeltelijk) terecht kan. Dit gebeurt steeds in overleg met de cliënt en/of zijn netwerk. Er wordt ook gezocht naar afstemming tussen alle betrokken partijen – school, kinderopvang, werkgever, psychiatrie, organisaties die dagbesteding organiseren, poetshulp, etc. Onderlinge afstemming, soms nog voor de ondersteuning van start gaat, is essentieel, vindt een thuisbegeleidingsdienst. Er zou steeds moeten worden ingezet op een zo eenduidig mogelijk traject waarbij er aansluitend op elkaars expertise kan worden gewerkt.

De vraag van een cliënt staat centraal tijdens de intake, stelden meerdere bevraagde RTH-diensten. Een thuisbegeleidingsdienst is echter niet altijd in staat om meteen aan alle hulpvragen tegemoet te komen. De thuisbegeleidingsdienst bekijkt dan welke hulp men zelf al kan opnemen en op welke vlakken andere diensten kunnen helpen. Hulpvragen met betrekking tot budgetbeheer en woonondersteuning worden doorverwezen naar het OCMW of CAW. Mutualiteiten worden betrokken wanneer aanvragen moeten worden ingediend en familiehelp wordt ingeschakeld wanneer er hulp in het huishouden nodig is.

Wachttijden vormen ook voor andere RTH-diensten een hindernis. Een dienst begeleid wonen vertelde dat tijdens de intake de hulpvragen in kaart worden gebracht. Samen met de cliënt wordt bekeken wat de meest dringende hulpvragen zijn. De RTH-dienst probeert hieraan alvast tegemoet te komen. Voor de resterende hulpvragen wordt een tijdelijke ‘noodoplossing’ gezocht door bv. reguliere diensten in te schakelen. Hoewel reguliere diensten een meerwaarde kunnen hebben, is dit niet altijd de beste oplossing voor een cliënt. Er wordt altijd een overzicht geboden van alle mogelijke opties. Het is de cliënt die beslist. Indien de cliënt dit wenst, zal de dienst begeleid wonen ook mee stappen zetten naar de andere diensten. Tijdens de intake wordt er ook al deels aan begeleiding gedaan. Dit is volledig gratis bij deze dienst begeleid wonen. De dienst begeleid wonen fungeert als coördinatiepunt tussen betrokken hulpverleners alsook voor de cliënt zelf.

Een andere dienst begeleid wonen wordt eveneens geconfronteerd met oplopende wachttijden. Doordat de noden van personen evolueren gedurende de periode waarin ze wachtend zijn op ondersteuning, doet deze RTH-dienst bij aanmelding slechts beperkt aan vraagverduidelijking.

Deze RTH-dienst hoopt dat men de wachtlijsten op termijn kan wegwerken door op een andere manier te werken. Deze dienst begeleid wonen heeft het gevoel 'gevangen te zitten' in langlopende trajecten van onbepaalde duur. Men heeft onlangs een proefproject opgestart waarbij men wil evolueren naar kortdurende begeleidingstrajecten van een beperkt aantal sessies. Gedurende die periode wil men zo snel mogelijk een professioneel/vrijwillig/persoonlijk netwerk rond de cliënt creëren en om hem op die manier zo snel mogelijk voldoende te versterken in zijn dagelijks leven. Het is de overtuiging van deze RTH-dienst dat RTH niet voor iedereen altijd blijvend nodig is. Cliënten blijven wel de mogelijkheid hebben om, indien een situatie dit vereist, terug te vallen op de RTH-begeleiding. Het is de bedoeling dat dit voor een vlottere doorstroom binnen de eigen werking zal zorgen. Het is een werkwijze die niet voor iedere persoon met een handicap aangewezen is, maar de RTH-dienst gelooft dat er een groep mensen is die hiermee wel gebaat kan zijn.

### *1.3.1.2 Vanuit het reguliere perspectief*

De diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg alsook de eerstelijnsdiensten stellen allen de hulpvraag van de cliënt centraal. Ze vertelden allen dat ze samen met de cliënt bekijken wat zijn hulpvragen zijn en welke diensten, naast de ondersteuning die ze zelf kunnen bieden, hierin kunnen worden betrokken. De mogelijke opties vanuit de concentrische cirkels worden meegedeeld. Mits de cliënt dit wenst, zal men ook mee de stap naar andere diensten zetten.

Hoewel een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg niet dezelfde finaliteit heeft als een DOP<sup>25</sup> en geen langdurig vraagverhelderingsproces kan aangaan, vindt men het wel belangrijk om voldoende te peilen naar de (zorg)doelstellingen van de persoon met de handicap op verschillende levensdomeinen. Daarbij wordt eveneens aandacht besteed aan andere diensten en personen die kunnen worden betrokken bij de ondersteuning. De verschillende opties worden breed opengetrokken. Er is hierbij ook aandacht voor wat vrijwilligers, buurtwerk, ... zouden kunnen betekenen.

Als men vanuit deze dienst merkt dat een cliëntsituatie ook meer handicapspecifieke ondersteuning vereist, verwijst men door naar een RTH-dienst. Bij wijze van afstemming tussen betrokken diensten wordt een gezamenlijk zorgverleningsplan opgesteld met een taakverdeling en afspraken. Een eerstelijnsdienst verwijst personen eveneens door naar RTH-diensten indien dit nodig is. Er wordt wel altijd tegen cliënten gezegd dat RTH-diensten wachttijden kunnen hanteren en dat het aanbod kan bestaan uit een ondersteuningspakket dat weinig keuze laat. Deze eerstelijnsdienst merkt ook dat er mensen zijn die er bewust voor kiezen om niet door een RTH-dienst te worden ondersteund omdat men niet de stempel van een persoon met een (vermoeden van) handicap wil hebben.

Een eerstelijnsdienst benadrukte dat de door hen geboden ondersteuning beperkt is in de tijd. De dienst streeft ernaar dat mensen na gemiddeld anderhalf jaar terug voldoende versterkt en goed omringd zijn om zelf opnieuw verder te kunnen. Deze eerstelijnsdienst heeft een vlotte cliëntdoorstroom nodig om hun werking te kunnen blijven garanderen. Samenwerking is daarom sowieso belangrijk. Men merkt hierbij echter ook op dat niet alle cliënten even goed in staat zijn om met de aanwezigheid van

---

<sup>25</sup> DOP = Dienst Ondersteuningsplan. Een DOP gaat een proces van vraagverheldering en ondersteuningsplanning aan met de persoon met een handicap en de personen die hij/zij belangrijk vindt. Dit proces duurt maximaal één jaar en resulteert in een (PVB) ondersteuningsplan.

verschillende diensten om te gaan. Afstemming en coördinatie is daarom essentieel. Momenteel experimenteert men met casuscoördinatie. Bij een casuscoördinatie krijgt één van de betrokken diensten de coördinatie over de organisatie en het verloop van de ondersteuning toegewezen. Dit blijft duren tot de ondersteuning stopt.

Deze eerstelijnsdienst benadrukte tevens dat het belangrijk is om ondersteuning te bieden vertrekkende vanuit de verschillende concentrische cirkels. Het persoonlijk netwerk proberen te betrekken bij ondersteuning is belangrijk, maar men mag niet vergeten dat daarnaast soms ook de nood blijft aan professionele ondersteuning (al dan niet RTH).

Tot slot is een andere eerstelijnsdienst voorstander van meer flexibiliteit in een ondersteuningstraject. Persoonlijke noden en situaties veranderen voortdurend. Periodes waarin intensieve, handicap-specifieke ondersteuning nodig is, kan worden afgewisseld door periodes waarin beperkte ondersteuning voldoende is. Er zou daarom vlotter moeten worden geschakeld tussen de ondersteuning geboden door RTH-diensten en reguliere diensten. Dit veronderstelt een flexibele ingesteldheid en de reflex om af en toe ondersteuning aan anderen over te laten.

#### 1.3.1.3 Vanuit DOP-perspectief

De DOP pikten hierop in en stellen dat bepaalde mensen geholpen kunnen worden zonder dat er RTH nodig is, daar waar handicap-specifieke hulp voor anderen wel langer of blijvend nodig is. Een proces van vraagverheldering en ondersteuningsplanning is nuttig om dit uit te klaren. De DOP vinden een ondersteuningsplan een goed uitgangspunt om ervoor te zorgen dat de verschillende betrokken diensten afgestemd op elkaar kunnen werken. Een ondersteuningsplan vertegenwoordigt de regie van de persoon met de handicap, maar niet iedereen is even assertief om dit plan te laten gelden. Aan de ene kant van het spectrum staan RTH-diensten die rekening houden met een ondersteuningsplan daar waar anderen dit (nog) niet (voldoende) doen.

Bijkomend vragen de DOP zich af vanuit welk perspectief reguliere en RTH-diensten aan vraagverduidelijking doen. Diensten die aanbodgestuurd werken, zullen volgens hen eerder vanuit hun eigen aanbod ondersteuning aanbieden. Trekt men bij de vraagverduidelijking effectief de ondersteuningsmogelijkheden breed genoeg open? Gaat men voldoende uit van de krachten van personen met een handicap?, etc.

Een DOP merkt een evolutie op sinds de invoering van PVF. Daar waar men vroeger personen nog relatief gemakkelijk kon doorverwijzen naar zowel reguliere als RTH-diensten, merkt men nu dat er in bepaalde regio's vaker wachttijden zijn. Sommige diensten begeleid wonen hebben een wachttijd van twee jaar. Dit is dan geen optie meer voor personen die daaraan meteen nood hebben. Reguliere diensten kunnen op korte termijn een alternatief vormen, maar hun aanbod is beperkter en niet voor iedereen gespecialiseerd genoeg. Als mensen geen ondersteuning kunnen plannen waarbij zowel de mogelijkheden van het netwerk, de reguliere als gespecialiseerde diensten kunnen worden ingezet, is een suboptimale ondersteuning die geen structureel antwoord biedt het resultaat.

De DOP zijn overtuigd van het nut dat RTH-diensten kunnen hebben als *backoffice* van reguliere en eerstelijnsdiensten. RTH-diensten kunnen een belangrijke rol spelen bij het overdragen van basisinzichten zodat ook niet-handicap-specifieke diensten al in een bepaalde ondersteuning kunnen voorzien en deze zo goed mogelijk continueren waarbij ze steeds kunnen terugvallen op de input van een RTH-dienst die optreedt wanneer een situatie erom vraagt.

De DOP merken dat sommige RTH-diensten toch nog te vaak alle ondersteuning naar zich toe trekken, inclusief taken die beter door andere diensten zouden worden opgenomen. Als voorbeeld werd het verschil aangehaald tussen koken voor iemand (regulier) en iemand leren koken (RTH). Anderzijds merken de DOP ook op dat sommige reguliere diensten zich mogelijks nog niet altijd voldoende openstellen voor personen met een handicap. Wat dit betreft refereerde een DOP naar de wachttijden waarmee ook eerstelijns en reguliere diensten in bepaalde regio's steeds vaker worden geconfronteerd<sup>26</sup>. Wachttijden kunnen voor sommige eerstelijns en reguliere diensten misschien een aanleiding zijn om personen met intensieve noden die langdurig ondersteuning vragen niet zelf verder te helpen, maar door te verwijzen naar RTH-diensten (die ook met wachttijden worden geconfronteerd). Sommige eerstelijns en reguliere diensten zouden personen met (té) intensieve en langdurige handicapspecifieke zorgnoden kunnen beschouwen als een mogelijke blokkade voor de eigen vlotte cliëntdoorstroom.

### 1.3.2 Onderscheid handicapspecifieke en reguliere ondersteuning

Twee thuisbegeleidingsdiensten vinden zichzelf expert in het omgaan met een bepaalde handicap. Het is deze handicapspecifieke expertise die hun dienstverlening onderscheidt van hetgeen reguliere diensten kunnen bieden. Volgens één van deze thuisbegeleidingsdiensten zit expertise niet enkel vevat in theoretische kennis, maar vooral ook in het praktisch omgaan met personen met een handicap (de methodieken, vaardigheden, ...). De bevroagde thuisbegeleidingsdiensten en een dienst begeleid wonen zijn van mening dat in bepaalde situaties ook een handicapspecifieke vertaalslag nodig is vanuit een RTH-dienst. Zowel begeleiders vanuit de thuisbegeleidingsdienst als de dienst begeleid wonen vergezellen soms cliënten tijdens een afspraak bij andere diensten (bv. een CAW om administratieve documenten in orde te brengen). De RTH-diensten zorgen voor de vlotte communicatie/afstemming tussen de cliënt en de andere dienst.

Een dienst begeleid wonen vindt dat verschillende diensten betrokken bij een persoon met een handicap elk vanuit hun eigen expertise complementair op elkaar zouden moeten worden ingezet. Het is geen of-of verhaal, maar veeleer een en-en verhaal. Hoewel reguliere diensten een meerwaarde kunnen betekenen voor personen met een handicap, zullen er ook altijd personen en situaties zijn waarin de handicapspecifieke expertise van een RTH-dienst noodzakelijk is.

De buurtwerking die werd bevroagd, is het hiermee eens. Als buurtwerker kunnen ze de mensen met een handicap die bij hen terechtkomen beperkt verder helpen of alvast doorverwijzen naar reguliere diensten, maar bepaalde noden vereisen een gespecialiseerde aanpak. De buurtwerking en RTH-dienst waarmee wordt samengewerkt, merken hierin beide een spanningsveld op. De RTH-dienst beschikt over de noodzakelijke expertise, maar de wachttijden vormen een knelpunt. Men vindt het belangrijk om situaties te vermijden waarin een buurtwerk toch probeert om, buiten hun expertise om, alvast te helpen door zelf mensen te willen ondersteunen.

De reguliere en eerstelijnsdiensten die werden bevroagd, gaven allen aan dat zij niet over de handicapspecifieke expertise beschikken dewelke eigen is aan RTH-diensten. Ze hebben een eigen specialisatie. De medewerkers van Familiehulp zijn bv. gespecialiseerd in lichaamszorg, organisatie van het huishouden, etc. De medewerkers van de DMW zijn dan weer expert in rechtenuitputting en het indienen van aanvragen. De DMW hebben wel de indruk dat hun expertise meer en meer wordt

---

<sup>26</sup> CAW Leuven werd als voorbeeld aangehaald. De olopemde wachttijden vormen daar een uitgesproken trend.



overgenomen vanuit RTH-diensten. Net zoals de RTH-diensten die werden bevroegd, vinden de DMW ook dat er meer vanuit een complementaire ingesteldheid moet worden gewerkt.

Een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg alsook een eerstelijnsdienst zijn van mening dat er altijd een grijze zone zal zijn tussen hetgeen zij aanbieden en wat RTH-diensten doen. De eerstelijnsdienst verduidelijkt dit door te verwijzen naar hun aanbod begeleid zelfstandig wonen. Zelf bieden ze dit aan een breed publiek aan daar waar een RTH-dienst zich focust op personen met een handicap. Voor personen met een vermoeden van een handicap is er hierin een overlap.

Het onderscheid tussen RTH en reguliere ondersteuning is ook terug te brengen naar de manier waarop diensten werken, stelden een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg alsook een eerstelijnsdienst. De ondersteuning geboden door de bevroegde dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg is beperkt tot een paar uur per week. De ondersteuning die een RTH-dienst kan bieden, is intensiever. Bovendien kan een RTH-dienst meer garanties bieden voor wat betreft continuïteit in de dienstverlening. Als een verzorgende ziek is, moet het weekschema worden aangepast. Voor een eerstelijnsdienst is het tijdelijke karakter van hun ondersteuning een belangrijke onderscheidende factor.

Deze dienst is van mening dat het niet opportuun zou zijn om een artificiële grens te trekken in hetgeen verschillende diensten doen. Dit is zeker het geval voor personen met een multiproblematiek die net nood hebben aan een goede wisselwerking tussen diensten. Daarenboven is hetgeen waaraan cliënten nood hebben afhankelijk van persoon tot persoon. Het is de persoon zelf die beslist door welke dienst hij ondersteund wil worden. Hetgeen een dienst kan bieden, is afhankelijk van de handicap, de zorgvragen, de competenties waarover een dienst beschikt om aan zorgvragen tegemoet te komen, etc.

Bij een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg wordt op basis van de vooropgestelde zorgdoelstellingen bepaald wat ze als reguliere dienst kunnen opnemen dan wel waarvoor een dienst met meer handicapspecifieke kennis het meest geschikt is. Een illustratie:

*Een moeder vroeg aan de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg of ze met haar en haar volwassen zoon konden gaan wandelen. Haar zoon had een handicap, vertoonde soms agressief gedrag en had de neiging om af en toe weg te lopen. De dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg is nagegaan wat de eigenlijke doelstelling van deze zorgvraag was: de moeder wilde iemand hebben die haar zoon tijdens de wandeling ondersteunde en mee instond voor de veiligheid van hemzelf en anderen. Hoewel de medewerkers van de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg over de nodige competenties beschikken om iemand te begeleiden tijdens een wandeling, hebben ze onvoldoende specifieke vaardigheden om preventief/reactief om te gaan met de handicap van deze persoon en de mogelijke gevolgen hiervan. Een RTH-dienst die ook al betrokken was bij de persoon heeft deze vraag opgenomen.*

*Wanneer het een vraag zou geweest zijn van een moeder met een zoon in een rolstoel die graag begeleiding had tijdens de wandeling omdat ze zelf minder mobiel is, dan zou de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg wel geholpen hebben. De zorgdoelstelling zou dan het ondersteunen van de moeder zijn.*

Een illustratie uit de praktijk van een andere dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg:

*De ouders van een jongen met een handicap, wilde graag dat de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (die al betrokken was bij de ondersteuning in de thuissituatie) hun zoon zou vergezellen tijdens de voetbalmatchen van zijn favoriete club. Dat de jongen naar de matches zou kunnen gaan, betekende veel voor hem. In eerste instantie zou men eerder aan een vrijwilliger hebben gedacht (een goedkopere vorm van ondersteuning), maar de ouders gaven expliciet aan dat ze een begeleider vanuit de dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg wilde inschakelen. Ze wilde iemand die toch al enigszins vertrouwd was met de situatie en een basiskennis had om met de problematiek van hun zoon om te gaan.*

Hoewel het onderscheid tussen RTH en reguliere dienstverlening steeds afhankelijk is van verschillende factoren, zou een lijst met indicatoren daarin wel richting kunnen bieden, vinden de DOP. RTH-diensten zouden voor zichzelf moeten nagaan waarin hun eigenheid schuilt en waarin het verschil met andere diensten precies ligt. Tot slot gaf men mee dat RTH-medewerkers mogelijks niet altijd voldoende beseffen hoe duur en gespecialiseerd de ondersteuning is die ze aanbieden.

#### **1.4 Samenvatting**

Uit de verkennende gesprekken blijkt dat er zowel aan outreach wordt gedaan alsook dat er kennis en expertise m.b.t. een specifieke cliënt wordt gedeeld. Daarnaast wordt er samengewerkt rond een cliënt en ontstaan er ook structurele (inter)sectorele samenwerkingsverbanden op organisatieniveau en/of rond gezamenlijke projecten.

Op één uitzondering na (een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding), bieden alle bevraagde RTH-diensten outreach aan. Tijdens gesprekken met enkele RTH-diensten, maar tevens DOP werd verwezen naar de, volgens hen, té beperkte definiëring van outreach. Outreach zou volgens RTH-diensten ook kennisdeling op cliëntniveau mogen omvatten. Dit persoonsgebonden aspect is ook een insteek van de DOP die vinden dat het netwerk rond een persoon met een handicap gebaat zou zijn met handicapspecifieke *tips and tricks* die specifiek op de persoon in kwestie van toepassing zijn.

Vanuit het gebruikersperspectief worden hierbij toch enkele bezorgdheden geuit. Outreach zou volgens hen uitsluitend mogen worden opgevat als een uniek leermoment in functie van de noden van een persoon met een handicap. Gebruikersverenigingen zouden ook een rol kunnen spelen bij de overdracht van kennis en tips m.b.t. handicap. Vanuit het gebruikersperspectief hebben diensten ook een verantwoordelijk om bv. via een opleiding te investeren in meer handicapspecifieke kennis.

Meerdere stakeholders, zowel RTH-diensten als diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg en eerstelijnsdiensten vinden het relevant om op cliëntniveau kennis te delen. Uit praktijkervaringen blijkt bovendien dat dit ook meermaals gebeurt. Uit de gesprekken werd duidelijk dat kennisdeling rond een specifieke cliënt voor hen een meerwaarde vormt omdat de opgedane kennis meteen binnen een concrete casus kan worden toegepast.

Iedereen die werd bevraagd, vindt dat outreach, kennisdeling op cliëntniveau en/of (inter)sectorale samenwerking een toegevoegde waarde heeft. De positieve impact hiervan op zowel de personen met een handicap als de ondersteuners wordt door iedereen erkend. Het draagt bij tot meer inclusie, zorg

op maat en een meer kwaliteitsvolle ondersteuning. Outreach zorgt ervoor dat reguliere diensten meer toegankelijk worden voor personen met een handicap en daardoor kan ondersteuning in bepaalde gevallen ook goedkoper worden georganiseerd. Ondersteuners voelen zich meer zelfverzekerd in hun omgang met personen met een handicap. Door middel van praktijkgerichte handicapspecifieke adviezen en tips zijn ze ook beter in staat om met bepaalde situaties, die de eigen competenties overstijgen, om te gaan. Kruisbestuiving zowel op algemeen als cliëntniveau en onderlinge samenwerking wordt eveneens als relevant ervaren, vooral wanneer het een multiproblematiek betreft. De uitbreiding van het professionele netwerk en het verwerven van nieuwe inzichten werden ook genoemd als voordelen van (inter)sectorale samenwerkingsverbanden.

Hoewel bijna alle bevroegde RTH-diensten outreach aanbieden, werd er toch verwezen naar een spanningsveld tussen outreach aanbieden en inzetten op de *core business*, het bieden van ondersteuning waarbij er wordt geprobeerd om de wachttijden zo beperkt mogelijk te houden. Voor een dienst begeleid wonen is outreach een aanbod dat men bovenop de beschikbare middelen aanbiedt. Zonder dit te veralgemenen, blijkt daarnaast uit de verkennende gesprekken dat het type RTH-dienst, de historiek en gewoontes en regio waarin men actief is mogelijks ook een rol speelt bij het wel/niet aanbieden van outreach. Er werd ook verwezen naar de angst die misschien leeft bij sommige RTH-diensten om overbodig gemaakt te worden, hun specifieke eigenheid en kwaliteit te verliezen. De financiële onzekerheid en verantwoordelijkheid die ze hebben ten aanzien van hun personeel, speelt hierin mogelijks ook mee. Vanuit reguliere hoek denkt men soms dat sommige RTH-diensten hen als concurrenten beschouwen. Dit aanvoelen mag echter niet worden veralgemeend.

Op basis van het eerstelijns en reguliere perspectief werd duidelijk dat mogelijks niet iedereen voldoende de RTH-diensten en hun (outreach) aanbod kent. Vanuit het RTH-perspectief blijkt dat sommige RTH-diensten inzetten op het bekender maken van hun outreach aanbod. Anderen doen dit niet of brengen dit eerder sporadisch ter sprake wanneer een situatie zich daartoe leent.

Een specifiek ervaren nood, hiaat in de dienstverlening of concrete situatie waarbij men botst op de grenzen van de eigen expertise vormt veelal de aanleiding tot outreach. Dit is eveneens het geval voor wat betreft kennisdeling op cliëntniveau. Een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg doet niet enkel een beroep op outreach, maar deelt zelf ook expertise. Het is de ervaring van deze dienst dat RTH-diensten echter slechts in beperkte mate reguliere expertise inroepen.

Er wordt aan/met diverse partners outreach aangeboden, kennis op cliëntniveau gedeeld en samengewerkt – al dan niet op cliëntniveau: psychiatrie, (wijk)teams OCMW, CAW, buurtwerking, thuiszorgdiensten, Huizen van het Kind, diensten voor gezinsondersteuning, kinderopvang, Solidariteit voor het Gezin, zorgboerderijen, scholen, etc. RTH-diensten bieden ook aan andere RTH-diensten outreach aan.

De manier waarop outreach vorm krijgt, is afhankelijk van wat wordt gevraagd en de tijd die beschikbaar is. Het is gericht op het bieden van concrete inzichten en vaardigheden die in de praktijk kunnen worden toegepast en kan diverse vormen aannemen: een film gevolgd door een discussiemoment, samen nadenken op basis van enkele casusvoorbeelden, inleefsessies, etc. Outreach gebeurt zowel in een beperkte als grote groep.

Outreach gebeurt zowel sporadisch naar aanleiding van een enkele vraag als op regelmatige basis. Kennisdeling en samenwerking op cliëntniveau gebeurt doorgaans regelmatig. Er zijn ook RTH-diensten die structurele (inter)sectorale samenwerkingsverbanden aangaan met andere diensten.

Hoewel iedereen een meerwaarde ziet in outreach, kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking, blijkt uit de gesprekken dat hieraan ook voorwaarden worden gesteld. De bevroegde RTH-diensten wijzen erop dat (meer) inzetten op outreach meer middelen vergt. Volgens een RTH-dienst (thuisbegeleidingsdienst) is outreach momenteel afhankelijk van de individuele inspanningen die een RTH-dienst wil doen en de *goodwill* van begeleiders. De verschillende financieringsmechanismen werden tijdens een paar gesprekken aangehaald als een hindernis voor (intersectorale) samenwerking. Er werd tevens opgemerkt dat het ook belangrijk is om elkaar, als verschillende diensten, (beter) te leren kennen, en vooral elkaar sterktes en eigenheid te ontdekken alsook te respecteren. Personen vinden binnen andere diensten die een gelijkaardige visie delen en dezelfde doelstellingen willen vooropstellen, is ook een belangrijke voorwaarde volgens sommigen.

De bevroegde RTH-diensten (mits één uitzondering – een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding), diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg en eerstelijnsdiensten gaven aan dat de vraag van de cliënt centraal staat, dat het plannen van de ondersteuning steeds gebeurt in overleg met de cliënt en/of de mantelzorgers en dat men een overzicht biedt van beschikbare mogelijkheden, handicapspecifiek dan wel regulier. Dit zijn ook cruciale voorwaarden die vanuit het perspectief van de gebruikers werden vooropgesteld. Vanuit de DOP werd echter de vraag gesteld in hoeverre de vraagverheldering en mogelijkheden voldoende worden opgetrokken. RTH als aanbodgestuurd systeem vormt hierin volgens de gebruikersverenigingen ook een knelpunt.

Uit een aantal gesprekken bleek dat de wachttijden binnen RTH een hindernis vormen om meteen op alle vragen van cliënten te kunnen ingaan. Er wordt geprobeerd om prioriteit te geven aan het meest dringende aspect van de zorgvraag waarbij er voor de resterende zorgnoden via reguliere diensten wordt gezocht naar een tijdelijke tussenoplossing. Hoewel reguliere diensten voor bepaalde personen een goed alternatief zijn, is de geboden ondersteuning niet voor iedereen ideaal. Bepaalde noden en situaties vereisen handicapspecifieke ondersteuning. Daarnaast werd er door een DOP eveneens geopperd dat bepaalde reguliere diensten, zij het regionaal, ook met oplopende wachttijden worden geconfronteerd dewelke mogelijks een invloed hebben op het wel/niet (tijdelijk kunnen) ondersteunen van personen met handicap bij hun (intensieve) zorgvragen en het kunnen blijven garanderen van de eigen vlotte doorstroom.

Als er wordt samengewerkt rond een cliënt is onderlinge afstemming essentieel, stelden alle stakeholders. Dit gebeurt op verschillende manieren (bv. casuscoördinatie, gezamenlijk zorgverleningsplan). Volgens de DOP is een ondersteuningsplan, als het wordt gerespecteerd, een goed uitgangspunt voor afstemming tussen betrokken diensten. Niet alle personen met een handicap zijn echter even assertief om de eigen regie te laten gelden.

Zowel ondersteuning geboden vanuit het persoonlijke netwerk, maar evenzeer professionele ondersteuning (RTH dan wel regulier) zal altijd nodig zijn om een goede ondersteuningspuzzel te kunnen leggen. Het is geen of-of verhaal, maar een en-en verhaal waarbij er ook zou moeten worden gekeken naar de krachten van de persoon zelf en de mogelijkheden van vrijwilligers. Uit de verkennende gesprekken werd duidelijk dat elk zijn eigen specialisatie heeft en dat ondersteuning aan personen met een handicap idealiter vanuit deze complementariteit wordt ingezet.

De handicapspecifieke expertise waarover RTH-diensten beschikken, vormt het belangrijkste onderscheid met hetgeen reguliere diensten kunnen bieden. De handicapspecifieke expertise zit niet enkel vevat in kennis, maar evenzeer in het omzetten van deze kennis naar de praktijk en bv. het bieden van een verstaalslag tussen cliënt en andere diensten. Het onderscheid heeft ook te maken met de

intensiteit en duur van de ondersteuning die kan worden geboden. De ondersteuning geboden door reguliere diensten is vaker beperkt in tijd alsook minder intensief. Indien nodig kunnen RTH-diensten een langer (leer)proces aangaan met hun cliënten. Daarnaast is het inzetten van reguliere en/of RTH-ondersteuning steeds afhankelijk van cliëntsituatie tot cliëntsituatie waarbij elementen zoals de handicap, de context, de keuze van de persoon zelf, etc. ook steeds een rol speelt.

Desalniettemin zal er altijd een grijze zone blijven bestaan, maar het trekken van een artificiële grens lijkt niet aangewezen, zeker niet wanneer het personen met een multiproblematiek betreft. Het is vooral aangewezen dat elke dienst voor zichzelf nagaat waarin zijn eigenheid en sterktes schuilen, werd duidelijk uit een gesprek met de DOP.

## 2 Synthese focusgroepen

Hieronder worden de bevindingen uit de focusgroepen beschreven. Het betreft de focusgroep waarbij er ook aandacht was voor minderjarigen en de focusgroep meerderjarigen. De resultaten uit beide focusgroepen werden gebundeld volgens de drie kern topics uit dit onderzoek: 1) profiel van de RTH-cliënt, 2) RTH-aanbod en 3) outreach, kennisdeling en samenwerking. Daar waar het een mening betreft die niet werd gedragen door alle deelnemers, wordt dit verder genuanceerd.

### 2.1 Profiel

#### 2.1.1 RTH-punten

In beide focusgroepen werd door de aanwezige RTH-diensten verwezen naar personen binnen RTH die wachten op een PVB. Hoewel iedereen begrijpt dat deze mensen in afwachting van hun PVB alternatieve oplossingen proberen te zoeken, behoren ze niet tot de 'terechte' RTH-cliënt. Hun noden zijn te intens om voldoende ondersteund te worden via RTH. Voor hen zijn acht RTH punten ontoereikend. Idealiter zou men moeten proberen om RTH zo zuiver mogelijk te houden opdat zo veel mogelijk mensen die effectief gebaat zijn met RTH, kunnen worden geholpen.

Een RTH-cliënt is volgens een thuisbegeleidingsdienst iemand die maar een beperkte ondersteuningsnood heeft (bv. één keer per week dagopvang). Een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen en thuisbegeleiding bemerkte dat vier à vijf RTH punten per jaar voor het merendeel van hun cliënteel effectief voldoende is. Hierbij aansluitend verwees een dienst begeleid wonen naar cliënten die inderdaad (levenslang) slechts met een aantal begeleidingssessies per jaar toekomen. Het betreft dan een regelmatig terugkerende 'check' met een vertrouwde begeleider waarbij wordt afgetoetst of alles nog verloopt zoals het hoort.

Uiteraard zijn er ook personen die op termijn nood zullen hebben aan meer intensieve ondersteuning. Een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen en thuisbegeleiding zei dat momenteel ongeveer 20% van hun cliënteel kinderen en jongeren zijn met complexe, zeer intensieve problematieken die waarschijnlijk zullen doorstromen naar nRTH. Volgens deelnemers aan beide focusgroepen zou men wel moeten vermijden dat de nood van personen (vroegtijdig) escaleert doordat ze niet tijdig binnen RTH (al dan niet in combinatie met andere ondersteuningsvormen) kunnen worden geholpen. Er zijn immers wachttijden binnen RTH die bij een aanwezige dienst begeleid wonen ondertussen zijn opgelopen tot 2,5 jaar.

De relatief lage gemiddelde inzet van RTH punten per cliënt per jaar<sup>27</sup> kan door enkele RTH-diensten mogelijks worden verklaard doordat het punten betreft die bv. op het einde van het jaar werden ingezet of gebruikt werden voor een kortlopende begeleiding. Anderzijds kan dit ook worden verklaard doordat sommige RTH-diensten al, zij het in beperkte mate, hulp proberen te bieden aan personen die wachten op RTH. Een thuisbegeleidingsdienst verwees wat dit betreft naar de overbruggingshulp die men aan wachtenden geeft. Een cursus voor ouders m.b.t. handicap en het gezin of een groepsbegeleiding zijn hiervan voorbeelden. Andere RTH-diensten proberen eveneens ook al een beperkte vorm van hulp te voorzien voor diegenen die wachten op RTH.

### 2.1.2 Grens RTH - nRTH

Enkele RTH-diensten die zich focussen op kinderen en jongeren (thuisbegeleidingsdienst en vergunde zorgaanbieders zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding) gaven aan dat er onder hun cliënteel momenteel een paar personen zijn die zich op de grens tussen RTH en nRTH bevinden. Deze personen zullen op termijn mogelijks een PVB-aanvraag indienen en waarschijnlijk in budgetcategorie één terechtkomen, terwijl ze, mits een beperkte uitbreiding van RTH-middelen, binnen RTH goed zouden kunnen worden ondersteund, aldus een thuisbegeleidingsdienst.

Bijkomend gaven andere RTH-diensten (diensten begeleid wonen) aan dat bepaalde personen die nu al een PVB-budgetcategorie één krijgen een goed ondersteuningsalternatief zouden kunnen vinden binnen RTH (al dan niet in combinatie met andere ondersteuningsvormen). Een gebruikersvereniging zei eveneens dat bepaalde personen binnen nRTH voldoende zouden kunnen worden ondersteund via RTH. Dit moet echter kritisch worden onderzocht.

Een verschuiving van de grens RTH – nRTH zou dus een optie kunnen zijn<sup>28</sup>, maar hieraan verbonden de deelnemers aan beide focusgroepen ook voorwaarden. Indien personen binnen PVB-budgetcategorie één hun ondersteuning via RTH en reguliere diensten zouden moeten organiseren, is een capaciteitsuitbreiding van zowel RTH als reguliere diensten noodzakelijk om iedereen de ondersteuning te kunnen bieden waarop men recht heeft.

Hierbij werd ook de bedenking gemaakt dat de objectieve zorgnood één aspect is dat hierbij in overweging dient genomen te worden. Daarnaast is er ook nog de zorgvraag van de cliënten zelf en wat ze voor zichzelf m.b.t. hun ondersteuning belangrijk vinden, aldus een DOP. Budgethouders hebben de mogelijkheid om volledig hun budget cash te besteden. Dit voorrecht valt weg wanneer ze niet langer een beroep zouden kunnen doen op een PVB.

Tot slot werd door een dienst begeleid wonen aangehaald dat het verschuiven van de grens tussen RTH en nRTH niet kan worden losgekoppeld van het volledige PVF-systeem. Het functioneren van het totale systeem zou hierbij in overweging moeten worden genomen. Volgens een eerstelijnsdienst kan dit bovendien ook niet onafhankelijk van andere beleidsdomeinen (zoals wonen, werk en mobiliteit) worden beschouwd.

---

<sup>27</sup> Bevinding gebaseerd op het kwantitatieve onderzoeksluik.

<sup>28</sup> HIVA-KU Leuven voert momenteel een onderzoek uit naar de besteding van het PVB door budgethouders categorie 1 en de mogelijkheden van RTH al dan niet in combinatie met reguliere ondersteuning. Dit in opdracht van het VAPH.

## 2.2 Aanbod

### 2.2.1 Preventie, flexibiliteit en capaciteit

Zoals eerder reeds werd aangehaald, proberen RTH-diensten in de mate van het mogelijke al beperkte (overbruggings)hulp te voorzien voor personen die wachten op RTH. Dit is, zeker voor gezinnen met jonge kinderen, een positief gegeven aldus een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding die zich op dit doelpubliek richt.

Tijdens beide focusgroepen werd door RTH-diensten de nadruk gelegd op het preventieve aspect van RTH. Als RTH tijdig genoeg kan worden ingeschakeld, zou een eventuele escalatie van noden en meer intensieve, dure zorgvormen kunnen worden voorkomen. Hierbij werd benadrukt dat het belangrijk is dat er voldoende perspectief op beschikbare hulp kan worden geboden aan personen met een handicap. De huidige beperkte capaciteit vormt hierin momenteel een hindernis, stelden de RTH-diensten.

Tijdens de focusgroepen werd door de RTH-diensten aangehaald dat RTH voor bepaalde personen een constante rol in hun leven zal spelen. Anderzijds zijn er ook personen voor wie RTH eerder op bepaalde momenten meer nadrukkelijk aanwezig zal zijn. De RTH-diensten merkten wat dit betreft op dat de intensiteit van begeleiding varieert afhankelijk van bepaalde fases in het leven. Onverwachte (crisis)situaties of levensgebeurtenissen<sup>29</sup> kunnen aanleiding geven tot meer intensieve ondersteuning terwijl men op andere momenten voldoende zou kunnen hebben met een minder intens begeleidings-traject. Een RTH-dienst (een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding en met kinderen en jongeren als doelpubliek) merkte op dat er mensen zijn die RTH volgens hen beschouwen als een belangrijke *back-up* tijdens momenten dat het moeilijker gaat. Vanuit een eerstelijnsdienst werd opgemerkt dat RTH-diensten ook een cruciale rol kunnen spelen bij het stabiliseren van moeilijke thuissituaties waarna reguliere diensten de ondersteuning opnieuw kunnen overnemen of (terug) meer op de voorgrond kunnen treden. RTH is dan een tussentijdse vorm van ondersteuning.

De RTH-diensten zijn ervan overtuigd dat bepaalde cliënten voldoende kunnen worden geholpen wanneer ze een aantal keer in hun leven gedurende een bepaalde periode een traject kunnen volgen. Hierbij aansluitend verwezen enkele RTH-diensten naar cliënten wiens traject voor het einde van de ondersteuningstermijn succesvol zou kunnen worden afgerond. De lange wachttijden vormen hierin echter een hindernis, stelden een thuisbegeleidingsdienst en een gebruikersvereniging. De angst om zich opnieuw te moeten aanmelden en te wachten, maakt dat cliënten hiertoe niet bereid zijn. Er zijn momenteel dus personen die binnen RTH onnodig ondersteuning blijven krijgen. Men zou cliënten de garantie moeten kunnen bieden om na het afsluiten van hun ondersteuning binnen een redelijke termijn opnieuw geholpen te worden indien nodig.

Een gebruikersvereniging is voorstander om RTH persoonsvolgend te maken. Dit zou volgens hen zorgen voor meer flexibiliteit en zorg op maat waarbij de persoon met de handicap effectief zelf de regie in handen heeft. Via een persoonsvolgende RTH kan de persoon met de handicap dan zelf bepalen wanneer er ondersteuning nodig is en wanneer hij met minder zou geholpen zijn. Binnen een aanbod gestuurde RTH is kan er volgens deze gebruikersvereniging geen sprake zijn van flexibiliteit.

Alle aanwezige RTH-diensten vertelden dat men binnen de huidige capaciteitsgrenzen toch zo flexibel mogelijk probeert te werken. Ter nuancering merkte een dienst begeleid wonen op dat de mate waarin

---

<sup>29</sup> Een RTH-dienst die werkt met jonge kinderen gaf het voorbeeld van de overgang naar de lagere school als een overgangsfase in het leven die aanleiding geeft tot meer intensieve begeleiding.

men flexibel kan werken ook wordt beïnvloed door het aandeel cliënten die via de PVF-transitie bij hen zijn terechtgekomen. Dit type cliënteel vertegenwoordigd volgens deze RTH-dienst RTH-punten die niet flexibel inzetbaar zijn. Dit is een aspect dat volgens deze RTH-dienst niet mag worden vergeten. Als RTH-dienst heeft men zich immers geëngageerd om aan deze specifieke groep - 'transitiecliënten' - continuïteit in hun ondersteuning en zorggarantie te bieden. Alle RTH-diensten gaven aan dat er nood is aan meer middelen.

### 2.2.2 Betaalbaarheid en bekendheid

Naast RTH kan reguliere ondersteuning eveneens (mee) preventief werken<sup>30</sup>. Een eerstelijnsdienst opperde dat reguliere ondersteuning (bv. thuishulp) voor bepaalde personen ook een goede ondersteuningsvorm kan zijn. Indien het louter praktische hulp en ondersteuning betreft, zou dit moeten kunnen worden aangepakt vanuit het reguliere aanbod. Een gebruikersorganisatie sloot zich hierbij aan door te beklemtonen dat RTH-begeleiders voor dit type taken overgekwalificeerd en te duur zijn. Wanneer de intensiteit van de praktische, reguliere ondersteuning echter te hoog wordt, komt de betaalbaarheid hiervan voor sommigen in het gedrang. Een (te) snelle overstap naar nRTH kan hiervan een eventueel gevolg zijn, aldus de eerstelijnsdienst. Gebruikersverenigingen benadrukten eveneens dat betaalbaarheid problematisch kan zijn voor personen met een handicap die niet altijd beschikken over een voldoende hoog basisinkomen. Om betaalbaarheidsproblemen m.b.t. reguliere ondersteuning aan te pakken, zou men volgens de DMW kunnen werken met een maximumfactuur.

Naast betaalbaarheidskwesties binnen de reguliere sector verwees een gebruikersvereniging ook naar de (on)bekendheid van RTH bij personen met een handicap. Uit eigen onderzoek<sup>31</sup> bleek dat er nog steeds personen zijn die niet weten dat RTH bestaat. Vanuit een paar RTH-diensten werd hierop gereageerd door aan te geven dat men zichzelf niet promoot, maar dat 'hun' doelpubliek wel op de hoogte lijkt te zijn van hun bestaan. Anderzijds werd ook opgemerkt dat grotere RTH-diensten gemakkelijker naambekendheid kunnen realiseren dan kleine RTH-diensten.

### 2.2.3 Ondersteuningsfuncties

Een eerstelijnsdienst kaartte het ontbreken van respijtzorg en kortverblijf aan. Hoewel een DOP alsook enkele diensten begeleid wonen benadrukten dat er wel degelijk respijtzorg en kortverblijf binnen RTH mogelijk is, ervaart men vanuit de eerstelijnsdienst toch een gebrek hieraan. Men voelt zich genoodzaakt om hiervoor naar alternatieve oplossingen buiten de welzijnssector te zoeken. Een gebruikersvereniging onderstreepte dat het essentieel is dat personen met een handicap ook van deze ondersteuningsfuncties gebruik kunnen maken. Aangezien er wel een aanbod bestaat, lijkt dit mogelijks een indicatie te zijn van vraag en aanbod dat elkaar niet voldoende ontmoet, stelden een DOP alsook enkele RTH-diensten. Een RTH-dienst (dienst begeleid wonen) opperde bijkomend dat er mogelijks RTH-diensten zijn die de hiervoor toegekende middelen niet opgebruiken.

---

<sup>30</sup> Vanuit een eerstelijnsdienst met een thuiszorgaanbod werd de proactieve insteek van hun werking onderstreept. Deze dienst kan signalen oppikken m.b.t. kwetsbare situaties. Hoewel dit ook effectief gebeurt, is deze dienst omwille van capaciteitsgrenzen genoodzaakt om keuzes te maken in hun werking waardoor er echter ook een potentieel aan signalen niet kan worden gevaloriseerd naar een proactieve aanpak.

<sup>31</sup> Odisee hogeschool en HoGent startten in 2016 met een onderzoek naar de impact van persoonsvolgende financiering op de levenskwaliteit van personen met een handicap. Hun ervaringen met dit systeem staat centraal. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van de Vereniging voor Personen met een Handicap (VFG) en afgerond in 2019.



Er werd door een paar RTH-diensten (thuisbegeleidingsdienst en vergunde zorgaanbieders zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding) opgemerkt dat er een ongelijke verdeling is voor wat betreft het aanbod ondersteuningsfuncties. RTH-diensten zetten voornamelijk in op de ondersteuningsfunctie begeleiding. Dagopvang is volgens deze RTH-diensten een andere ondersteuningsfunctie die niet vaak wordt aangeboden, maar waar wel veel vraag naar is. De belangrijkste reden waarom RTH-diensten hier minder op inzetten, is volgens deze RTH-diensten te wijten aan de ontoereikende subsidiëring van deze ondersteuningsfunctie. Dezelfde opmerking werd gemaakt voor de ondersteuningsfunctie verblijf.

Een thuisbegeleidingsdienst die zich o.a. richt op kinderen en jongeren probeert daarom om deze ondersteuningsfuncties op een creatieve manier vorm te geven (bv. via kampen). Op die manier kunnen ze een goede oplossing bieden aan personen die tijdens de vakantieperiodes nood hebben aan opvang en daarnaast voldoende geholpen zijn met een beperkte inzet van begeleiding. Aansluitend hierop werd door een inclusiecoach<sup>32</sup> (sector kinderopvang) opgemerkt dat het voor vele ouders inderdaad moeilijk is om (langere) vakantieperiodes te overbruggen. Zowel de sector kinderopvang (buitenschoolse kinderopvang) als onderwijs krijgen meermaals vragen van ouders m.b.t. opvangmogelijkheden tijdens vakantieperiodes. De beschikbare middelen binnen de sector kinderopvang zijn echter ook beperkt, benadrukte een inclusiecoach. Door met RTH-diensten samen te werken, zou er misschien meer kunnen worden gerealiseerd.

Tijdens de focusgroep werd verteld dat veel RTH-diensten meer presteren dan hun beschikbare capaciteit. Men vertelde dat men probeert om zo veel mogelijk te realiseren binnen de middelen die er zijn. Zoals hierboven reeds werd aangegeven, is de creatieve invulling van bepaalde ondersteuningsfuncties een manier om dit te doen. Daarnaast zijn er ook RTH-diensten die een beroep doen op vrijwilligers. Een thuisbegeleidingsdienst werkt met vrijwilligers, maar plaatste hierbij ook een kanttekening. Hoewel vrijwilligers een meerwaarde bieden voor de eigen werking, vergt dit een tijdsinvestering van begeleiders. Vrijwilligers moeten worden aangetrokken en genoeg kunnen worden gemotiveerd om een engagement op langere termijn aan te gaan. Daarenboven moet er ook worden geïnvesteerd in hun handicapspecifieke kennis en praktijkgerichte vaardigheden zodat ze op een kwaliteitsvolle en veilige manier met cliënten kunnen omgaan. Tot slot moet een vrijwilligerswerking ook worden gecoördineerd. Dit zijn taken die begeleiders extra doen en waar geen middelen tegenover staan. Dit zou mogen veranderen volgens deze RTH-dienst. Vanuit een school voor buitengewoon onderwijs merkte men eveneens grenzen op m.b.t. hun vrijwilligerswerking. Binnen het onderwijs zijn altijd vrijwilligers nodig (bv. iemand die mee ondersteuning biedt tijdens een uitstap, iemand die helpt tijdens de middagpauze, etc.). Vrijwilligers zijn echter niet onuitputtelijk en moeten ook worden bijgestaan door een professional.

---

<sup>32</sup> In 2014 werden er, bij wijze van pilootfase, in een beperkt aantal van de in totaal 60 zorgregio's Centra voor Inclusieve Kinderopvang (CIK) opgericht (16/60). De CIK bieden zelf inclusieve kinderopvang aan, maar sensibiliseren en ondersteunen daarnaast ook andere kinderopvanglocaties bij het verder uitbouwen van kwalitatieve, inclusieve kinderopvang. Een inclusiecoach is verbonden aan een CIK en biedt ondersteuning aan m.b.t. inclusie via ondersteuningstrajecten en/of lerende netwerken.

#### 2.2.4 'Administratie' en 'activiteiten in de vrije tijd'

Administratie is een vaak voorkomende term die wordt gebruikt wanneer er naar de ondersteuningsfunctie begeleiding wordt verwezen. Enkele diensten begeleid wonen verduidelijken dat administratie een containerterm is die, veelal door cliënten zelf, wordt gebruikt. Meerdere personen met een handicap vragen in eerste instantie hulp bij 'het invullen van hun papieren'. Het is tevens een element binnen begeleiding dat door cliënten gemakkelijk kan worden benoemd. Voor RTH-diensten is de vraag naar administratieve ondersteuning vaak een ingang om samen met de persoon, indien hij dit wil, een versterkend, netwerk verbindend proces aan te gaan waarbij ook aandacht is voor andere aspecten in diens leven. Soms is de initiële vraag naar administratieve hulp een verdoken of impliciete hulpvraag naar meer ondersteuning. Wanneer personen met een handicap met hun administratie naar een CAW, OCMW of DMW gaan, kunnen ze hierin ook worden bijgestaan door RTH-begeleiders (bv. vertaalslag maken tussen cliënt en medewerker). Een eerstelijnsdienst vertelde dat ze (net als CAW, OCMW) eveneens proberen om met personen een verbindend proces aan te gaan dat indien nodig wordt opengetrokken. De toeleiding door RTH-diensten naar diensten binnen het geïntegreerd breed onthaal voor administratieve ondersteuning gebeurt volgens deze dienst nog te weinig.

RTH-diensten bieden ook activiteiten aan die onder de noemer 'ontspanning en vrije tijd' kunnen worden geplaatst. Een thuisbegeleidingsdienst die zich richt op personen met ASS vertelde hoe men o.a. dit type begeleidingsactiviteiten invult. Kinderen binnen deze doelgroep vinden niet altijd aansluiting in het reguliere vrije tijds circuit (bv. scouts). Soms hebben ze dit wel geprobeerd, maar was dit geen aangename ervaring (bv. pesten, overprikkeling). Door dergelijke activiteiten binnen RTH te organiseren probeert deze RTH-dienst de jongeren terug te motiveren voor dergelijke activiteiten. Het is de bedoeling dat ze, via een proces, terug ondervinden dat groepsactiviteiten leuk kunnen zijn zodat ze uiteindelijk toch weer aansluiting kunnen vinden bij het reguliere circuit. Tegelijkertijd wordt er via outreach ingezet op het handicapvriendelijk maken van het reguliere aanbod.

### 2.3 Outreach, kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking

#### 2.3.1 Outreach

Tijdens beide focusgroepen werd verwezen naar het spanningsveld dat bestaat tussen outreach enerzijds en het bieden van ondersteuning anderzijds. Een thuisbegeleidingsdienst meent dat dit spanningsveld door sommige RTH-diensten als argument wordt gebruikt om geen outreach aan te bieden. Zelf reserveert deze RTH-dienst een bepaald percentage van de jaarlijkse capaciteit voor outreach. Men investeert hierin vanuit de overtuiging dat outreach een bijdrage kan leveren aan het verminderen van de wachtlijsten. Deze RTH-dienst is ervan overtuigd dat de overdracht van handicap-specifieke kennis ervoor zou kunnen zorgen dat er op (lange) termijn minder doorverwijzingen naar RTH zullen zijn.

De meerwaarde van outreach werd ook erkend door een school buitengewoon onderwijs, een inclusiecoach, een organisatie voor jongerenwelzijn en een eerstelijnsdienst. Allen hebben ze hiervan in het verleden al gebruik gemaakt. De organisatie binnen de sector jongerenwelzijn verwees naar de positieve impact die outreach had op de medewerkers. Ze zijn alerter voor bepaalde gedragingen en problematieken van cliënten. De inclusiecoach gaf eveneens aan dat de positieve impact van outreach binnen de kinderopvang voelbaar is. Kinderbegeleiders voelen zich gesterkt door de concrete handvatten die ze aangereikt krijgen. Bovendien merkte de inclusiecoach op dat de via outreach verkregen adviezen soms algemene richtlijnen worden. Het zijn niet langer uitzonderingsmaatregelen,

maar regels die onderdeel zijn geworden van de basiszorg<sup>33</sup>. Een vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding getuigde van een gelijkaardige ervaring. Scholen waar men al meerdere keren outreach aanbood, zijn dankzij de opgedane kennis steeds vaker in staat om zelfstandig met bepaalde handicap gerelateerde moeilijkheden om te gaan. Uiteindelijk hebben ze minder nood aan outreach omdat ze ondertussen zelf al over voldoende basiskennis en vaardigheden beschikken om zonder extra input met bepaalde situaties om te gaan<sup>34</sup>.

De inclusiecoach merkte op dat hieraan ook een leerproces verbonden is. Uit eigen praktijkervaringen blijkt dat de link tussen eerder aangereikte handvatten en volgende, gelijkaardige situaties niet altijd meteen wordt gelegd door de kinderbegeleiders. Het is pas wanneer men de opgedane kennis regelmatig in de praktijk kan brengen dat de reflex ontstaat om de kennis ook bij vergelijkbare cases toe te passen. Als inclusiecoach kan men dit proces versnellen door kinderbegeleiders te ondersteunen bij het verruimen van hun blik hierin<sup>35</sup>. Vanuit de school voor bijzonder onderwijs werd bijkomend opgemerkt dat leerkrachten soms ook bevestiging nodig hebben in hun omgang met kinderen met een handicap: 'doe ik het goed (genoeg)?'. Hierop aansluitend vertelde zowel de inclusiecoach als een RTH-dienst dat er vaak ook al veel krachten aanwezig zijn in teams die het ideale startpunt vormen voor outreach.

Vanuit een eerstelijnsdienst werd de (on)bekendheid van outreach aangehaald. Volgens deze eerstelijnsdienst zijn er mogelijk nog veel diensten die niet weten dat ze hierop een beroep kunnen doen. Vanuit de school voor bijzonder onderwijs sloot men zich hierbij aan. Het is moeilijk om als leerkracht, maatschappelijk werker, etc. een volledig overzicht te hebben van diensten die kunnen worden gecontacteerd. Complexe situaties vragen vaak ook de input en inzichten die bij meerdere diensten aanwezig zijn. Het zou nuttig zijn indien men een beroep zou kunnen doen op een bepaalde instantie of persoon die hiervan goed op de hoogte is. De inclusiecoach ziet hierin binnen de sector kinderopvang een belangrijke rol voor zichzelf weggelegd. Een inclusiecoach is binnen een bepaalde zorgregio een brugfiguur tussen de kinderopvang en alle mogelijke diensten die ondersteuning en kennis kunnen bieden. Momenteel zijn er echter nog altijd kinderen die door kinderopvanglocaties worden geweigerd omdat kinderbegeleiders onvoldoende weten op wie ze een beroep kunnen doen voor ondersteuning, zei de inclusiecoach.

---

<sup>33</sup> Uit het onderzoek 'Analyse van de ondersteuningsbehoefte van de formele kinderopvang m.b.t. de inclusieve opvang en een analyse van de ervaringen van de Centra voor Inclusieve Kinderopvang' (Op de Beeck, L., Teppers, E., Schepers, W., Van Regenmortel, T., 2019 - <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/2019-07-rapport-23-swvg-ef35-inclusieve.pdf>) blijkt inderdaad dat kinderopvanglocaties inspanningen leveren om de inclusieve opvang van kinderen met (een vermoeden van) specifieke zorgbehoeften (waaronder o.a. (vermoeden van) handicap) beter te kunnen realiseren. Er wordt o.a. ingezet op kennisverhoging waarbij er onder meer op zoek wordt gegaan naar tips en ervaringen rond inclusief werken en gespecialiseerd advies wordt ingewonnen bij o.a. handicapspecifieke diensten (VAPH-voorzieningen, thuisbegeleidingsdiensten, MPI). Het verkregen advies en de aangereikte handvatten worden als een meerwaarde beschouwd en zorgen er mede voor dat kinderbegeleiders beter kunnen omgaan met kinderen met (vermoedens van) specifieke zorgbehoeften.

<sup>34</sup> Deze RTH-dienst merkt op dat meerdere diensten en kleuterscholen al een goede basiskennis hebben over ASS (de handicap waarop deze RTH-dienst zich richt). Visualisaties zijn een essentieel onderdeel wanneer er wordt gewerkt met kinderen met ASS. Deze visualisaties zijn echter niet altijd op maat van een peuter/(jonge) kleuter. Wanneer er bijkomend sprake is van een verstandelijke beperking, vormt dit een extra moeilijkheid. Vooral het werken met visualisaties op sensatie- en presentatieniveau blijft daarom voor heel wat kinderbegeleiders en kleuterjuffen wel een moeilijke oefening.

<sup>35</sup> Voor meer uitleg over de rol van inclusiecoaches inzake inclusieve kinderopvang verwijzen we naar het onderzoek 'Analyse van de ondersteuningsbehoefte van de formele kinderopvang m.b.t. de inclusieve opvang en een analyse van de ervaringen van de Centra voor Inclusieve Kinderopvang' waarnaar eerder al werd verwezen in dit onderzoek.

RTH-diensten merken op dat het een evenwichtsoefening blijft om het bieden van ondersteuning en outreach te combineren binnen de middelen die momenteel beschikbaar zijn. Een thuisbegeleidingsdienst zou outreach stimuleren door RTH-diensten die erop inzetten, te belonen met meer middelen (bv. een uitbreiding met hetzelfde aantal middelen dat men in outreach investeerde). Daarnaast is het volgens deze RTH-dienst belangrijk dat RTH-diensten voldoende schaalgrootte hebben om aan outreach te kunnen doen. Hierop werd echter een kanttekening gemaakt door andere RTH-diensten en de school voor buitengewoon onderwijs. Voor bepaalde RTH-diensten is een schaalvergroting niet aan de orde omdat ze zich richten op een specifiek en zeer beperkt doelpubliek (bv. personen met een motorische beperking). Deze specialisaties en expertises moeten ook kunnen worden behouden en doorgegeven.

Er werd ook opgemerkt dat het niet de bedoeling is om via outreach van reguliere diensten handicapspecifieke experts te maken. Omgekeerd merkte een RTH-dienst (thuisbegeleidingsdienst) ook op dat het niet de bedoeling mag zijn om het RTH-aanbod te laten smelten met hetgeen reguliere diensten bieden. Elk type dienst heeft z'n eigen expertise die, met respect voor ieders eigenheid, via kruisbestuiving kan worden overgedragen. Vanuit een eerstelijnsdienst werd echter opgemerkt dit nog te weinig gebeurt. Tot op heden zijn het vooral RTH-diensten die kennis overdragen naar derden.

Desalniettemin werd de meerwaarde van outreach, kennisdeling op cliëntniveau en samenwerking erkend. Een RTH-dienst (thuisbegeleidingsdienst) verwees wat dit betreft ook naar GIO<sup>36</sup> als een goed initiatief waaruit volgens deze dienst ook blijkt dat men vanuit de overheid hierop steeds meer wil inzetten.

Tot slot vermeldde een gebruikersvereniging dat outreach idealiter zou worden opgevat als een cliëntgebonden overdracht van kennis en vaardigheden aan andere diensten. Gebruikersverenigingen zouden een rol kunnen spelen bij de niet-clientgebonden transfer van (praktijk)kennis en tips omtrent handicap.

### 2.3.2 Kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking

Alle deelnemers aan de focusgroepen zijn voorstander van (meer) (inter)sectorale samenwerking. Uit meerdere getuigenissen blijkt dat er al wordt overlegd en samengewerkt. Een dienst begeleidt wonen merkte op dat RTH-begeleiders soms deelnemen aan onthaalmomenten georganiseerd door de wijkteams van het CAW. Een eerstelijnsdienst vertelde dat men in het kader van een project rond thuisloosheid niet enkel expertise inkoop bij een RTH-dienst, maar daarnaast ook via procesmatig overleg, duo-begeleidingen, ... samenwerkt rond een gemeenschappelijke cliënt. Een stap verder in de samenwerkingsverbanden is de vorming van (inter)sectorale teams bestaande uit medewerkers die vanuit hun eigen organisatie voor een bepaalde periode worden gedetacheerd om samen rond een bepaald thema te werken<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> GIO = globale individuele ondersteuning. Het is een aparte functie binnen RTH, specifiek voor kinderen die starten in de kinderopvang, kleuterklas of het eerste leerjaar. Het gaat om laagdrempelige en snel inzetbare hulp in de gewone kinderopvang of school van het kind zodat kinderen met en zonder specifieke zorgbehoeften samen spelen, leren, vriendschappen sluiten, etc. Deze vorm van ondersteuning werkte het VAPH uit in samenwerking met Kind & Gezin en het departement Onderwijs (<https://www.vaph.be/professionelen/rth/subsidiering/globale-individuele-ondersteuning>).

<sup>37</sup> Het voorbeeld van 'één gezin, één plan' werd gegeven. 'Eén gezin, één plan' wil lokale opvoedings- en gezinsondersteunende initiatieven toegankelijker maken voor ouders met kinderen. Het project beoogt ook verbinding tussen verschillende actoren op vlak van gezinsondersteuning door een lokaal zorgnetwerk met participatie van ouders op te richten (<https://www.mi-is.be/nl/een-gezin-eeen-plan>).

Via samenwerking kan goede ondersteuning worden gerealiseerd, aldus alle deelnemers. Het is de overtuiging van de deelnemers dat er kwaliteitsvolle resultaten kunnen worden geboekt dankzij de gezamenlijke inzet van diensten. Doordat iedereen een bijdrage levert vanuit de eigen kernkwaliteiten kan een goede basisondersteuning rond een persoon met een handicap worden gerealiseerd en kan er preventief worden gewerkt. Het is volgens een dienst begeleid wonen tevens een manier om beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten. Het is bovendien in lijn met het gedachtegoed van de concentrische cirkels: ondersteuning is niet consecutief, maar aanvullend op elkaar. Een goede beschikbaarheid van zowel RTH-diensten als reguliere diensten werd hierbij wel als een noodzaak naar voor geschoven<sup>38</sup>.

Gebruikersverenigingen benadrukken dat de wil van de persoon met de handicap steeds centraal zou moeten blijven staan. Hij bepaalt welke diensten bij de ondersteuning worden betrokken. Een gebruikersvereniging benadrukte hierbij tevens dat het niet evident is voor een persoon met een handicap (of diens mantelzorgers) om het overzicht te bewaren van alle betrokken ondersteuners. Tijdens de focusgroep werd hieromtrent eensgezind aangegeven dat wie dit overzicht bewaard ondergeschikt is aan de noodzaak hiervan.

Op basis van eigen ervaringen merkte een dienst begeleid wonen op dat afstemming op cliëntniveau relatief vlot verloopt. Op organisatieniveau is er qua afstemming nog verbetering mogelijk. Overleg, netwerkmomenten,... zijn taken die men er als RTH-dienst bijneemt<sup>39</sup>. Er staat geen vergoeding tegenover en dit zorgt voor een spanningsveld, stellen de RTH-diensten. Een dienst begeleid wonen vroeg zich af of deze taken ook kunnen worden gehonoreerd. Er werd ook geopperd om een incentive te voorzien zodat diensten hiertoe (nog) meer bereid zijn. Een andere RTH-dienst, eveneens een dienst begeleid wonen, stelde voor dat overlegmomenten m.b.t. een gemeenschappelijke casus mogelijks ook onder outreach zouden kunnen vallen. RTH-diensten zijn van mening dat outreach momenteel te eng wordt gedefinieerd.

Een gebruikersvereniging uitte wat dit betreft een bezorgdheid. Net zoals de andere deelnemers aan de focusgroepen is de gebruikersvereniging het eens met een evolutie naar meer structurele samenwerking, maar niet door meer middelen te krijgen onder de huidige noemer 'outreach'. Outreach zoals het momenteel wordt gedefinieerd zou nooit een financieringsbron mogen worden voor samenwerking en overleg. Dit zijn aspecten die onderdeel uitmaken van de goede werking van een RTH-dienst, aldus de gebruikersvereniging. RTH-diensten krijgen werkingsmiddelen die bedoeld zijn om samenwerking en overlegmomenten op organisatieniveau te financieren. De bespreking van een gemeenschappelijke casus is onderdeel van de registraties die men per begeleiding doet.

---

<sup>38</sup> Vanuit de eerstelijnsdiensten alsook de sector kinderopvang werd opgemerkt dat het capaciteitstekort ook binnen deze sectoren wordt ervaren waardoor er extra druk op het personeel komt te liggen. Binnen de kinderopvang werd dit door de inclusiecoach zelfs ervaren als een hindernis bij het realiseren van inclusie binnen de kinderopvang.

<sup>39</sup> Door een eerstelijnsdienst met thuiszorgaanbod werd vermeld dat dergelijke netwerkmomenten ook bij reguliere diensten buiten 'de normaal te presteren werkuren' vallen.

## 2.4 Samenvatting

Hoewel de bevroegde RTH-diensten aangaven dat het merendeel van hun cliënteel ruim voldoende heeft met acht RTH punten blijkt uit beide focusgroepen dat RTH af en toe ook wordt gebruikt door personen die wachten op een PVB. De intensiteit van hun noden maakt dat RTH voor hen niet de beste oplossing is. RTH is bedoeld voor personen met een beperkte ondersteuningsnood. Idealiter wordt RTH dan ook uitsluitend aan deze doelgroep aangeboden, aldus RTH-diensten.

Deelnemers aan beide focusgroepen zijn ervan overtuigd dat, mits kritisch onderzoek gelinkt aan het PVF-systeem als geheel, bepaalde personen binnen PVB budgetcategorie één voldoende zouden kunnen worden ondersteund binnen RTH (al dan niet in combinatie met andere ondersteuningsvormen). Een capaciteitsuitbreiding van zowel RTH als reguliere diensten werd als voorwaarde vooropgesteld opdat iedereen effectief gebruik zou kunnen maken van de ondersteuning waarop men recht heeft.

Kortlopende begeleidingen, RTH-punten die pas op het einde van het jaar worden ingezet en beperkte overbruggingshulp voor personen die wachten op RTH zouden de relatief lage gemiddelde inzet van RTH-punten, dewelke bleek uit het kwantitatieve onderzoeksluik, kunnen verklaren.

Volgens de RTH-diensten zal RTH voor bepaalde personen een constante factor in hun leven zijn. Daarnaast is er ook een groep voor wie een regelmatig terugkerende 'check' voldoende zou zijn. Noden en zorgvragen kunnen ook variëren naargelang levensfasen, etc. Bepaalde gebeurtenissen of situaties kunnen aanleiding geven tot meer dan wel minder intensieve ondersteuning. Er werd ook opgemerkt dat er personen zijn wiens begeleidingstraject vroegtijdig zou kunnen worden afgesloten. Momenteel blijven ze onnodig in begeleiding uit angst voor de lange RTH-wachttijden wanneer ze zich opnieuw voor ondersteuning zouden aanmelden. Dit wordt als een knelpunt ervaren.

De potentiële meerwaarde van een tussentijdse rol van RTH en vlotte wisselwerking met reguliere diensten werd eveneens aangehaald (bv. stabiliseren van een complexe thuissituatie door RTH waarbij reguliere diensten daarna (terug) overnemen).

Uit de focusgroepen blijkt de overtuiging dat zowel RTH als reguliere diensten (alsook een combinatie van beiden) preventief kan werken en de doorstroom naar nRTH uitstellen of zelfs onnodig maken. Wanneer de intensiteit van reguliere ondersteuning te hoog wordt, zouden er betaalbaarheidsproblemen kunnen ontstaan voor personen met een handicap die nog te vaak een ontoereikend basisinkomen hebben, aldus een eerstelijnsdienst en een gebruikersvereniging. RTH is volgens een studie van een gebruikersvereniging ook nog niet voldoende gekend bij alle personen met een handicap.

De RTH-diensten proberen beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten. Uit de focusgroepen blijkt dat de RTH-diensten proberen om binnen de capaciteitsgrenzen zo flexibel mogelijk ondersteuning aan te bieden. Om de flexibiliteit binnen RTH voor personen met een handicap te realiseren, zou RTH idealiter worden omgevormd naar een persoonsvolgend systeem, aldus de gebruikersverenigingen. Enkel dan heeft de persoon met de handicap effectief de regie in handen en kan hij zelf bepalen wanneer (meer) ondersteuning nodig is.

Uit beide focusgroepen komt het aanvoelen naar voor dat ondersteuningsfuncties niet correct verdeeld zijn. Een eerstelijnsdienst voelt zich verplicht om voor respijtzorg en kortverblijf naar alternatieven buiten de sector gehandicaptenzorg te zoeken. Dagopvang is eveneens een ondersteuningsfunctie die volgens een paar RTH-diensten minder wordt aangeboden. De reden hiervoor is volgens hen te wijten aan ontoereikende subsidiëring hiervoor. Hetzelfde geldt volgens deze RTH-diensten voor de ondersteuningsfunctie verblijf. Uit getuigenissen van een inclusiecoach (sector kinderopvang) en een

school voor buitengewoon onderwijs (sector onderwijs) blijkt dat vele ouders het net moeilijk vinden om (langere) vakantieperiodes te overbruggen. Begeleiding is een ondersteuningsfunctie waarop volgens RTH-diensten het vaakst wordt ingezet.

‘Administratie’ is een term die regelmatig wordt gebruikt binnen de ondersteuningsfunctie begeleiding. Het is een containerterm die veelal door cliënten zelf wordt gebruikt en doorgaans verwijst naar hun initiële vraag: ‘hulp bij het invullen van hun papieren’. Dit is een aspect van de begeleiding dat cliënten gemakkelijk kunnen benoemen. Daarnaast betreft het ook een breder en versterkend proces dat wordt aangegaan door RTH-diensten waarbij aandacht is voor eventuele noden op andere levensdomeinen.

‘Activiteiten in de vrije tijd’ is eveneens een containerbegrip waarnaar er in de websurvey (kwantitatieve onderzoeksluik) regelmatig werd verwezen. In de focusgroep werd dit deels verdiept door het te omschrijven als handicapvriendelijke activiteiten, gekoppeld aan een begeleidingstraject, voor kinderen en jongeren om hen (opnieuw) warm te maken voor activiteiten binnen het reguliere circuit. Dit werd tegelijkertijd gekoppeld aan outreach als middel om andere, niet-handicapspecifieke diensten handicapvriendelijker te maken zodat personen met een handicap daar (terug) aansluiting kunnen vinden.

Wat betreft outreach werd tijdens de focusgroepen duidelijk dat RTH-diensten hierin een spanningsveld ervaren. Hoewel hierop wordt ingezet vanuit de overtuiging dat dit een meerwaarde betekent voor andere diensten, ervaren RTH-diensten ook een spanning met het aanbieden van ondersteuning en het beperken van wachttijden. Diensten die reeds gebruik hebben gemaakt van outreach (kinderopvang, buitengewoon onderwijs, organisatie voor jongerenwelzijn, eerstelijnsdienst) ervaren de positieve impact van de aangereikte kennis en handvatten op de eigen dagelijkse werking.

De mogelijks nog te onbekendheid van outreach werd ook aangehaald door een eerstelijnsdienst. Vertegenwoordigers vanuit reguliere diensten, onderwijs en kinderopvang gaven aan dat het niet altijd evident is om te weten wie relevante input zou kunnen bieden. Binnen de sector kinderopvang werd hier de rol van een inclusiecoach benadrukt. Daarnaast werd ook door iedereen beklemtoond dat geen enkele expertise overbodig is. Dit is zowel van toepassing op handicapspecifieke expertises als op de expertises die binnen andere sectoren aanwezig zijn. Door ieders kerncompetenties complementair in te zetten, kan een goede ondersteuningsbasis worden voorzien vanuit de concentrische cirkels.

Uit de focusgroepen blijkt dat alle deelnemers voorstander zijn van meer (inter)sectorale samenwerking. De aanwezige RTH-diensten werken reeds samen (overleg, netwerkmomenten, etc.), maar ervaren ook wat dit betreft een spanningsveld. Vanuit RTH-perspectief werd opgemerkt dat begeleiders hiervoor prestaties leveren die niet worden vergoed. Het is hun aanvoelen dat dit taken zijn die men bovenop het bieden van ondersteuning opneemt. Ze zijn vragende partij om hiervoor te worden vergoed: in de vorm van een incentive, een aparte honorering van deze taken of als onderdeel van outreach. Outreach wordt volgens de RTH-diensten te eng gedefinieerd. Vanuit gebruikersperspectief wordt hierbij een bezorgdheid geuit. Outreach zou idealiter worden opgevat als een vorm van kennisoverdracht in functie van een cliënt. Outreach zou volgens hen nooit een financieringsbron mogen worden voor taken die eigen zouden moeten zijn aan de goede werking van RTH-diensten en die bovendien vervat zitten in de werkingmiddelen die RTH-diensten ter beschikking hebben.

Zowel RTH-diensten alsook binnen het buitengewoon onderwijs wordt er gewerkt met vrijwilligers. Hoewel vrijwilligers een meerwaarde zijn, vergt de vrijwilligerswerking ook een tijdsinvestering van professionals naar werving en coördinatie toe. RTH-diensten zouden de tijd die begeleiders hierin investeren graag vergoed zien.





## Hoofdstuk 4

### Conclusies en aanbevelingen van het onderzoeksteam

In dit slothoofdstuk worden de resultaten van alle onderzoeksfasen samengebracht. De reflectie hierop krijgt vorm in een overkoepelende conclusie. Deze afsluitende conclusie schetst het RTH-aanbod, het profiel van de RTH-cliënt en de beleving van outreach, kennisdeling en (inter)sectorale samenwerking. Hierbij is aandacht voor de knelpunten die worden ervaren en de mogelijkheden die er zijn, gesteld vanuit het perspectief van de verschillende stakeholders.

Op basis van de verzamelde en samengebrachte onderzoeksdata identificeren de onderzoekers een aantal domeinen waar er zich nog hindernissen bevinden en verbetering mogelijk is. Vanuit een meta-blik worden een aantal aandachts- en actiepunten voorgesteld die mee in rekening kunnen worden gebracht bij het maken van beleidskeuzes.

#### 1 Overkoepelende slotconclusies

##### 1.1 Aanbod

De kwantitatieve onderzoeksresultaten laten zien dat er in **ongelijke mate RTH-middelen worden ingezet op de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties**. Er ligt een grote nadruk op mobiele begeleiding (249 029 prestaties in 2018) en dagopvang (91 239 prestaties in 2018), terwijl ambulante en groepsbegeleiding (resp. 34 361 en 16 739 prestaties in 2018), verblijf (11 833 prestaties in 2018) en outreach (4 173 prestaties in 2018) minder aanbod komen. Toch is er zeker ook een vraag naar de ondersteuningsfuncties die minder worden ingezet, zoals het overbruggen van vakantieperiodes voor minderjarigen door verblijf aan te bieden.

Verder kan er worden afgeleid dat **bijna alle RTH-punten gaan naar de ondersteuning gericht aan cliënten** (99% in 2018). De bevinding dat de **minste RTH-prestaties (en bijgevolg RTH-punten) gingen naar outreach**, de ondersteuning van personen die werken met personen met (een vermoeden van) een handicap, kan verschillende achterliggende oorzaken hebben. Deels omwille van het jong bestaan ervan (met inbegrip van de visie van een inclusieve samenleving), is het aanbod van outreach lager. Daarnaast beperkt het aanbieden van outreach aan de ontvangers zich meestal tot één of slechts enkele sessies, waardoor er ook minder RTH-punten nodig zijn. Outreach wordt ook onderregistreerd: soms wordt outreach vrijwillig aangeboden of ervaren de RTH-diensten een druk om RTH-punten enkel in te zetten voor de ondersteuning van personen met (een vermoeden van) een handicap zelf. Meer specifiek hebben capaciteitsproblemen bij bepaalde RTH-diensten als gevolg dat een outreach sessie ten koste gaat van een begeleidingssessie voor een cliënt.

De kwantitatieve resultaten wijzen duidelijk op **een differentiatie tussen de verschillende RTH-diensten met betrekking tot het aanbod** van de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties. Indien RTH-diensten een aanbod hebben aan minderjarigen dan is hun aanbod van outreach en verblijf hoger dan bij RTH-diensten met enkel een aanbod aan meerderjarigen. RTH-diensten onder de voormalige erkende zorgvormen begeleid wonen en thuisbegeleiding hebben een hoger aanbod van begeleiding dan van dagopvang. Terwijl RTH-diensten met de zorgvormen tehuis niet-werkenden, dagcentra en internaten

juist een hoger aanbod hebben van dagopvang dan van begeleiding. Begeleid wonen, (semi-)internaten en thuisbegeleidingsdiensten hebben verhoudingsgewijs het hoogste aanbod van outreach. Bijkomend hebben kleine RTH-diensten, gebaseerd op hun erkende RTH-capaciteit, een lager aanbod van outreach en verblijf, maar wel een hoger aanbod van dagopvang dan grote RTH-diensten. **Een verschillend aanbod tussen RTH-diensten blijkt uit deze studie niet alleen samen te hangen met het type en de grootte van de dienst, het doelpubliek, maar ook met de eigen evolutie, gewoontes, visie, etc.**

De kwantitatieve onderzoeksresultaten laten ook **regionale verschillen** zien. Ten opzichte van het bevolkingsaantal in de provincies, werden er in 2018 meer cliënten geholpen in Antwerpen en West-Vlaanderen (in West-Vlaanderen lag de erkende RTH-capaciteit verhoudingsgewijs ook hoger) en minder cliënten in Hoofdstedelijk Gewest Brussel (waar de erkende RTH-capaciteit verhoudingsgewijs veel lager lag) en Vlaams-Brabant. Mogelijke verklaringen voor deze regionale verschillen zijn: verschillen in de grootte van de vraag naar RTH (verhoudingsgewijs meer penhouders met een wachtlijst voor RTH in Antwerpen en minder in Vlaams-Brabant) en een verschillend aandeel Vlamingen (verhoudingsgewijs minder Vlamingen in Hoofdstedelijk Gewest Brussel).

Er worden ook regionale verschillen gevonden voor het aandeel RTH-prestaties van de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties. Het aandeel RTH-prestaties van mobiele begeleiding was het hoogst in Antwerpen en Vlaams-Brabant, terwijl het aandeel RTH-prestaties van dagopvang het hoogst was in Limburg. Het aandeel RTH-prestaties van verblijf was het hoogst in Vlaams-Brabant en West-Vlaanderen en het laagst in het Hoofdstedelijk Gewest Brussel. Tot slot was het aandeel RTH-prestaties van outreach het hoogst in het Hoofdstedelijk Gewest Brussel en het laagst in Limburg.

**De meerderheid van de voorzieningen geeft aan dat in de meeste gevallen de ondersteuningsfunctie (ambulante/mobiele/groeps-) begeleiding een langdurige opvolging vereist**, d.w.z. ondersteuning van meer dan twee jaar. Met betrekking tot de gebruikelijke duur van de begeleiding worden er verschillen gevonden tussen de RTH-diensten. Zo komt langdurige opvolging meer voor bij grote diensten, bij diensten met een aanbod aan enkel meerderjarigen, en minder bij thuisbegeleidingsdiensten en (semi-)internaten.

**Begeleiding van minderjarigen** binnen RTH is sterk gericht op het netwerk van de minderjarige, meer specifiek de ouders, en op inclusie in de maatschappij met betrekking tot opvang, onderwijs maar ook vrije tijd. Ter aanvulling, blijkt uit het kwalitatieve luik dat de activiteiten onder de noemer 'ontspanning en vrije tijd' vaak het doel hebben om de jongeren/kinderen terug te motiveren voor deze activiteiten of hun vertrouwen erin te versterken. Op die manier kunnen ze uiteindelijk terug aansluiting vinden in het reguliere circuit. Tegelijkertijd kan er dan ook via outreach gewerkt worden aan het handicapvriendelijker maken van dit reguliere circuit, zodat deze minderjarigen daar gemakkelijker (terug) aansluiting kunnen vinden.

De activiteiten tijdens de **begeleiding van meerderjarigen** zijn iets meer divers dan tijdens begeleiding van minderjarigen. Zo worden volgende activiteiten vaak aangehaald door de RTH-diensten: organisatie, coördinatie en ondersteuning van de hulpverlening of het netwerk, gesprekken met als onderwerp 'administratie' of 'relaties', begeleiding in het kader van begeleid werken, bij psychische problemen of rond leren omgaan met de handicap. De bevinding dat 'administratie' als onderdeel wordt gezien van begeleiding fungeert, zoals blijkt uit het kwalitatieve luik, vaak als een ingangspoort voor RTH-diensten om een vertrouwensrelatie met de cliënt op te bouwen (deze gemakkelijke, concrete en initiële vraag naar administratieve hulp is soms ook een impliciete vraag naar meer ondersteuning) waarna ook andere levensdomeinen (o.a. interpersoonlijke relaties, persoonlijke ontwikkeling, etc.) kunnen worden

besproken. Evenzeer kan er niet ontkend worden dat administratie een groot struikelblok is voor heel wat cliënten. De samenleving is voor heel wat cliënten te complex georganiseerd en belangrijke documenten zijn niet altijd verstaanbaar en leesbaar. Meer eenvoudige of minder administratieve documenten zouden cliënten al stap vooruit kunnen helpen. Niettegenstaande blijft het belangrijk om per type zorgvraag af te wegen of de ondersteuning idealiter best handicapspecifiek dan wel regulier kan worden ingevuld (zie verder 1.3.4).

Zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksresultaten laten zien dat **RTH als ondersteuningsoptie nog te onbekend is bij bepaalde personen met (een vermoeden van) een handicap**, voornamelijk bij kwetsbare personen (o.a. armoede, migratieachtergrond, etc.). Daarnaast geven RTH-diensten aan dat eerstelijns en reguliere diensten ook niet altijd op de hoogte zijn van hun aanbod. Omgekeerd werd de onbekendheid van RTH-diensten en hun specifieke expertise ook aangehaald door een eerstelijnsdienst, een gebruikersvereniging en vertegenwoordigers van reguliere diensten in het kwalitatieve luik.

Uit het kwalitatieve luik komt aan bod dat RTH-diensten proberen binnen hun huidige capaciteitsgrenzen zo **flexibel mogelijk te werken** door bijvoorbeeld ondersteuningsfuncties creatief in te vullen (bv. kampen als verblijf) of door vrijwilligers in te zetten om zo efficiënt mogelijk de RTH-middelen in te zetten. Andere manieren van flexibel werken zijn het **uitwisselen van RTH-punten** tussen diensten en het kiezen voor **zorgverdunding als algemene maatregel** (d.i. relatief meer mensen helpen binnen dezelfde capaciteit maar met een lagere intensiteit). Via zorgverdunding probeert men de grens van de ondersteuning scherp te leggen zodat er toch voldoende zorg en ondersteuning wordt geboden voor het merendeel van de cliënten. Kwantitatieve resultaten tonen aan dat zowel het uitwisselen van RTH-middelen als het opteren voor zorgverdunding meer voorkomen bij grote diensten dan bij kleine diensten.

Ondanks dat RTH-diensten zo flexibel en efficiënt mogelijk proberen om te gaan met de beschikbare RTH-middelen, blijkt uit de kwalitatieve bevraging, **dat RTH-punten niet flexibel inzetbaar zijn voor cliënten die via de PVF-transitie<sup>40</sup> bij hen terecht zijn gekomen**. Volgens de **gebruikersverenigingen**, zou RTH ook idealiter worden omgevormd naar een **persoonsvolgend systeem** om meer flexibiliteit te garanderen. Enkel dan heeft de cliënt effectief de regie in handen en kan hij/zij zelf bepalen wanneer (meer of minder) ondersteuning nodig is. Het flexibele karakter van RTH heeft ook zijn repercussies voor de werkdruk van de begeleiders binnen de RTH-dienst. Zo stijgt de werkdruk door een groot aantal cliënten per begeleider, het begeleiden van geregeld nieuwe cliënten, de lange verplaatsingstijd, etc.

Hoewel er op een flexibele manier wordt omgegaan met de beschikbare RTH-capaciteit, komt uit de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten duidelijk naar voren dat de **grote meerderheid van de RTH-diensten, meer specifiek 80%, boven hun beschikbare capaciteit presteren**. Deze overprestatie is te wijten aan de grote vraag naar RTH (in het algemeen maar ook omdat het aanbod binnen de eigen regio te beperkt is om de gevraagde ondersteuning te bieden) en de expertenrol van de dienst binnen een bepaalde doelgroep. Het gemiddeld percentage dat meer gepresteerd wordt, is hoger bij kleine diensten dan bij grote diensten. Naast overprestatie is er, weliswaar in beperkte mate, ook sprake van onderregistratie. Zo geeft een kwart van de diensten aan niet alle RTH-prestaties te registreren (bv. outreach) voornamelijk omdat de bezetting reeds behaald was.

**Het bestaan en de druk van de wachtlijsten binnen RTH zijn een gekend knelpunt**. Zo geeft 63% van de diensten aan met een wachtlijst voor RTH te werken. Het werken met een wachtlijst (of het hanteren

---

<sup>40</sup> De groep binnen nRTH die naar RTH zijn 'afgezwakt'.

van instroomquota) wordt meer opgegeven door grote dan door kleine diensten. Het bestaan van een wachtlijst verschilt per specifieke ondersteuningsfunctie. Ongeveer 60% heeft een wachtlijst voor (ambulante/mobiele) begeleiding, terwijl 20% à 30% een wachtlijst heeft voor de andere RTH-ondersteuningsfuncties. Indien men een wachtlijst hanteert, bedraagt de gemiddelde wachttijd voor begeleiding 15 à 16 maanden, terwijl de gemiddelde wachttijd varieert tussen 3 maanden (outreach) en 13 maanden (dagopvang) voor de andere ondersteuningsfuncties. Een belangrijke opmerking bij het inschatten van deze gemiddelde wachttijd aangehaald door de diensten is dat deze wachttijd sterk afhangt van de leeftijd, de handicap en de soort, dringendheid en intensiteit van de zorgvraag van de cliënt.

Om wachtlijsten in te perken of te voorkomen wordt er naast de flexibele inzet van RTH-middelen ook **samengewerkt met of doorverwezen naar reguliere diensten of andere RTH-diensten**. Toch zijn er een aantal drempels die samenwerking of doorverwijzing in de weg staan. Zo beperkt zich het probleem van wachtlijsten niet tot RTH, maar doet dit probleem zich ook voor in andere sectoren zoals de reguliere sector. Bijkomstig hebben RTH-diensten ook niet altijd een zicht op de lokale dienst-gebonden wachtlijsten, wat blijkt uit de kwantitatieve bevraging (websurvey). Zo hebben ze niet altijd zicht op welke aanvrager er op de wachtlijst staat bij andere voorzieningen en welke andere voorzieningen een wachtlijst hebben. Verder wordt samenwerking of doorverwijzing ook bemoeilijkt doordat **niet alleen de gehandicaptensector, maar ook reguliere diensten, eerstelijnsdiensten en de sector kinderopvang en jeugdhulp botsen op hun capaciteitsgrenzen**.

Uit zowel de kwalitatieve als kwantitatieve resultaten komt duidelijk naar voren dat **RTH en nRTH als 'communicerende vaten' kunnen worden opgevat**. Het meer preventief werken door meer op RTH in te zetten (in combinatie met reguliere hulp), zal de lange wachtlijsten binnen nRTH meer onder controle kunnen houden. Tijdige inzet van laagdrempelige ondersteuning zal een escalatie van noden kunnen voorkomen, waardoor een doorstroom naar nRTH kan worden uitgesteld of niet langer nodig is. In omgekeerde richting zal het wegwerken van de wachtlijsten binnen nRTH ook de werking van RTH ten goede komen. Op die manier zal de doorstroming naar trap 2 van cliënten met een zorgvraag nRTH binnen RTH vlotter verlopen.

Gebaseerd op dit onderzoek kunnen we alvast besluiten dat de RTH-diensten een **nood ervaren aan een verdere uitbreiding van het RTH-aanbod (al dan niet gecombineerd met een uitbreiding van het nRTH-aanbod)** door de Vlaamse Regering. De meerderheid van de RTH-diensten zijn van mening dat door het tekort aan middelen het vlot inzetbare, toegankelijke en laagdrempelige karakter van RTH sterk onder druk komt te staan.

### 1.2 Profiel

Op basis van de kwantitatieve onderzoeksresultaten kan er een **profiel worden afgeleid van het cliënteel binnen RTH**. Voor de ongeveer 26 000 cliënten die in 2018 RTH hebben gekregen, is de gemiddelde leeftijd 24 jaar, met ongeveer een gelijk aandeel minder- en meerderjarigen (slechts 2% meer meerderjarigen). De meest voorkomende leeftijdsgroepen zijn '0-9 jaar', '10-19 jaar' en '20-29 jaar'. Met betrekking tot de aard van de handicap, gaat het vaak om personen waarvoor er op basis van administratieve gegevens geen indicatie is van het handicapprofiel. Daarnaast zijn ASS en licht verstandelijke handicap (met eventueel een bijkomende handicap) het sterkst vertegenwoordigd binnen het RTH-cliënteel.

Bijna iedere cliënt, meer bepaald negen op de tien, krijgt RTH bij één vergunde zorgaanbieder. De meerderheid van de cliënten, meer specifiek 85% doet beroep op ‘enkel begeleiding’ (ambulant en/of mobiel en/of groepsbegeleiding). In beperkte gevallen gaat het om ‘begeleiding en dagopvang’ (6%), ‘enkel dagopvang’ (6%), terwijl verblijf al dan niet in combinatie met begeleiding en/of dagopvang nog minder voorkomt (3%). Minderjarigen doen meer beroep op ‘enkel begeleiding’ dan meerderjarigen, maar minder beroep op dagopvang al dan niet in combinatie met begeleiding of verblijf. Cliënten die op de wachtlijst staan voor nRTH (d.i. PVB, PAB of MFC) doen meer beroep op dagopvang (eventueel in combinatie met begeleiding en/of verblijf) dan cliënten die niet op deze wachtlijst staan.

De administratieve gegevens van het VAPH laten zien dat ongeveer 20% van het cliënteel op **een wachtlijst voor nRTH** staat. De grote meerderheid van deze cliënten staat op de wachtlijst PVB voor meerderjarigen, binnen de prioriteitengroep 3 en binnen de budgetcategorieën I, III, IV en VI. Ook uit de websurvey komt er naar voren dat er **verschillen zijn tussen RTH-diensten met betrekking tot de verhouding van cliënten met een zorgvraag RTH tegenover cliënten met een zorgvraag nRTH**. Voor de helft (de meerderheid) van de RTH-diensten zijn er meer cliënten met een zorgvraag RTH dan met een zorgvraag nRTH, voor één derde is de verhouding gelijk en voor een kwart zijn meer cliënten met een zorgvraag nRTH dan met een zorgvraag RTH. Hierbij aansluitend gaat ongeveer twee op de tien diensten akkoord met de stelling dat personen met een minder intensieve en/of laagfrequente ondersteuningsvraag (bijna) niet aan bod komen binnen RTH vanwege de oververtegenwoordiging van personen met een meer intensieve en/of hoogfrequente ondersteuningsvraag. Men kan dus besluiten dat er personen met (een vermoeden van een) handicap beroep doen op RTH terwijl ze wachten op een meer intensieve vorm van ondersteuning.

Volgens de RTH-diensten zijn cliënten met een **zorgvraag RTH vaker voldoende geholpen met RTH dan cliënten met een zorgvraag nRTH**, toch zijn er ook cliënten met een zorgvraag RTH die nood hebben aan meer intensieve begeleiding. In het kwalitatieve onderzoeksluik kwam aan bod dat het merendeel van het cliënteel wel ruim voldoende is geholpen met acht RTH-punten, maar dat voor cliënten die wachten op een PVB acht punten niet voldoende is. De administratieve gegevens van het VAPH laten ook zien dat het gemiddeld aantal punten per cliënt hoger is voor cliënten die op een wachtlijst voor nRTH staan dan voor cliënten die niet op deze wachtlijst staan (3.84 versus 2.47 punten).

Wat betreft de **8-punten regel**, geeft iets meer dan vier op de vijf RTH-diensten aan dat het maximum aantal punten **best verhoogd wordt** (terwijl de rest aangeeft dat dit maximum optimaal is). Volgens de meeste diensten dient deze verhoging **best te gebeuren enkel onder bepaalde voorwaarden** of dient er flexibel te worden omgegaan met het maximum onder bepaalde omstandigheden. Zo werd er aangehaald dat een hogere/flexibele inzet van het aantal punten te verantwoorden is voor wachtenden binnen de laagste budgetcategorieën van PVB, bij de inzet van de RTH-ondersteuningsfuncties verblijf of dagopvang, bij combinaties van verschillende RTH-ondersteuningsfuncties, bij het krijgen van ondersteuning bij verschillende zorgaanbieders/voorzieningen en bij veranderingen in de levenscyclus van de persoon (o.a. transitiemomenten, crisissen, het wegvallen van het netwerk).

Uit het kwantitatieve luik komt naar voren dat er gemiddeld genomen **2.72 punten per cliënt in 2018 werd ingezet**. Bij dit relatief (t.o.v. maximum van 8 punten) laag gemiddelde is het belangrijk om op te merken dat er achter dit gemiddelde verschillende soorten profielen van gebruik schuilgaan. Het kan gaan om intensieve of hoogfrequente ondersteuning (d.i. 7-8 RTH punten, 7% in 2018) wat aantoont dat het maximum niet te hoog is of eerder noodzakelijk is voor bepaalde cliënten. Daartegenover kan het gaan om slechts één intake (of een afsluitingssessie) (12% in 2018), ondersteuning die laat in het jaar wordt ingezet (9% voor het laatste kwartaal in 2018), weinig intensieve of laagfrequente ondersteuning

(d.i. maximum 1 RTH punt, 31% in 2018) wat mogelijks overbruggingshulp kan zijn voor personen die moeten wachten op meer RTH-ondersteuning. Deze verschillende profielen kunnen overlappen met elkaar (bv. het kan gaan om zowel één intake als een late instroom). Verder heeft een cliënt met veel RTH-ondersteuning deze ondersteuning meestal meer gespreid over het jaar gekregen (het ging dus veel minder om late instroom) dan cliënten met minder RTH-ondersteuning.

Naast verklaringen als enkel een intakegesprek, late instroom, uitstroom, beperkte of kortdurende ondersteuning die voldoende is, worden er ook andere **verklaringen aangehaald voor het minimaal (d.i. minder dan 1 punt per jaar) inzetten van punten per cliënt**: afhaken na de eerste contacten, een oplossing vinden buiten het VAPH, enkel ondersteuning tijdens de schoolvakanties, het kiezen voor zorgverdunding vanwege de wachtlijsten en hierbij aansluitend een tekort aan (geschikt) aanbod om elke cliënt voldoende ondersteuning te bieden. Los van het minimaal inzetten van punten per cliënt, komt uit dit onderzoek naar voren dat er ook een substantiële groep is die rond de 7 à 8 punten heeft ingezet in 2018. Dit wijst erop dat het maximum voor bepaalde cliënten wel degelijk gehaald wordt of zelfs dat het maximum voor hen een grens kan vormen.

In het kwalitatieve luik werd de **betekenis of rol van RTH voor cliënten** verder belicht. Zo zal voor bepaalde personen RTH, idealiter in continue samenwerking met reguliere diensten: 1) altijd een constante rol in hun leven spelen, 2) via een paar begeleidingstrajecten gedurende hun leven voldoende zijn, 3) intensiever zijn naar aanleiding van bepaalde levensfasen/gebeurtenissen, 4) tussentijds complexe thuissituaties kunnen stabiliseren. Verder werd er ook aangehaald door RTH-diensten en een gebruikersvereniging dat voor bepaalde cliënten het begeleidingstraject succesvol vroeger zou kunnen worden afgesloten, maar dat de lange wachtlijsten hierin een hindernis vormen. De angst om zich opnieuw te moeten aanmelden en lang te wachten, maakt dat sommige cliënten minder bereid zijn om vroeger te stoppen met RTH.

Daarnaast werden er ook verschillende **mogelijke relaties tussen RTH en nRTH** aangehaald. Zo zijn er cliënten die op termijn omwille van hun complexe, intensieve problematiek logischerwijs zullen doorstromen naar nRTH. Daarnaast bestaat er een groep cliënten die zich op de grens RTH - nRTH bevinden. Tot slot zijn er personen binnen nRTH, voornamelijk binnen budgetcategorie I, die eventueel binnen RTH (al dan niet in combinatie met reguliere ondersteuningsvormen) zouden kunnen worden geholpen.

### 1.3 Outreach, kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking

#### 1.3.1 Outreach...

Op basis van de kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksresultaten concluderen we dat **er wordt ingezet op het aanbieden van outreach**. Toch dringt zich ook **een nuancering** op. Uit de kwalitatieve onderzoeksresultaten blijkt het aanvoelen dat bepaalde RTH-diensten **meer dan wel minder inzetten op outreach**. Dit aanvoelen wordt ook effectief bevestigd door de kwantitatieve resultaten. Zo zetten (semi-)internaten, begeleid wonen en thuisbegeleidingsdiensten meer in op outreach, terwijl tehuizen niet-werkenden en dagcentra hierop minder inzetten. Hoewel er op basis van de kwalitatieve resultaten niet kan worden besloten dat er een duidelijk verschil is tussen types RTH-diensten en het al dan niet aanbieden van outreach, is dit wel mogelijk op basis van de kwantitatieve bevindingen.

Naast het type RTH-dienst zijn de historiek en evolutie van een RTH-dienst, de eigen visie en waarden, gewoontes en regionale diversiteit factoren die hierop mogelijks eveneens van invloed zouden kunnen

zijn aldus de kwalitatieve onderzoeksresultaten. Uit de kwantitatieve onderzoeksresultaten kwam eveneens naar voren dat het aandeel RTH-registraties van outreach, ten opzichte van de andere ondersteuningsfuncties, het hoogst is in het Hoofdstedelijk Gewest Brussel en het laagst in Limburg.

Op basis van zowel de kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksresultaten besluiten we dat er **vanuit een brede waaier aan actoren vraag is naar de overdracht van handicapspecifieke kennis en vaardigheden die meteen in de praktijk kunnen worden toegepast**: eerstelijnsdiensten, diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, organisaties en/of voorzieningen voor jongerenwelzijn, sector onderwijs en kinderopvang, etc. De kwantitatieve onderzoeksresultaten laat wel een differentiatie zien tussen RTH-diensten met een andere leeftijdsgroep (minder- versus meerderjarigen) als doelpubliek. RTH-diensten met een aanbod gericht aan minderjarigen (al dan niet ook meerderjarigen) verlenen meer outreach aan kinderopvang, scholen (en CLB's) en organisaties/voorzieningen voor jongerenwelzijn, maar minder outreach aan diensten voor gezinszorg en thuiszorg, CAW, WZC (woonzorgcentra) en vrijwilligers dan voorzieningen met een aanbod gericht aan enkel meerderjarigen. Verder kan er een onderscheid worden gemaakt tussen veel voorkomende en minder voorkomende ontvangers van outreach. Het onderwijs, andere VAPH-voorzieningen en algemeen welzijn blijken de grootste groep ontvangers te zijn, terwijl de sector vrije tijd (o.a. jeugdbeweging, sportclubs), tewerkstellingsorganisaties en werkgevers, artsen en ziekenhuizen en buurtinitiatieven minder voorkomende ontvangers zijn.

Ondanks de vraag naar outreach stellen we op basis van de kwalitatieve bevindingen vast dat outreach **mogelijks niet bij iedereen bekend genoeg** is. We merken op dat sommigen die een beroep willen doen op handicapspecifieke input het niet altijd evident vinden om te weten bij wie men hiervoor terecht kan. We stelden op basis van de kwalitatieve resultaten vast dat er diensten zijn die dit extra moeilijk vinden wanneer het nog maar een vermoeden van een handicap betreft en/of er sprake is van een multiproblematiek. Daarnaast hebben we vastgesteld dat men in een enkel geval het gevoel heeft dat er helemaal geen aanbod is dat aan de vraag tot outreach tegemoetkomt. Uit de kwantitatieve onderzoeksgegevens kwam ook naar voren dat het effectief hebben aangeboden van outreach in 2018 (40% van RTH-diensten) lager ligt dan het mogelijks in theorie kunnen aanbieden van outreach, zoals gerapporteerd (door 67% van de RTH-diensten) in de websurvey. Mogelijks vinden de diensten die beroep willen doen op outreach niet altijd de weg naar de RTH-diensten met een geschikt outreach aanbod. De bevroegde RTH-diensten gaven ook aan tijdens de kwalitatieve bevraging zelden hun outreach functie actief te promoten. Hierbij aansluitend kwam uit het kwantitatieve luik naar voren dat ongeveer de helft van de RTH-diensten minder kan inzetten op outreach omwille van de druk die men ervaart om RTH-punten in te zetten op ondersteuningsfuncties gericht aan de cliënten. Hierdoor wordt outreach ook niet altijd geregistreerd.

**Specifieke situaties en noden vormen veelal de aanleiding tot outreach.** Meerdere diensten doen een beroep op outreach **omdat hun doelpubliek meer divers wordt**. Ze worden steeds vaker geconfronteerd met (complexe) situaties en (multi)problematieken die hun eigen expertise overstijgen. Getuigenissen uit het kwalitatieve onderzoeksluik laten ons toe te besluiten dat diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg, eerstelijnsdiensten, scholen, kinderopvang en organisaties voor jongerenwelzijn in bepaalde situaties **botsen op de grenzen van hun eigen competenties**.

Het onderzoek doet ons besluiten dat outreach **op verschillende manieren wordt vormgegeven**. De manier waarop outreach wordt vormgegeven, is afhankelijk van het doelpubliek, het aantal deelnemers, de tijd die beschikbaar is, etc. Inhoudelijk worden er **vooral concrete tips en handvatten** aangereikt, rekening houdend met de kennis die al aanwezig is bij de ontvangers van outreach. Dit blijkt duidelijk

uit zowel de kwantitatieve als kwalitatieve resultaten. De kwantitatieve resultaten laten ook zien dat, naast de concrete tips en handvaten, er ook vaak kennis wordt overgedragen rond een bepaald thema. De thema's die het meest aan bod komen, zijn ASS (autisme spectrumstoornis), SEO (emotionele problematiek), gedragsproblematiek (waaronder agressie), STOS (spraak- en taalstoornis) en communicatie, kennis van het mogelijke zorgaanbod (o.a. RTH, VAPH, regelgeving) en mentale handicap.

Uit het kwalitatieve onderzoeksluik blijkt dat outreach zowel sporadisch naar aanleiding van een enkele vraag wordt aangeboden, maar evenzeer meermaals gebeurt omdat men regelmatig vragen krijgt om expertise te delen, mede omdat men hierop vanuit een eigen overtuiging meer nadrukkelijk inzet. Indien er outreach wordt aangeboden, blijkt uit de kwantitatieve onderzoeksresultaten dat het in de meeste gevallen om slechts één of twee sessies gaat (68% één sessie, 23% twee sessies, 7% drie sessies en 1% meer dan drie).

Tot slot werd er in het kwalitatieve onderzoeksluik ook gealludeerd op het gegeven dat er niet enkel bij RTH-diensten relevante expertise aanwezig is, maar dat dit ook voor andere diensten het geval is. Op basis hiervan besluiten we dat er ook een meerwaarde wordt gezien in '**outreach in de omgekeerde richting**' waarbij RTH-diensten ook ontvangers kunnen zijn van expertise die elders beschikbaar is. Ondanks deze meerwaarde maken de kwalitatieve resultaten ook duidelijk dat hierop toch eerder minder vaak een beroep wordt gedaan.

### 1.3.2 ... maar ook kennisdeling op cliëntniveau en diverse vormen van samenwerking

Op basis van dit onderzoek kunnen we besluiten dat er niet alleen aan outreach wordt gedaan door RTH-diensten. **Naast outreach**, waarbij de cliëntgebonden overdracht van kennis en adviezen uitgesloten is, **wordt er ook in functie van de ondersteuning van een cliënt expertise uitgewisseld, overlegd en samengewerkt**. Het betreft o.a. cliëntgebonden kennisoverdracht en het aanreiken van handvatten wanneer een specifieke cliënt van de ene dienst naar de andere overstapt, gezamenlijk ondersteuning aanbieden (o.a. RTH-punten uitwisselen), het bijwonen van een casusbespreking, aanwezig zijn tijdens een multidisciplinair overleg of het als expert aanreiken van een insteek voor een cliëntgebonden aanpak binnen een andere dienst.

Daarnaast wordt er **ook niet-cliëntgebonden samengewerkt**. Dergelijke samenwerkingsvormen zijn divers van aard. Niet-cliëntgebonden samenwerking kan de vorm aannemen van verschillende diensten die de krachten bundelen binnen een gezamenlijk project of rond een bepaald thema. Daarnaast werden voorbeelden genoemd van RTH-begeleiders die af en toe deelnemen aan onthaalmomenten binnen de eerste lijn alsook het (tijdelijk) tot stand brengen van nieuwe teams bestaande uit medewerkers van verschillende diensten en zelfs een RTH-medewerker die deeltijds werkzaam is binnen een buurtwerking. Uit enkele illustraties kunnen we besluiten dat deze samenwerkingsverbanden zorgen voor een verwevenheid tussen diensten en sectoren waardoor er voortdurend en spontaan kennis, inzichten en ervaringen worden uitgewisseld, in alle richtingen. Een ander voorbeeld van niet-cliëntgebonden samenwerking is het afstemmen van het RTH-aanbod op elkaar, zoals blijkt uit de kwantitatieve data.

De onderzoeksresultaten doen ons dus besluiten dat er **op verschillende manieren wordt samengewerkt**. Kwantitatieve en kwalitatieve resultaten staven de conclusie dat er **doorgaans structureel wordt samengewerkt**. Dit zowel sectoraal als intersectoraal.

**Kennisdeling op cliëntniveau en samenwerking gebeurt tussen RTH-diensten, maar vindt eveneens op intersectoraal niveau plaats**. De kwantitatieve en kwalitatieve resultaten bevestigen elkaar hierin. Op basis van deze resultaten concluderen we eveneens dat thuiszorgdiensten, diensten binnen de



geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische ziekenhuizen, scholen, CLB's, OCMW, CAW, DMW, etc. tot de partners inzake samenwerking behoren.

De zo goed als unaniem **positieve beleving van kennisdeling op cliëntniveau en samenwerking** komt zowel binnen de kwantitatieve als kwalitatieve resultaten tot uiting. Doorheen het onderzoek wordt duidelijk dat ondersteuning bieden op maat en cliënten maximaal helpen de belangrijkste drijfveren zijn. De positieve attitude ten aanzien van samenwerking die doorheen het onderzoek duidelijk wordt, doet ons concluderen dat er **een draagvlak is om (meer) samenwerking te realiseren**.

### 1.3.3 Een meerwaarde en positieve effecten versus bedenkingen en bezorgdheden

Zoals vastgesteld uit de kwantitatieve, maar vooral ook kwalitatieve resultaten worden outreach, kennisdeling op cliëntniveau en de verschillende (inter)sectorale samenwerkingsvormen die op cliënt- en organisatieniveau ontstaan **positief onthaald**. De realisatie van **meer inclusie, zorg op maat en meer kwaliteitsvolle ondersteuning voor personen met een handicap** zijn positieve aspecten die hieraan worden verbonden. We stellen bijkomend vast dat outreach voor **meer vaardigheden, zelfvertrouwen en begrip bij ondersteuners** zorgt wanneer ze worden geconfronteerd met situaties of problematieken waarbij de eigen competenties onvoldoende inzicht bieden om tot een geschikte aanpak te komen. De uitwisseling van expertise, al dan niet op cliëntniveau, zorgt voor een **kruisbestuiving van kennis**. Dit onderzoek toont aan dat dit zeker in geval van een multiproblematiek en complexe situaties relevant kan zijn.

Op basis van praktijkvoorbeelden besluiten we dat door samen te werken, al dan niet op cliëntniveau, het **uitwisselen van inzichten en werkervaringen continu wordt gestimuleerd**. We merken op dat het voor een context zorgt waarin dit spontaan gebeurt. Daarnaast merken we dat het mogelijkheden biedt aan professionals om hun **netwerk te verbreden** met potentiële partners die men daarvoor niet kende, maar die wel nuttig kunnen zijn wanneer er voor een cliënt naar (alternatieve/tussentijdse) ondersteuningsopties wordt gezocht op diverse levensdomeinen en binnen de andere concentrische cirkels. Illustraties uit het kwalitatieve onderzoeksluik tonen aan dat het tevens kan helpen om **kwetsbare groepen beter te bereiken en toe te leiden naar gepaste hulpverlening**. Daarenboven blijkt uit dit onderzoek de overtuiging dat samenwerking met reguliere diensten voor bepaalde personen **goedkopere zorg** zou kunnen mogelijk maken of de overgang naar **meer intensieve, niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning uitstellen**. Dit is ook gelinkt aan de nadruk die in dit onderzoek werd gelegd op het preventieve karakter van zowel RTH alsook de diensten binnen het reguliere circuit.

Toch benadrukken we op basis van de kwalitatieve onderzoeksbevindingen dat hierbij **ook kritische kanttekeningen** worden geplaatst. Het betreft knelpunten en bezorgdheden die worden ervaren en dewelke afhankelijk zijn van het perspectief van de in dit onderzoek betrokken actoren.

Voor wat betreft outreach besluiten we op basis van de kwalitatieve resultaten dat er bedenkingen zijn m.b.t. de wijze waarop deze functie wordt opgevat. De bedenkingen m.b.t. **de huidige definiëring van outreach** worden zowel vanuit RTH-perspectief, gebruikersperspectief als DOP-perspectief geuit.

Vanuit RTH-perspectief wordt de te enge definiëring van outreach aangekaart. Voor hen zou cliëntgebonden kennisoverdracht ook een onderdeel mogen zijn van outreach. Uit de kwantitatieve bevraging (websurvey) kwam ook naar voren dat voor 16% van de RTH-diensten een bespreking over een bepaalde cliënt (hoewel niet vervat binnen de RTH-definitie van outreach) als één van de twee meest uitgevoerde activiteiten binnen outreach kan worden beschouwd.

Outreach is voor een brede waaier van ontvangers mogelijk. Uit het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksluik kan worden afgeleid dat professionals alsook niet-professionals zoals ouders, grootouders, mantelzorgers, vrijwilligers, leden van sportclubs, ... een beroep doen op outreach. Personen uit het netwerk van iemand met een handicap kunnen hierop ook beroep doen. Vanuit het DOP-perspectief wordt benadrukt dat het voor deze groep relevant is om concrete tips te krijgen die specifiek van toepassing zijn op de persoon waarvan ze het netwerk uitmaken.

We stellen vast dat outreach vanuit het perspectief van een gebruikersvereniging idealiter enkel zou worden opgevat als een uniek leermoment in functie van de noden van één bepaalde cliënt. Daarnaast besluiten we dat men vanuit het gebruikersperspectief bezorgd is dat outreach zou worden ingezet als structurele ondersteuningsvorm of als financiering voor het uitbouwen van samenwerkingsverbanden. Dit kan volgens hen nooit het opzet van outreach zijn. Bovendien besluiten we dat gebruikersverenigingen vinden dat ze eveneens expertise bezitten m.b.t. handicap en ook een rol willen opnemen bij het verspreiden van algemene tips, adviezen, etc. Daarnaast werd vanuit het gebruikersperspectief benadrukt dat het belangrijk is dat elke dienst, organisatie, ... met eigen middelen blijft investeren in kennis over handicap wanneer blijkt dat een beperkte kennisoverdracht niet voldoende is om de dienstverlening naar personen met een handicap toe te optimaliseren.

Ondanks de verscheidenheid in visies en opvattingen blijkt uit het kwalitatieve onderzoeksluik duidelijk dat **iedereen**, los van de discussie of dit wel of niet als outreach zou moeten worden opgevat, **een meerwaarde ziet in het samenbrengen van expertise op cliëntniveau**.

De kwalitatieve onderzoeksresultaten tonen aan dat er RTH-diensten zijn die nadrukkelijk vanuit de eigen visie en overtuiging inzetten op het aanbieden van outreach. Het betreft RTH-diensten van het type begeleid wonen en thuisbegeleiding. Het is echter op basis van het relatief beperkt aantal RTH-diensten die werden bevraagd onmogelijk te besluiten dat deze attitude ten aanzien van outreach enkel bij dit type RTH-diensten meer nadrukkelijk aanwezig is.

Outreach wordt soms ook beschouwd als een (deel)oplossing voor de wachttijden binnen RTH. Mede vanuit deze insteek wordt outreach door sommige RTH-diensten aangeboden. Toch moeten we op basis van de kwalitatieve resultaten besluiten dat hierin een contradictie vervat zit. Enerzijds wordt outreach soms opgevat als een element dat wachttijden kan helpen verminderen, maar anderzijds stellen we ook vast dat de wachttijden net een hindernis vormen om (meer) in te zetten op het aanbieden van outreach. In het kwalitatieve onderzoeksluik observeren we **een spanningsveld tussen outreach, het inzetten op ondersteuning en daarmee samenhangend het beheersbaar houden van wachttijden binnen RTH**.

**Wachttijden** zouden **deels** ook kunnen worden **aangepakt door meer samen te werken**, aldus kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen. RTH-diensten proberen alvast ondersteuning te bieden voor de meest prioritaire noden en op die manier wachttijden toch enigszins te overbruggen. Daarnaast wordt er bekeken hoe er met reguliere diensten kan worden samengewerkt (of doorverwezen) om bestaande ondersteuningsnoden alvast op te vangen.

Toch stellen we vast dat er **m.b.t. samenwerking ook een spanningsveld** wordt ervaren door RTH-diensten. Vooral dan voor wat betreft aspecten zoals overleg, netwerkmomenten, etc. Hoewel RTH-diensten potentieel zien in (meer) samenwerking en dit veelal ook effectief doen, ervaren ze dit als een bijkomende tijdsinvestering van begeleiders waar niet voldoende financiële compensatie tegenover staat. We constateren dat zij vinden dat ze hiermee hun **capaciteitsgrenzen** moeten opzoeken en overschrijden. De RTH-diensten die (nog) niet sectoraal of intersectoraal samenwerken gaven in het

kwantitatieve onderzoeksluik (de websurvey) ook aan dat een gebrek aan tijd of middelen één van de redenen zijn waarom ze niet samenwerken.

Bevindingen uit het kwalitatieve luik doen ons bijkomend concluderen dat er hieromtrent **vanuit het gebruikersperspectief een bezorgdheid** is die tevens reeds werd gelinkt aan de definiëring van outreach. Overleg- en netwerkmomenten zouden volgens hen sowieso eigen moeten zijn aan de werking van een RTH-dienst. De werkingsmiddelen die RTH-diensten ter beschikking krijgen dienen hiervoor.

Wat we op basis van dit onderzoek wel kunnen vaststellen is dat reguliere diensten **administratieve en financiële verschillen tussen sectoren als hindernissen** ervaren binnen een samenwerking. We merken binnen het kwalitatieve onderzoeksluik tevens op dat reguliere diensten, maar ook kinderopvang en de sector onderwijs **voldoende kennis van elkaar en elkaars dienstverlening belangrijk** vinden. Dit lijkt echter **niet altijd evident** te zijn. Nochtans hebben we vastgesteld dat dit als een belangrijke voorwaarde voor (meer) samenwerking en onderling contact wordt ervaren.

Outreach en samenwerking brengen **niet enkel op organisatieniveau uitdagingen** met zich mee. Zoals blijkt uit de kwalitatieve bevindingen zijn hieraan ook uitdagingen verbonden voor begeleiders zelf. Het overdragen van kennis aan een groep mensen veronderstelt vaardigheden, een ingesteldheid en motivatie die mogelijks niet bij elke begeleider aanwezig is. Hetzelfde kunnen we besluiten voor bepaalde samenwerkingsverbanden waarbij mensen tijdelijk deel uitmaken van een nieuw team of deeltijds meedraaien binnen een andere organisatie.

In dit onderzoek wordt **outreach, kennisdeling en (inter)sectorale samenwerking hoofdzakelijk onderzocht vanuit het standpunt van de professional**. Toch is het cruciaal om hierbij **ook aandacht** te hebben **voor de vraagzijde**. Wanneer er vanuit verschillende diensten tegelijkertijd ondersteuning wordt geboden, is **afstemming** belangrijk opdat de cliënt (of diens netwerk) een duidelijk overzicht blijft hebben. Dit is een element waarover alle actoren betrokken in het kwalitatieve onderzoeksluik eensgezind zijn. De eensgezindheid betreft ook het feit dat wie de coördinatie op zich neemt eerder ondergeschikt is aan de noodzaak ervan.

Alle actoren betrokken binnen het kwalitatieve onderzoeksluik stellen de wil en wensen van de cliënt centraal. Vanuit RTH-perspectief (maar ook reguliere hoek) komt dit tot uiting doordat men aangaf vanuit een (beperkte) vraagverheldering open te communiceren over alle mogelijke ondersteuningsopties en de keuze van de cliënt hierin te respecteren. Toch observeren we hierin ook een kritische bedenking vanuit de DOP m.b.t. de insteek van vraagverheldering en de mate waarin dit altijd breed genoeg wordt opengetrokken door RTH en reguliere diensten. Een **ondersteuningsplan**<sup>41</sup> **kan een onafhankelijke leidraad zijn** die aan de persoon met een handicap toebehoort, maar wordt mogelijks toch **niet altijd voldoende gerespecteerd of** wachttijden maken er soms een te **gedateerd** document van. Uit het kwantitatieve onderzoeksluik kwam de reden 'de gevraagde ondersteuning is veel ruimer dan wat mogelijk is met RTH', naast het te gedateerd zijn, het meest aan bod als verklaring door de RTH-diensten voor het niet (of in beperkte mate) in acht nemen van het ondersteuningsplan. Niettemin gaf de grote meerderheid van de voorzieningen (85%) aan eerder wel tot in sterke mate rekening te houden met een bestaand ondersteuningsplan.

---

41 Een ondersteuningsplan kan worden opgemaakt door een DOP, DMW (hulpverleningsplan), etc. In de context van dit onderzoek dient het ondersteuningsplan breder te worden opgevat dan enkel een plan dat dient voor een PVB-aanvraagprocedure.

Vanuit de gebruikerszijde wordt het **aanbodgerichte karakter van RTH als hindernis voor een effectieve vrije keuze en eigen regie** beschouwd. **De cliënt, diens belangen en gepaste ondersteuning vrijwaren, staat centraal** binnen het gebruikersperspectief.

#### 1.3.4 Handicapspecifieke en reguliere ondersteuning: preventief, complementair en met elk een unieke eigenheid

De overtuiging dat **RTH-diensten, maar ook reguliere diensten, preventief kunnen werken**, blijkt uit de kwalitatieve onderzoeksresultaten. RTH en reguliere diensten, al dan niet gecombineerd ingezet, kunnen ertoe bijdragen dat noden minder snel of zelfs niet escaleren. Op basis van het kwalitatieve onderzoeksluik stellen we echter ook vast dat hieraan een voorwaarde verbonden is die kan worden gelinkt aan de grenzen van de beschikbare capaciteit zoals aangevoeld door de bevraagde RTH-diensten. Ondersteuning zou tijdig moeten kunnen worden aangeboden opdat noden niet (te snel) intensiever worden, maar wachttijden vormen hierin opnieuw een hindernis. Daarnaast blijkt uit de kwalitatieve bevindingen dat **de grenzen van de beschikbare capaciteit niet enkel door RTH-diensten wordt aangevoeld**. **Indicaties** binnen het kwalitatieve onderzoeksluik doen ons besluiten dat dit **in meerdere sectoren** als problematisch wordt ervaren.

We stellen vast dat er **vooral door samen te werken rond een persoon met een handicap een goede ondersteuningsbasis kan worden gecreëerd**. Voorbeelden tonen aan dat samenwerken **vanuit ieders specifieke competenties en kernkwaliteiten tot positieve ervaringen leidt**. Het idee van ondersteuning geboden vanuit de verschillende concentrische cirkels komt hierbij ook duidelijk naar voren. Vrijwilligers en het persoonlijk netwerk, inclusief aandacht voor de krachten van de persoon zelf, worden in dit onderzoek ook genoemd als ondersteuningsbronnen naast voldoende beschikbare professionele (handicapspecifieke) hulp.

We besluiten dat **complementariteit een kernwoord** is. Door expertise over te dragen en samen te leggen, al dan niet cliëntgebonden, wordt hetgeen dat aan ondersteuning binnen andere sectoren mogelijk is voor personen met een handicap verbreed.

Het is echter niet de bedoeling om iedereen om te vormen tot handicapspecifieke experts. In dit onderzoek klinkt het eenduidig dat **iedereen zijn eigen expertise** heeft en dat deze moet worden **gerespecteerd en behouden**. Dit geldt ook voor de handicapspecifieke expertise die aanwezig is bij kleinere RTH-diensten die zich focussen op een niche doelpubliek.

Complementariteit en eigen expertise sluit niet uit dat er soms **een grijze zone** kan zijn tussen bepaalde aspecten van het **handicapspecifieke en reguliere aanbod**. Uit het onderzoek leiden we af dat het niet noodzakelijk is om hierin een harde grens te trekken. Het is eerder aangewezen om erover te waken dat bepaalde aspecten/vormen van ondersteuning die regulier kunnen worden opgenomen niet zonder meer worden overgenomen door RTH-diensten. Bevindingen uit het kwalitatieve onderzoeksluik laten ons toe te stellen dat er een aanvoelen is dat dit soms toch gebeurt. RTH-begeleiding is een te duur alternatief voor bepaalde taken die regulier kunnen worden opgenomen.

Iedere persoon is anders. Elke handicap is anders, maar ook tussen personen met dezelfde handicap, de ondersteuning die er al is en de aard van het netwerk zijn er verschillen. Dit maakt dat de overweging tussen welke ondersteuning idealiter best **handicapspecifiek dan wel regulier** kan worden opgenomen **telkens opnieuw een afweging** is. In het kwalitatieve onderzoeksluik worden hiervoor een aantal **richtinggevende elementen** naar voren geschoven. RTH-diensten zijn handicapspecifieke experts daar waar reguliere diensten dit nooit zullen zijn. Bepaalde situaties en problematieken vereisen deze

handicapspecifieke input. Vanuit RTH kan er tevens een leerproces worden aangegaan met de cliënt. Dit onderzoek toont aan dat er een gedragen visie is omtrent het verschil tussen iemand iets leren of weerbaarder maken zodat hij op termijn een bepaalde taak zelfstandig kan opnemen of een taak overnemen. Indien het dit laatste betreft, zou dit een opdracht moeten zijn voor reguliere diensten of vrijwilligers.

In het kwalitatieve onderzoeksluik komt aan bod dat de **betaalbaarheid van ondersteuning** mogelijk is voor de persoon met een handicap zelf een element is dat meespeelt. Reguliere ondersteuning zou, wanneer de intensiteit van de geboden praktische hulp te hoog wordt, voor sommige personen te duur kunnen worden. Omgekeerd werd dit ook opgemerkt voor ondersteuning via RTH. Dit moet echter ook worden genuanceerd. RTH-diensten zijn niet verplicht om een persoonlijke bijdrage te vragen en niet elke RTH-dienst doet dit. Toch blijkt uit het kwantitatieve onderzoeksluik dat het merendeel dit wel doet. Ongeveer negen op de tien RTH-diensten vragen een financiële bijdrage aan de cliënt voor één of meerdere ondersteuningsfuncties (d.i. ongeveer 70% voor dagopvang en verblijf, 65% voor ambulante of mobiele begeleiding en 54% voor groepsbegeleiding). Er wordt een financiële bijdrage gevraagd om een deel van de werkingskosten te kunnen dekken, of omdat het een positieve impact heeft op de hulpverlener-cliënt relatie of omdat RTH een dienstverlening is. Uit het kwalitatieve onderzoeksluik blijkt dat persoonlijke eigen bijdrages voor begeleidingsmomenten of extra facturaties voor bijkomende activiteiten die sommige RTH-diensten vragen financieel te belastend zouden kunnen zijn voor bepaalde personen die dan mogelijk zullen opteren voor reguliere ondersteuning terwijl RTH voor hen wel het meest geschikt zou zijn. De kwantitatieve data tonen aan dat binnen de meeste RTH-diensten deze bijdrage gelijk is voor elke cliënt. Bij sommige diensten verschilt deze bijdrage tussen cliënten en is voornamelijk afhankelijk van hun financiële situatie. Hoewel er op die manier toch rekening wordt gehouden met financieel kwetsbare groepen, willen we toch benadrukken dat noodzakelijke ondersteuning voor iedereen betaalbaar moet zijn.

Uit de kwalitatieve resultaten concluderen we dat ondersteuning bieden **geen ‘of-of’ verhaal is, maar veeleer een ‘en-en’ verhaal waarin er onderling in functie van de persoon met de handicap flexibel zou moeten kunnen worden geschakeld tussen verschillende ondersteuningsbronnen**. Dit veronderstelt een evenwicht m.b.t. ‘geven en nemen’ van ondersteuning.

## 2 Aanbevelingen

We kunnen op basis van het onderzoek een aantal thema’s en aspecten detecteren waarvoor we aanbevelingen formuleren en waarvan we vinden dat ze aandacht verdienen.

In dit specifieke onderzoek ligt de nadruk op het RTH-perspectief. Desalniettemin werden bij het formuleren van aandachtspunten ook andere invalshoeken mee in overweging genomen. We willen benadrukken dat het blijvend inzetten op het bieden van de best mogelijke ondersteuning voor personen met een handicap en het bevorderen van een inclusieve samenleving de centrale insteek dient te blijven wanneer uiteindelijke beleidskeuzes worden gemaakt.

## 2.1 Aanbod

Dit onderzoek toont duidelijk aan dat de RTH-diensten een nood ervaren aan een verdere RTH-uitbreiding. Men heeft het gevoel de grenzen van de eigen capaciteit te moeten opzoeken en zelfs vaak te moeten overschrijden. Als onderzoeksteam onderschrijven we het belang van verdere uitbreiding van RTH.

Het bestaan van wachtlijsten binnen RTH is voor alle betrokken actoren binnen dit onderzoek een gekend knelpunt. Wachtlijsten zetten het vlot inzetbare, toegankelijke en laagdrempelige karakter van RTH onder druk. Met andere woorden de wachtlijsten dreigen de sterktes van RTH te ondermijnen. Bovendien werd er ook aangehaald dat wachtlijsten een invloed hebben op de duur van de begeleiding. Zo kunnen wachtlijsten ervoor zorgen dat cliënten onnodig langer worden vastgehouden. Dit omdat men vreest na afronding niet meer binnen een redelijke termijn terug beroep te kunnen doen op RTH. Dit houdt wederom het bestaan van wachtlijsten in stand (d.i. weinig vrije plaatsen voor nieuwe cliënten). Aangezien het probleem van wachtlijsten zich ook afspeelt in andere sectoren, worden samenwerkingen en doorverwijzingen ook bemoeilijkt. Bijkomstig hebben RTH-diensten ook niet altijd zicht op de lokale voorziening-gebonden wachtlijsten.

RTH vormt een belangrijk onderdeel van de eerste trap van het persoonsvolgend financieringssysteem. Via RTH wordt er aan personen met (een vermoeden van) een handicap laagdrempelige handicap-specifieke ondersteuning geboden zodat deze personen niet of pas later worden toegeleid naar de tweede trap van de persoonsvolgende financiering. Met andere woorden indien RTH (in combinatie met reguliere diensten) tijdig kan worden ingeschakeld, zou een escalatie van noden en meer intensieve, dure ondersteuning (tijdelijk) kunnen worden voorkomen. Naast dit preventieve aspect, streeft men binnen RTH ook naar inclusie. Zo probeert men cliënten ondersteuning te geven binnen de eigen omgeving en te laten participeren aan de samenleving via o.a. kinderopvang, onderwijs, vrijetijdsleven en arbeid.

Volgens de gebruikersverenigingen is het belangrijk dat RTH persoonsgerichte ondersteuning is, wat wil zeggen dat de ondersteuning tegemoetkomt aan de wensen, behoeften, eigen mogelijkheden, prioriteiten en doelen van de cliënt en het netwerk rondom de cliënt. Daarnaast is het ook belangrijk dat ze inspraak en keuzevrijheid hebben binnen de hulpverlening (bv. bij welke taken ondersteuning, wat zelf doen, van wie de ondersteuning komt, etc.). Op die manier hebben personen met (een vermoeden van een handicap) dus de regie van de ondersteuning in eigen handen. Gebruikersverenigingen zijn daarom dus voorstander van vraaggestuurd of persoonsvolgende RTH- ondersteuning. Volgens de gebruikersverenigingen is het RTH-aanbod echter nog te veel aanbodgestuurd wat de eigen regie in de weg staat.

- Aanbevelingen m.b.t. uitbreiding van RTH.
  - Bij een uitbreidingsbeleid lijkt het ons aangewezen dat de extra middelen verdeeld worden per zorgregio op basis van de bevolkingcijfers, waarbij het aanbod tegemoetkomt aan de grootte van de nood aan RTH. Dit werd reeds uitgewerkt in het uitbreidingsbeleid van het aanbod aan RTH in 2019. Het is belangrijk dat er voldoende aanbod is dat bereikbaar is voor personen met (een vermoeden van) een handicap en binnen een beperkte afstand. Bij een regionale spreiding van de uitbreiding is het ook aangewezen om rekening te houden met het aanbod van reguliere diensten in de zorgregio's.
  - Hoewel er een grote nadruk ligt op het inzetten van de RTH-middelen voor mobiele begeleiding, dient men ook aandacht te hebben voor uitbreiding van het aanbod van

de andere ondersteuningsfuncties. Zo is het bijvoorbeeld aangewezen om voldoende aandacht te hebben voor inclusie en outreach bij de verdeling van het uitbreidingsbudget. Het lijkt ons ook aangewezen om uitbreiding van de verschillende ondersteuningsfuncties af te stemmen op de leeftijd van de doelgroep. Aangezien de ondersteuningsfuncties verblijf en outreach meer worden aangeboden aan minderjarigen kan dit wijzen op een grotere nood aan deze ondersteuningsvormen voor minderjarigen.

- Aangezien RTH en nRTH als ‘communicerende vaten’ kunnen worden opgevat, gaat een uitbreiding van het RTH-aanbod idealiter ook gepaard met een verdere uitbreiding van het nRTH-aanbod. Een verdere nRTH-uitbreiding kan gedeeltelijk de wachtlijsten binnen RTH aanpakken doordat de doorstroming van cliënten met een zorgvraag nRTH naar trap 2 dan vlotter kan verlopen.

➤ Aanbevelingen m.b.t. het bestaan van wachtlijsten binnen RTH.

- Indien een persoon (met een vermoeden van) een handicap op de wachtlijst staat, is het belangrijk dat deze persoon tijdens de intake wordt gemotiveerd of versterkt in zijn of haar actief zoekproces om (tijdelijk) op zoek te naar andere gepaste ondersteuning.
- Op basis van dit onderzoek kan er niet geadviseerd worden dat een centrale wachtlijst (cf. nRTH) voor RTH aangewezen is aangezien er geen eensgezindheid werd gevonden bij de RTH-diensten. Niettegenstaande zou een algemeen (en intersectoraal) aanmeldingssysteem wel een meerwaarde kunnen zijn. Op die manier heeft men een beter zicht op waar de noden juist zitten en welke voorzieningen (zowel VAPH- als niet-VAPH gefinancierde voorzieningen) wachtlijsten hanteren. Hierdoor kunnen de samenwerkingen en doorverwijzingen ook gemakkelijker verlopen en kan er meer worden ingezet op inclusie. Een belangrijke opmerking hierbij is echter dat continue opvolging en actualisering van dit aanmeldingssysteem wel noodzakelijk zal zijn.
- Het ‘1Gezin1Plan’ van de Vlaamse Overheid is reeds een bestaand structureel initiatief waarbij er aan de hand van een regionaal en intersectoraal samenwerkingsverband meer kennis wordt verkregen over de noden van minderjarigen en hun netwerk en welke noden niet kunnen worden ingevuld. Zo bestaat het 1Gezin1Plan uit een samenwerkingsverband van partners uit de gezins- en jeugdhulp, meer specifiek alle organisaties die RTH aanbieden en partners zoals de Huizen van het Kind, het CLB, de lokale besturen (gemeentes/OCMW) en nog vele andere diensten die eerstelijns-hulpverlening aanbieden. Samen gaan ze voor sneller inzetbare en beter afgestemde hulp aan kinderen, jongeren en gezinnen. Op die manier is er ook meer zicht op elkaars expertise en capaciteit en kunnen er gemakkelijker alternatieven worden aangeboden in afwachting van meer gepaste hulpverlening. Dergelijke ontwikkelingen dienen, ons inziens, te worden aangemoedigd en verder verkend.
- RTH-diensten, en vooral grote diensten, kiezen soms voor zorgverdunding vanwege het bestaan van de wachtlijsten. Via zorgverdunding probeert men relatief meer personen te helpen binnen dezelfde capaciteit maar met een lagere intensiteit. Het zoeken naar een creatieve oplossing om zoveel mogelijk cliënten te helpen moedigen wij zeker aan. Maar tegelijkertijd is onze bezorgdheid dat deze maatregel niet zonder meer op iedere gebruiker toe te passen is. Hierbij dient er gekeken te worden naar de behoeften, wensen, levensfase, context, mogelijkheden van cliënt en netwerk en andere mogelijke ondersteuningsvormen (bv. reguliere hulp, vrijwilligers) om te bepalen of minder frequente zorg of zorg met een lagere intensiteit mogelijk is. Centraal blijft de garantie van kwalitatieve zorg die tegemoetkomt aan de ondersteuningsnoden van de persoon. Een te ver doorgedreven zorgverdunding dient vermeden te worden zodat RTH als kwaliteitsvolle ondersteuning niet in het gedrang komt.

- Om te voorkomen dat wachtlijsten als gevolg hebben dat cliënten te lang RTH-ondersteuning krijgen, lijkt het ons de verantwoordelijkheid van de sector om garantie en zekerheid te geven aan de cliënten om binnen een redelijke termijn terug beroep te kunnen doen op RTH (zonder een nieuwe aanmelding of een lange wachttijd). Hierbij is het ook van belang om bij de aanvraag van de ondersteuning het flexibele en tijdelijke aspect van RTH duidelijk aan te halen.
- Aanbevelingen m.b.t. het vrijwaren van het preventieve en inclusieve karakter van RTH.
  - Om het preventieve en inclusieve karakter van RTH te vrijwaren, lijkt het ons aangewezen dat er naast capaciteitsuitbreiding ook voldoende flexibiliteit wordt ingelast in het ondersteuningsaanbod. Met andere woorden RTH-ondersteuning dient voldoende flexibel en dynamisch te zijn zodat de hulpverlening zich aanpast aan mogelijke veranderingen in de behoeften, wensen en mogelijkheden van cliënten. Dit kan op verschillende manieren worden vormgegeven, waarbij de kwaliteit van de zorg en de invulling van de zorgnoden centraal staan, bijvoorbeeld:
    - Tijdens een crisissituatie toelaten dat er een korte blok van heel intensieve ondersteuning geboden kan worden;
    - Eenvoudig kunnen schuiven of schakelen tussen verschillende ondersteuningsvormen van wat wanneer het meeste nodig is;
    - Indien men tijdelijk de RTH-ondersteuning niet meer nodig acht, de garantie geven dat men binnen een redelijke termijn terug beroep kan doen op RTH.
  - Naast flexibiliteit is het ook aangewezen dat het ondersteuningsaanbod breed wordt bekeken. Daarom blijft het volgens ons belangrijk dat Diensten Ondersteuningsplan (DOP), DMW van de mutualiteiten, etc. samen met cliënten trachten na te gaan wie hen allemaal kan helpen om hun ondersteuningsnood te beantwoorden. Hierbij dient zowel ondersteuning door mantelzorgers, reguliere diensten als door het VAPH-gefinancierde voorzieningen in rekening te worden genomen.
  - Indien het eigen sociaal netwerk onvoldoende ondersteuning kan bieden, dient er beroep gedaan te worden op professionele hulpverlening door eerst te kijken naar reguliere algemene diensten. Indien deze reguliere zorg onvoldoende blijkt te zijn, kan er ook gekeken worden naar handicapgespecialiseerde hulpverlening (cf. concentrisch cirkelmodel). Daarnaast lijkt het ons ook aangewezen om tijdens gespecialiseerde ondersteuning blijvend in te zetten op de persoon met (een vermoeden van) een handicap en zijn/haar netwerk. Het versterken of *empowerend* ondersteunen door aandacht te besteden aan de capaciteiten en krachten van de persoon zelf en zijn/haar netwerk om van daaruit naar oplossingen te zoeken, zorgt ervoor dat er minder ondersteuning nodig is buiten het eigen netwerk. Uit dit onderzoek blijkt dat de meest uitgevoerde activiteiten binnen de ondersteuningsfunctie begeleiding (in ambulante en/of mobiele vorm) reeds een sterke focus leggen op het netwerk.
- Aanbeveling m.b.t. het aanbod- versus vraaggestuurde karakter van RTH.
  - Doordat dit onderzoek duidelijk de capaciteitsgrenzen en wachtlijsten van RTH aan het licht brengt, kunnen we de vraag stellen in hoeverre de persoon met (een vermoeden van) een handicap zich moet schikken naar het beschikbare aanbod in de regio. Dit hangt natuurlijk grotendeels af van de specifieke RTH-dienst en begeleider en hiermee samenhangend de grootte van het aanbod van RTH. We achten het aangewezen om met alle betrokken stakeholders in een dialoog na te gaan wat de mogelijkheden, voorwaarden en knelpunten zijn om RTH te laten evolueren naar een meer vraaggestuurde ondersteuningsvorm.



## 2.2 Profiel

Het gegeven dat RTH kan worden aangeboden aan een ruime doelgroep, namelijk zowel aan personen met een erkende handicap als aan personen met een vermoeden van een handicap, wordt door sommige RTH-diensten aangehaald als een sterkte<sup>42</sup>. Het niet hoeven erkend te zijn als een persoon met een handicap past binnen het aspect laagdrempelige zorg en sluit vooral geen (jonge) minderjarigen uit.

Dit onderzoek toont aan dat het aanbod van verblijf en dagopvang lager is dan het aanbod van begeleiding. Het grote merendeel van de cliënten maakt ook uitsluitend gebruik van begeleiding in ambulante en/of mobiele vorm. De RTH-diensten geven aan dat het merendeel van de cliënten met een zorgvraag RTH voldoende geholpen zijn. Toch zijn er volgens de RTH-diensten ook cliënten met een hulpvraag RTH die onvoldoende ondersteund worden.

Met betrekking tot de relatie tussen RTH en nRTH kunnen er verschillende trajecten onderscheiden worden. Zo zijn er personen waarbij de ondersteuning via RTH uiteindelijk ontoereikend is en bijgevolg nood hebben aan een meer intensieve ondersteuning (nRTH). Er zijn ook personen die op de wachtlijst voor nRTH staan en in afwachting reeds gebruik maken van RTH. Naast de transitie van RTH naar nRTH zijn er ook personen die de transitie van nRTH naar RTH (kunnen) doormaken. Zo gaven de RTH-diensten aan dat voor bepaalde personen binnen nRTH, voornamelijk binnen budgetcategorie I (PVB), ondersteuning via RTH (in combinatie met reguliere ondersteuningsvormen) voldoende zou kunnen zijn om hun zorgnoden te beantwoorden. Daarnaast bestaat een groep personen die zich omwille van hun zorgzwaarte en noden op de grens RTH-nRTH bevinden.

RTH in het algemeen is onvoldoende bekend bij bepaalde gebruikers, maar ook bij algemene en reguliere diensten. Meer bekendheid van RTH bij deze diensten kan mogelijk een positief effect hebben op de vermaatschappelijking van de zorg en de intersectorale samenwerking. Hierbij aansluitend vinden we verschillen tussen algemene en reguliere diensten met betrekking tot het beroep doen op outreach.

Tot slot wordt er dit onderzoek door een grote meerderheid van de RTH-diensten onderschreven dat een meer flexibele inzet van het aantal RTH-punten per cliënt per jaar aangewezen zou zijn en dat hierbij het maximum van acht punten per cliënt per jaar best wordt verhoogd.

- Aanbeveling m.b.t. het niet hoeven erkend zijn als persoon met een handicap voor RTH.
  - Hoewel we onderkennen dat het niet hoeven erkend te zijn als een persoon met een handicap een sterkte is van RTH, zou het een meerwaarde kunnen zijn om de 'aard van de handicap' beter te monitoren. Meer specifiek door het registreren van de verschillende profielen onder de omschrijving 'ontbrekende handicapgegevens', kan er een vollediger beeld bekomen worden van de bereikte doelgroep.
- Aanbeveling m.b.t. de initiële zorgvragen of ondersteuningsnoden van de gebruikers.
  - Het lijkt ons een meerwaarde om in verder onderzoek na te gaan wat de initiële zorgvragen of ondersteuningsnoden zijn van de gebruikers zelf (waarbij eventueel rekening wordt gehouden met een bestaand ondersteuningsplan) en of de vragen naar verblijf en dagopvang veel hoger liggen dan het aanbod van deze ondersteuningsfuncties.

---

<sup>42</sup> Echter door sommige RTH-diensten als een knelpunt omdat een vermoeden van een handicap soms moeilijk te bepalen is.

- Aanbeveling m.b.t. de overstap van nRTH naar RTH.
  - Uit dit onderzoek werden reeds voorwaarden aangehaald die idealer in acht worden genomen indien personen de overstap maken van nRTH naar RTH:
    - Indien personen binnen budgetcategorie I (PVB) hun ondersteuning via RTH en reguliere diensten zouden moeten organiseren, is een capaciteitsuitbreiding van zowel RTH als reguliere diensten noodzakelijk om iedereen de ondersteuning te kunnen bieden waarop men recht heeft;
    - Naast het in acht nemen van de objectieve zorgnood is het ook belangrijk om te kijken naar de zorgvraag van de cliënten en op welke manier ze hun ondersteuning willen vormgeven. Het niet meer volledig cash kunnen besteden van het budget of het inzetten van het vrij besteedbaar deel, zijn voorrechten die zullen wegvallen bij de overgang naar RTH;
    - Personen die reeds binnen nRTH ondersteuning hebben gekregen en niet enkel beroep deden op begeleiding, maar bijvoorbeeld ook op praktische hulp of op ondersteuning door reguliere diensten zullen niet alles kunnen opvangen door de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties;
    - Daarnaast is een verschuiving van de grens RTH en nRTH niet volledig los te koppelen van het volledige PVF-systeem en het functioneren van dit systeem. Daarnaast is er ook een koppeling met andere beleidsdomeinen, zoals wonen, werk en mobiliteit.
  
- Aanbeveling m.b.t. de bekendmaking van RTH.
  - We bevelen aan dat er voldoende wordt geïnvesteerd in de bekendmaking van RTH waarbij er extra aandacht is voor kwetsbare personen. Deze promotie is van belang, ondanks het bestaan van (lange) wachtlijsten, aangezien dit een Mattheüeffect (d.i. hogere inkomensgroepen die relatief gezien meer voordeel halen uit sociale voorzieningen dan lagere inkomensgroepen) binnen RTH zou kunnen kenteren of tegengaan. Hierbij aansluitend dient er ook aandacht te worden besteed aan de betaalbaarheid van RTH voor mensen in kwetsbare situaties.
  - Daarnaast is het ook aangewezen de bekendheid van RTH, en meer specifiek van de ondersteuningsfunctie outreach, te vergroten bij algemene en reguliere diensten.
  
- Aanbevelingen m.b.t. een meer flexibele inzet van het aantal RTH-punten per cliënt per jaar en een hoger maximum.
  - Het is belangrijk om de specifieke voorwaarden te specificeren die aangeven wanneer het mogelijk is om een hoger aantal punten (d.i. meer dan acht) per cliënt per jaar te kunnen inzetten. Hierbij is het ook aangewezen om een hoger maximum vast te leggen. In dit onderzoek werden er reeds verschillende voorwaarden of omstandigheden aangehaald:
    - Voor bepaalde doelgroepen: personen die wachten op een persoonsvolgend budget en vallen binnen de laagste budgetcategorieën en voor kwetsbare personen (bv. beperkt netwerk, migratieachtergrond, in armoede leven);
    - Bij bepaalde ondersteuningsvormen: bij de inzet van ondersteuningsfuncties verblijf of dagopvang, bij combinaties van verschillende ondersteuningsfuncties en bij het krijgen van ondersteuning bij verschillende zorgaanbieders/voorzieningen;
    - Tijdens bepaalde levensfasen of veranderingen in de levenscyclus: transitiemomenten, crisissen en het wegvallen van het netwerk.
  - We beseffen dat het geen evidente opdracht is om een nieuw maximum en eventueel de voorwaarden voor dit nieuw maximum te operationaliseren, maar er kan in een

dialogoog worden nagegaan welk maximum en welke voorwaarden mogelijk zijn en hoe deze best verder worden uitgewerkt.

- Indien het maximum aantal punten per cliënt per jaar wordt verhoogd (d.i. meer dan 8), bevelen we ook aan dat er meer aandacht wordt gegeven aan de ondersteuningsfuncties dagopvang en verblijf. Deze ondersteuningsfuncties worden namelijk meer ingezet indien de persoon nood heeft aan een meer intensieve vorm van ondersteuning.

### 2.3 Outreach, kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking

Dit onderzoek toont aan dat er aan 1) outreach en 2) kennisdeling op cliëntniveau wordt gedaan alsook dat er 3) (inter)sectoraal wordt samengewerkt. Er wordt rond een specifieke cliënt samengewerkt, maar samenwerkingsverbanden nemen evenzeer vormen aan die de dienstverlening aan een specifiek individu overstijgen. Beide aspecten lijken heel wat potentie te hebben en kunnen worden aanbevolen. Aan zowel outreach, kennisdeling op cliëntniveau als de diverse vormen van (inter)sectorale samenwerking kunnen immers meerdere positieve effecten worden gelinkt. Deze positieve impact is in de eerste plaats merkbaar voor de persoon met de handicap. De brede waaier van ontvangers van outreach en professionals betrokken bij kennisdeling op cliëntniveau en (inter)sectorale samenwerking zijn hiermee eveneens gebaat.

Indien men vanuit het beleid verder wil inzetten op de realisatie van een inclusieve samenleving is het ons inziens essentieel dat deze drie aspecten verder worden gestimuleerd. Het streven naar inclusie houdt in dat ondersteuning vanuit de verschillende concentrische cirkels wordt ingezet, met aandacht voor de krachten van de persoon met de handicap zelf. Uitgaande van dit streven, heeft de gehandicapte sector de opdracht om ervoor te zorgen dat niet-handicapspecifieke diensten voldoende praktijkgerichte inzichten en vaardigheden kunnen verwerven om ook aan deze doelgroep kwaliteitsvolle ondersteuning te bieden. Outreach lijkt geschikt voor dit doel.

Inclusie als een maatschappelijk streven veronderstelt dat iedereen in de samenleving toch een minimum aan inzicht m.b.t. handicap heeft (wat houdt het in, hoe ermee om te gaan, wat zijn aandachtspunten, etc.). Een breed aanbod aan kennis over handicap is belangrijk om deze kennis breed te laten doordringen in de maatschappij. Andere actoren zoals gebruikersverenigingen zouden een belangrijke sensibiliserende rol kunnen (blijven) spelen en eveneens kennis, tips, ... m.b.t. algemene thema's rond handicap kunnen overdragen op een manier die aansluit bij de mogelijkheden van hun specifieke werking.

We hebben gewezen op de verantwoordelijkheid van de gehandicapte sector, maar we willen tegelijkertijd ook een pleidooi houden voor de verantwoordelijkheid die andere sectoren dienen te nemen als ze mee de schouders onder inclusie willen zetten (bv. door zelf te investeren in opleidingen wanneer outreach onvoldoende is om de dienstverlening handicapvriendelijker te maken). Dit linken we ook aan de noodzaak van een flankerend beleid zoals we ook in eerder onderzoek<sup>43</sup> reeds hebben aanbevolen, gekoppeld aan het principe van gedeelde verantwoordelijkheid inzake het realiseren van

---

<sup>43</sup> 'Evaluatieonderzoek naar de implementatie van het basisondersteuningsbudget' (Op de Beeck, L., Schepers, W., Van Regenmortel, T., 2018 - <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef12-evaluatieonderzoek-naar-de-implementatie-van-het-basisondersteuningsbudget>); 'Inzet van het vrij besteedbaar gedeelte van het persoonsvolgend budget' (Op de Beeck, L., Schepers, W., Van Regenmortel, T., 2018 - <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/swvg-ef25-rapport-05-vrij-besteedbaar-bedrag>).

een inclusieve samenleving. Dit onderzoek toont een directe en positieve impact die kennisdeling en (inter)sectorale samenwerking kunnen hebben op een persoon met een handicap. Tevens blijkt uit dit onderzoek dat hierop reeds wordt ingezet. We beschouwen dit als een positieve evolutie die verder dient gestimuleerd te worden. De ontwikkeling van structurele initiatieven is hiertoe een middel, zoals bijvoorbeeld GIO<sup>44</sup>. Dergelijke initiatieven dienen, ons inziens, aangemoedigd te worden en kunnen verder worden verkend. We denken onder meer aan personen met een multiproblematiek.

Meer kennisdeling en (inter)sectorale samenwerking op cliëntniveau draagt bij tot meer ondersteuning vanuit een én-én verhaal. Praktijkvoorbeelden tonen ook aan dat dit kan bijdragen tot een goede ondersteuningsbasis. Hiermee samenhangend onderschrijven we het preventieve karakter dat kan uitgaan van RTH en reguliere diensten die al dan niet gecombineerd worden ingezet. We volgen de redenering dat er mensen zijn die mits een goed afgestemde ondersteuningsbasis, met inbegrip van vrijwilligers, het netwerk, etc., voldoende kwaliteitsvol kunnen worden geholpen zodat ze geen of pas later meer intensieve, niet-rechtstreeks hulp nodig hebben. Gezien de druk op persoonsvolgende budgetten lijkt dit ons een belangrijk aandachtspunt.

We merken enkele kernwoorden op die ons inziens de essentie verwoorden: kruisbestuiving van kennis, respect voor ieders expertise en complementariteit. Intersectorale toenadering en verankering is hieraan nauw verbonden. Het belang om hierop in te zetten, kan niet worden ontkend. Mits goed georganiseerd, kan dit een meerwaarde betekenen voor zowel hulpverleners als cliënten. Het bieden van de meest gepaste en kwaliteitsvolle ondersteuning aan personen met een handicap vormt de rode draad doorheen dit alles.

Iedereen heeft z'n eigenheid, identiteit en expertise. Het is ons inziens enkel doordat iedereen vanuit een gezamenlijk streven inzet op zijn eigen kernkwaliteiten dat er een structurele ondersteuningsbasis kan worden gecreëerd. Voor professionals is onderlinge afstemming belangrijk opdat iedereen effectief vanuit de eigen specifieke competenties kan werken en opdat de geboden ondersteuning zo vlot mogelijk kan verlopen. Voor personen met een handicap (of hun netwerk) is het belangrijk dat ze hierin het overzicht en de eigen regie kunnen behouden. Het is een evidentie dat in wezen de keuze voor een bepaalde ondersteuningsvorm niet zou mogen worden beïnvloed door wat wel/niet betaalbaar is. Hoewel dit onderzoek hierop niet dieper ingaat, werd aangegeven dat bepaalde personen met een handicap mogelijks niet over een voldoende hoog basisinkomen beschikken. Hoewel dit zeker niet voor alle personen met een handicap van toepassing is, hebben we in ander door ons uitgevoerd onderzoek<sup>45</sup> eveneens indicaties opgevangen dat er toch ook personen zijn die hun totaal beschikbaar inkomen<sup>46</sup> als onvoldoende ervaren.

Tot slot zijn we van mening dat kruisbestuiving van inzichten de norm zou mogen worden. Door op cliëntniveau kennis te delen en samen te werken wordt dit alvast gestimuleerd. Daarnaast beschouwen we (inter)sectorale samenwerkingsverbanden die de ondersteuning van een individuele cliënt

---

<sup>44</sup> GIO = globale individuele ondersteuning. Een nieuwe ondersteuningsfunctie (combinatie van praktische ondersteuning en begeleiding) binnen RTH om de participatie van opgroeiende kinderen (0-7 jaar; van de start in de kinderopvang tot de transitie naar het eerste leerjaar) met een (vermoeden van) een handicap in inclusieve contexten, zoals kinderopvang en het gewoon onderwijs te bevorderen. Hierbij staat de samenwerking met andere actoren die actief zijn in het werkveld van kinderopvang en gewoon onderwijs centraal (bv. ondersteuningsnetwerken, CLB, Kind en Gezin).

<sup>45</sup> Zie voetnoot 27.

<sup>46</sup> Totaal beschikbaar budget werd opgevat als de combinatie van alle inkomens en tegemoetkomingen die de persoon ontvangt.

overstijgen eveneens als een ideale context om voortdurend en spontaan van elkaar te leren. We merken dat er ook op dit vlak reeds mooie voorbeelden terug te vinden zijn en er nog heel wat groeipotentieel is om meer (inter)sectoraal samen te werken en samen meer te realiseren inzake dienstverlening, het publiek dat kan worden bereikt, etc.

We hebben vastgesteld dat zowel outreach, kennisdeling en (inter)sectorale samenwerking inspanningen vragen van RTH-diensten, maar ook van reguliere diensten en organisaties binnen andere sectoren. Dit onderzoek toont aan dat men het gevoel heeft de grenzen van de eigen capaciteit te moeten opzoeken en soms zelfs te overschrijden. Gezien het belang en de meerwaarde van outreach, kennisdeling en (inter)sectorale samenwerking achten wij het aangewezen dat betrokken diensten hierin in zo optimaal mogelijke omstandigheden verder kunnen investeren. Investeren in outreach, (inter)sectoraal cliëntoverleg en samenwerking dragen bij aan een inclusieve samenleving en zouden bijgevolg inherent dienen te zijn aan een organisatiecultuur.

Reguliere diensten ervaren ook grenzen aan hun capaciteit en mogelijkheden. Hoewel hun perspectief binnen dit onderzoek wel aan bod komt, wordt dit aanzienlijk minder belicht dan het RTH-perspectief. Dit heeft uiteraard te maken met de focus van dit onderzoek. We pleiten ervoor om voldoende aandacht te hebben voor de mogelijkheden en hindernissen binnen het reguliere circuit en andere sectoren waarmee zou kunnen worden samengewerkt om inclusieve ondersteuning te realiseren.

➤ Aanbevelingen m.b.t. outreach.

- Gezien de positieve effecten die hieraan kunnen worden verbonden en de meerwaarde die wordt ervaren door de ontvangers, raden we aan om RTH-diensten blijvend te stimuleren om outreach aan te bieden.
- Om het spanningsveld dat wordt ervaren tussen outreach en het bieden van ondersteuning weg te nemen, raden we aan om na te gaan hoe de meest optimale omstandigheden kunnen worden gecreëerd opdat RTH-diensten kunnen blijven inzetten op outreach. Enkele voorbeelden ter inspiratie: bieden van extra incentives per x aantal gerealiseerde outreach sessies, extra incentives voor RTH-diensten die nadrukkelijk aangeven zich hiervoor te willen engageren al dan niet gekoppeld aan te behalen doelstellingen, etc.
- Aangezien outreach aanbieden toch andere vaardigheden vraagt dan ondersteuning bieden, zou er ook voor gezorgd moeten worden dat RTH-diensten voldoende ruimte hebben om begeleiders warm te maken voor outreach en hen te ondersteunen zodat ze zich hierin ook bekwaam en comfortabel voelen (bv. doordat begeleiders die hierin meer ervaren zijn hen *tips and tricks* delen of feedback geven).
- Het is belangrijk dat outreach voldoende bekend is. Dit is een verantwoordelijkheid van RTH-diensten, maar ook vanuit het beleid kan outreach meer onder de aandacht worden gebracht.
- Praktijkvoorbeelden en ervaringen/ *know-how* van begeleiders met het aanbieden van outreach (bv. hoe pak ik het aan, hoe combineer ik de wensen van de ontvanger met wat mogelijk is, hoe kan ik kennis concreet maken en linken aan de directe praktijk van de ontvanger, hoe outreach onder de aandacht brengen, hoe begeleiders hierin ondersteunen, etc.) kunnen worden gedeeld via een folder, website, nieuwsbrief, etc.
- We bevelen aan om in een dialoog na te gaan hoe outreach eventueel anders zou kunnen worden opgevat, rekening houdend met de bedenkingen en bezorgdheden die er hieromtrent zijn. We beschouwen vertegenwoordigers van RTH-diensten, DOP en gebruikersverenigingen alvast als partners die hierin een relevante input kunnen hebben.

- Aanbevelingen m.b.t. sensibilisering, het opnemen van een eigen verantwoordelijkheid en het delen van niet-handicapspecifieke expertises.
  - Gebruikersverenigingen zijn geen handicap ‘specialisten’, maar kunnen wel, vanuit de specifieke eigenheid van hun werking, een bijdrage leveren bij het verspreiden van kennis, adviezen, ... omtrent meer algemene handicap gerelateerde thema’s. We raden gebruikersverenigingen en het beleid daarom aan om deze rol (meer) onder de aandacht te brengen.
  - Indien blijkt dat outreach niet afdoende is, moeten diensten en organisaties uit andere sectoren ook met eigen middelen investeren in kennis en vaardigheden die hun dienstverlening naar personen met een handicap toe kunnen optimaliseren.
  - De specifieke eigenheid en expertise van reguliere diensten moet ook worden erkend en ingeroepen wanneer dit ten goede komt aan de ondersteuning van een persoon met een handicap. Bijkomend raden we aan dat reguliere diensten hun specifieke expertise (blijvend) onder de aandacht brengen van andere diensten.
  
- Aanbevelingen m.b.t. de organisatie van de ondersteuning en de vrije keuze van de persoon met een handicap.
  - Wanneer er bij de aanmelding bij een RTH dan wel reguliere dienst aan vraagverduidelijking wordt gedaan, moeten de mogelijke ondersteuningsopties breed genoeg worden bekeken, met inbegrip van de krachten van de persoon zelf.
  - Opdat de persoon met een handicap op een doordachte manier keuzes kan maken m.b.t. de organisatie van zijn ondersteuning moet er door de diensten waar hij zich aanmeldt op een transparante manier worden gecommuniceerd over de verschillende ondersteuningsmogelijkheden. Dit moet hem in staat stellen om voor- en nadelen af te wegen, te weten wat welke zorgaanbieder kan bieden, in te schatten wat consequenties van zijn keuze zouden kunnen zijn, zijn verwachtingen af te wegen t.o.v. hetgeen diensten kunnen bieden, etc.
  - De keuze van de persoon met een handicap staat centraal en moet worden gevrijwaard tenzij het geen realistische keuze is die niet overeenstemt met wat het takenpakket en opdracht van de gekozen ondersteuner toelaat te bieden.
  
- Aanbevelingen m.b.t. de keuze voor handicapspecifieke dan wel reguliere ondersteuning.
  - Voor bepaalde ondersteuningsvragen is handicapspecifieke dan wel reguliere ondersteuning het meest aangewezen. Er zal hierin steeds een grijze zone zijn en de afweging is ook telkens afhankelijk van de individuele kenmerken van de persoon met de handicap. Toch bevelen we aan om rekening te houden met de volgende richtinggevende elementen:
    - Handicapspecifieke ondersteuning is noodzakelijk wanneer de complexiteit van de handicap en het ermee omgaan door het netwerk en professionelen bijkomende ondersteuning vragen die de expertise en capaciteit van reguliere diensten overstijgen. Dit vraagt een eigen leerproces met betrekking tot het functioneren en omgaan met het specifieke en de complexiteit van de handicap.
    - Reguliere ondersteuning is aangewezen als de focus ligt op zelfzorg of thuiszorg en daarbij horende vaardigheden om te functioneren binnen de huidige samenleving. Om kwaliteitsvolle ondersteuning te bieden volstaat een basiskennis rond handicap en de wijze waarop hiermee wordt omgegaan.

- Aanbevelingen m.b.t. de (inter)sectorale cliëntgerichte samenwerking en de (organisatie van deze) ondersteuning.
  - Diensten die (inter)sectoraal samenwerken rond een cliënt doen dit vanuit ieders kernkwaliteiten en zetten deze ook complementair op elkaar in met het oog op de realisatie van de best passende ondersteuning.
  - Binnen een (inter)sectorale samenwerking maken de betrokken ondersteuners onderling goede afspraken over wie welke taken opneemt, wanneer welke dienst meer/minder intensief aanwezig zal zijn bij de ondersteuning, etc.
  - Binnen een (inter)sectorale samenwerking is er een goede coördinatie van de ondersteuning zodat het overzicht bewaard blijft, erover gewaakt wordt dat de ondersteuning vlot blijft verlopen en aangepast blijft aan de noden die er zijn. Coördinatie kan gebeuren door een betrokken dienst, maar evenzeer door de persoon met de handicap zelf of iemand uit zijn netwerk. Wie dit doet, is ondergeschikt aan de noodzaak ervan.
  - RTH-diensten blijven inzichten en expertise op cliëntniveau met andere diensten delen omdat dit de (gezamenlijke) cliënt alleen maar ten goede komt en het deel uitmaakt van een organisatiecultuur waarin inclusie centraal staat.
  - De mogelijkheden van een digitaal, intersectoraal hulpverleningsplan worden onderzocht. Hierbij is het belangrijk dat dit een actueel document is dat mee evolueert met de noden en ondersteuningssituatie van de cliënt. Het is een document dat niet tot overbodige administratie leidt, noch voor de betrokken hulpverleners, noch voor de cliënt zelf. Het is een document dat de efficiëntie bevordert en een preventieve hulpverlening nog meer mogelijk maakt.
  
- Aanbevelingen m.b.t. initiatieven van intersectorale toenadering, samenwerking en verankering.
  - De mogelijkheden tot intersectorale samenwerking worden verder verkend door onder meer te bekijken of en hoe administratieve en financiële hindernissen zouden kunnen worden weggewerkt, hoe middelen samen zouden kunnen worden ingezet, waar er zich mogelijkheden bevinden om personeel te 'delen' - tijdelijk, op bepaalde momenten, ... - etc. Dit is deels een verantwoordelijkheid van het beleid om zaken uit te klaren die op beleidsmatig niveau moeten worden aangepakt, maar daarnaast moeten ook RTH-diensten, reguliere diensten en organisaties binnen andere sectoren toenadering tot elkaar zoeken en nagaan wat ze samen zouden kunnen betekenen voor hun cliënteel.
  - Vanuit het beleid kunnen te behalen doelstellingen (met een eventuele differentiatie tussen korte en langere termijn doelstellingen) worden vooropgesteld die RTH-diensten moeten aanzetten om (meer) intersectoraal samen te werken en potentiële win-win situaties te verkennen en uit te bouwen.
  - Vanuit het beleid worden blijvend de mogelijkheden tot structurele intersectorale initiatieven gericht op de ondersteuning aan een specifieke cliënt zoals GIO verder verkend.
  - Vanuit het beleid zou moeten worden nagegaan hoe de gehandicaptensector, waar dit nog niet het geval is, aansluiting kan vinden bij reeds bestaande intersectorale structuren/netwerken en hoe men zich daarin ook als volwaardige partner kan verankeren.
  - De praktische haalbaarheid van doelstellingen die door de gehandicaptensector worden vooropgesteld en waarvoor expliciet wordt gekeken naar andere sectoren om deze te helpen realiseren (inclusie en ondersteuning voor personen met een handicap vanuit de concentrische cirkels) worden in nauw onderling overleg op beleidsniveau verder afgestemd en uitgewerkt.

## 2.4 Verder onderzoek

Op basis van dit onderzoek hebben we een aantal bijkomende onderzoekspistes geïdentificeerd die een bijdrage kunnen leveren aan een nog beter afgestemd beleid ten aanzien van personen met een handicap. We stellen de volgende onderzoekspistes voor.

- In eerste instantie werd in dit onderzoek hoofdzakelijk de focus gelegd op het aanbod, profiel, outreach en samenwerking zoals het wordt ervaren door RTH-diensten. Toch zijn we van mening dat dezelfde insteek, maar dan vanuit *regulier perspectief*, interessante informatie zou opleveren om een beter inzicht te krijgen op de manier waarop inclusieve ondersteuning (nog) beter kan worden vormgegeven. Reguliere diensten richten zich niet exclusief op personen met een handicap, maar bedienen een breder publiek. Daarnaast hebben we indicaties opgevangen dat sommige reguliere diensten hun aanbod op een bepaalde manier moeten organiseren om hun dienstverlening te kunnen blijven garanderen (bv. vlotte doorstroom). Bovendien merken we dat zij eveneens knelpunten, maar ook mogelijkheden zien inzake kennisdeling en samenwerking. Via verder onderzoek zou ook hun perspectief meer genuanceerd in kaart kunnen worden gebracht.
- Ten tweede werd geprobeerd om *het gebruikersperspectief* in dit onderzoek te integreren via indirecte vertegenwoordiging vanuit gebruikersverenigingen. Het lijkt ons echter relevant om ook de beleving van RTH en ondersteuning vanuit reguliere diensten (en bij uitbreiding vrijwilligers, netwerk) vanuit het perspectief van de persoon met de handicap zelf te evalueren. Op die manier kan er worden nagegaan wat hierin voor hen de noden, aandachtspunten en verdere mogelijkheden zijn. Zowel personen met (een vermoeden van) een handicap die effectief RTH ontvangen, als personen die op een wachtlijst voor RTH staan of zijn doorgestroomd naar nRTH worden hiervoor best benaderd.
- Het lijkt ons eveneens relevant voor het beleid om meer inzicht te krijgen in de *redenen waarom en voor welke types ondersteuningsvragen* personen met een handicap voor RTH, reguliere, vrijwillige ondersteuning of hulp vanuit hun netwerk kiezen. Op die manier zouden mogelijke redenen zoals (on)bekendheid, (on)betaalbaarheid, (on)toegankelijkheid, wel/niet doorlopen van een proces van vraagverduidelijking en ondersteuningsplanning, ... van het aanbod in kaart kunnen worden gebracht alsook eventueel een mogelijke differentiatie tussen personen met een handicap worden opgemerkt. Op die manier zouden (naar specifieke doelgroepen toe) aanbevelingen ter verbetering kunnen worden geformuleerd.
- Hoewel dit onderzoek hierop reeds een zicht biedt, blijven er bij afronding van dit onderzoek ook nog altijd vragen over de *concrete manier waarop RTH-diensten hun aanbod precies invullen*. Via verdiepend onderzoek zou hierop meer in detail kunnen worden ingegaan met als doel het formuleren van aanbevelingen voor een betere afstemming tussen RTH, reguliere dienstverlening en ondersteuning vanuit de vrijwilligerswerking, netwerk, etc.



## **BIJLAGEN**



## Bijlage 1: Samenstelling stuurgroep

Tabel 89: Samenstelling stuurgroep

<b>Organisatie</b>
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
RTH aanbod SOM
RTH aanbod VVV
Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen
Kind en Gezin
Katholieke Vereniging Gehandicaptten
VFG, Vereniging Personen met een Handicap
Diensten Ondersteuningsplan
HIVA, KU Leuven



## Bijlage 2: Stakeholders verkennende gesprekken

Tabel 90: Stakeholders verkennende gesprekken

Type stakeholder
<b>RTH-dienst (n= 7)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Dienst begeleid wonen (n= 3)</li><li>· Thuisbegeleidingsdienst (n= 2)</li><li>· Vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding (n= 2)<sup>47</sup></li></ul>
<b>Nuldelijnsdienst (n= 1)</b>
<b>Eerstelijnsdienst (met thuiszorgaanbod) (n= 5)</b>
<b>Dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg (n= 2)</b>
<b>DOP (n= 5)</b>
<b>Gebruikersvereniging (n= 3)</b>

---

<sup>47</sup> Het betreft twee dagcentra.



## Bijlage 3: Topiclijsten verkennende gesprekken

### TOPICLIJST

#### RTH/REGULIERE DIENSTEN/EERSTELIJNS DIENSTEN

- **Houding ten aanzien van outreach/samenwerking RTH en reguliere diensten**
  - Algemeen, wat vindt je van de mogelijkheid tot 1) outreach en 2) bredere samenwerkingsverbanden tussen RTH en reguliere diensten? Concretiseer.
- **Aangaan van outreach/samenwerking RTH en reguliere diensten**
  - Wordt er (veeleer) aan outreach gedaan/ontvangen of worden er (ook) ruimere samenwerkingsverbanden aangegaan m.b.t. het aanbieden van ondersteuning/begeleiding van personen met een handicap? Concretiseer.
  - Wat zijn/waren redenen om outreach/samenwerking aan te gaan?
  - Indien er aan outreach wordt gedaan/indien outreach wordt ontvangen:
    - Wordt er op een structurele basis dan wel sporadisch aan outreach gedaan?
    - Sinds wanneer wordt er aan outreach gedaan?
    - Hoe komt de vraag/aanbod tot outreach tot stand?
    - Aan wie wordt er dan outreach aangeboden?
    - Wat is de inhoud van de outreach?
    - Wat is/was je ervaring met het bieden/krijgen van outreach?
    - Wat zijn de positieve/negatieve effecten van outreach?
    - Kan je een voorbeeld geven uit de praktijk om dit te concretiseren?
  - Indien er wordt samengewerkt:
    - Wordt er op een structurele basis dan wel sporadisch samengewerkt?
    - Sinds wanneer wordt er samengewerkt?
    - Wie nam het initiatief om samen te werken?
    - Met wie wordt er samengewerkt?
    - Wat was de concrete aanleiding om samen te werken?
    - Hoe krijgt de samenwerking vorm en wat is wiens rol/taak hierin (inhoudelijk/praktisch/organisatorisch)?
    - Zijn er verschillen in de manier van samenwerken afhankelijk van 1) dienst/organisatie waarmee wordt samengewerkt, 2) kenmerken van de persoon/personen met een handicap waarvoor wordt samengewerkt, 3) de vraag naar ondersteuning/begeleiding die wordt gesteld, 4)...?
    - Wat is/was je ervaring met de samenwerking?
    - Wat zijn de positieve/negatieve effecten van de samenwerking?
    - Kan je een voorbeeld geven uit de praktijk om dit te concretiseren?
  - Ervaar je obstakels om outreach/samenwerking te realiseren? Zo ja, welke, waarom en hoe zouden deze kunnen worden aangepakt?
  - Algemeen, waarin schuilt de grootste meerwaarde van outreach/samenwerken tussen RTH en reguliere diensten?
  - Zou er (nog) meer moeten worden ingezet op mogelijkheden tot outreach/samenwerking? Waarom wel/niet? Indien ja, hoe zou dit kunnen worden gestimuleerd?
  - Algemeen, waarin schuilt de grootste uitdaging van outreach/samenwerken tussen RTH en reguliere diensten?

- **Positie van de persoon met een handicap in een samenwerking**
  - Weten personen met een handicap dat zijn/haar ondersteuning via een samenwerking zal worden aangeboden en begrijpen ze dit ook?
  - Hebben personen met een handicap hierin inspraak?
  - Wat betekent het bieden van ondersteuning via een samenwerking concreet voor hen?
- **RTH versus regulier**
  - Hoe komen personen met een (vermoeden van) handicap bij een RTH/reguliere/eerstelijns dienst terecht?
  - Op basis van welke criteria wordt er beslist om personen met een handicap zelf te ondersteunen/begeleiden dan wel door te verwijzen naar een reguliere dienst?
  - In welke gevallen is ondersteuning/begeleiding handicap specifiek en wanneer kan het ook door een reguliere/eerstelijns dienst worden opgenomen? Wanneer is er altijd sprake van handicap specifieke ondersteuning en wanneer is het zonder twijfel regulier (bv. kenmerken hiervan, mogelijke omschrijving)?
  - Hoe zouden RTH, reguliere en eerstelijnsdiensten zich moeten verhouden t.o.v. elkaar en op welke manier kan je dit mee realiseren via outreach/samenwerken (wanneer men wil streven naar meer inclusie, zorggarantie, zorg op maat, etc.)?
- **Vrijblijvende opmerkingen/toevoegingen/aandachtspunten?**



## TOPICLIJST

### DOP

- **Houding ten aanzien van outreach/samenwerking RTH en reguliere diensten**
  - Wat vindt je, als DOP, van het bestaan van 1) outreach en 2) bredere samenwerkingsverbanden tussen RTH en reguliere diensten? Concretiseer.
  - Zou er (nog) meer moeten worden ingezet op mogelijkheden tot outreach/samenwerking? Waarom wel/niet? Indien ja, hoe zou dit kunnen worden gestimuleerd?
  - Algemeen, wat zijn de mogelijke voordelen/nadelen van outreach/samenwerking tussen RTH en reguliere diensten?
  - Bestaan er obstakels om outreach/samenwerking te realiseren? Zo ja, welke en waarom? Hoe zouden deze kunnen worden aangepakt?
  - Specifiek vanuit het perspectief van de persoon met een handicap, wat is de meerwaarde van outreach/samenwerking voor hem/haar?
  - Specifiek vanuit het perspectief van de RTH en reguliere diensten, wat is de meerwaarde van outreach/samenwerking voor hen?
  - Heb je een zicht op welke diensten vaker outreach aanbieden/samenwerken en wat zijn hierin mogelijke verklarende factoren?
  - Ben je op de hoogte van concrete ervaringen 1) van personen met een handicap met ondersteuning geboden via een RTH/reguliere samenwerking en 2) van professionals die ervaring hebben met outreach/samenwerken? Zo ja, geef een voorbeeld.
- **RTH en personen met een handicap**
  - Hoe vinden personen met een (vermoeden van) handicap de weg naar RTH dan wel reguliere diensten? Hoe worden ze toegeleid?
  - Wat is het grootste knelpunt wanneer personen met een handicap gebruik willen maken van RTH (bv. wachttijden, ondersteuningsplan, ...)?
- **RTH versus reguliere diensten**
  - In welke omstandigheden is het voor een persoon met een handicap het meest aangewezen om ondersteuning/begeleiding via 1) RTH, 2) reguliere diensten of 3) via een samenwerking te organiseren? Welke factoren zijn hierin bepalend? Is dit (mede) afhankelijk van de vraag, type handicap, voorkeur van de persoon met een handicap, aanbod dat beschikbaar is, etc.?
  - In welke gevallen is ondersteuning/begeleiding handicap specifiek en wanneer kan het ook door een reguliere dienst worden opgenomen? Wanneer is er altijd sprake van handicap specifieke ondersteuning en wanneer is het zonder twijfel regulier (bv. kenmerken hiervan, mogelijke omschrijving)?
  - Hoe zouden RTH en reguliere diensten zich moeten verhouden t.o.v. elkaar en op welke manier kan je dit mee realiseren via outreach/samenwerken (wanneer men wil streven naar meer inclusie, zorggarantie, zorg op maat, etc.)?
- **Rol van DOP**
  - Wat is de rol/positie van de DOP als link met RTH/instroom naar RTH?
  - Wat is de rol/positie van de DOP m.b.t. outreach, intersectorale steungroepen, ...?
- **Vrijblijvende opmerkingen/toevoegingen/aandachtspunten?**

## TOPICLIJST

### GEBRUIKERSORGANISATIES

- **Houding ten aanzien van outreach/samenwerking RTH en reguliere diensten**
  - Wat vindt je, als gebruikersvereniging, van het bestaan van 1) outreach en 2) bredere samenwerkingsverbanden tussen RTH en reguliere diensten? Concretiseer.
  - Zou er (nog) meer moeten worden ingezet op mogelijkheden tot outreach/samenwerking? Waarom wel/niet? Indien ja, hoe zou dit kunnen worden gestimuleerd?
  - Algemeen, wat zijn de mogelijke voordelen/nadelen van outreach/samenwerking tussen RTH en reguliere diensten?
  - Specifiek vanuit het perspectief van de persoon met een handicap, wat is de meerwaarde van outreach/samenwerking voor hem/haar?
  - Draagt het bij tot inclusie, zorg op maat, etc.?
  - Ben je op de hoogte van concrete ervaringen van personen met een handicap met ondersteuning geboden via een RTH/reguliere samenwerking? Zo ja, geef een voorbeeld.
- **Positie persoon met een handicap binnen samenwerking RTH en reguliere diensten**
  - Indien er wordt samengewerkt, wat zijn dan belangrijke voorwaarde waaraan zou moeten worden voldaan vanuit het perspectief van de persoon met een handicap. Voorbeeld m.b.t.:
    - Informatie/communicatie: op de hoogte zijn van de samenwerking, weten wat de samenwerking inhoudt, weten wat dit concreet betekent, etc.?
    - Persoonlijke voorkeur: rekening houden met de wensen van de persoon met een handicap, etc.?
    - Etc.
  - In welke gevallen
- **RTH en personen met een handicap**
  - Hoe vinden personen met een (vermoeden van) handicap de weg naar RTH dan wel reguliere diensten? Hoe worden ze toegeleid?
  - Wat is het grootste knelpunt wanneer personen met een handicap gebruik willen maken van RTH (bv. wachttijden, ondersteuningsplan, ...)?
- **RTH versus reguliere diensten**
  - In welke omstandigheden is het voor een persoon met een handicap het meest aangewezen om ondersteuning/begeleiding via 1) RTH, 2) reguliere diensten of 3) via een samenwerking te organiseren? Welke factoren zijn hierin bepalend? Is dit (mede) afhankelijk van de vraag, type handicap, voorkeur van de persoon met een handicap, aanbod dat beschikbaar is, etc.?
  - In welke gevallen is ondersteuning/begeleiding handicap specifiek en wanneer kan het ook door een reguliere dienst worden opgenomen? Wanneer is er altijd sprake van handicap specifieke ondersteuning en wanneer is het zonder twijfel regulier (bv. kenmerken hiervan, mogelijke omschrijving)?
  - Hoe zouden RTH en reguliere diensten zich moeten verhouden t.o.v. elkaar en op welke manier kan je dit mee realiseren via outreach/samenwerken (wanneer men wil streven naar meer inclusie, zorggarantie, zorg op maat, etc.)?
- **Rol van gebruikersverenigingen?**
  - Welke rol spelen gebruikersverenigingen of zouden ze kunnen spelen m.b.t. personen met een handicap 1) bekend/vertrouwd maken met RTH en regulier aanbod, 2) bewust maken van de voor hen meest gepaste hulp en 3) ze effectief de ondersteuning/begeleiding vinden/krijgen die ze wensen?
- **Vrijblijvende opmerkingen/toevoegingen/aandachtspunten?**

## Bijlage 4: Topiclijst focusgroep

### TOPICLIJST

#### Profiel van de RTH-cliënt

- Wat is de verhouding van cliënten met een zorgvraag RTH en een zorgvraag PVB (nRTH) binnen RTH? Is RTH meer dan een wachtkamer voor PVB (nRTH)?
- Hoe kan het weinig inzetten van punten per jaar per cliënt worden verklaard?
- Etc.

#### RTH-aanbod/regulier aanbod

- Wat zijn de verschillen en overeenkomsten tussen het RTH-aanbod en het regulier aanbod?
- Waarin ligt de eigenheid en kracht van RTH-diensten en hun aanbod?
- Hoe goed bent u op de hoogte van elkaars aanbod en dienstverlening? Hoe kan meer kennis van elkaars bestaan en aanbod worden gestimuleerd? Hoe cruciaal is dit voor 1) outreach, 2) samenwerking en 3) ondersteuning van personen met een handicap.
- De noemer 'mobiele begeleiding' omvat een grote variatie aan activiteiten. Hoe wordt er bepaald welke activiteiten eronder vallen?
- Kan er genoeg worden ingezet op de verschillende RTH-ondersteuningsfuncties gericht aan cliënten (d.i. begeleiding, dagopvang, verblijf)?

*Welke ondersteuningsfuncties komen het meest onder druk te staan? Er wordt veel ingezet op begeleiding. Wat wordt onder begeleiding verstaan?*

- Etc.

#### Outreach

- Wat zijn uw ervaringen met het aanbieden/ontvangen van outreach?
- Moet er meer/minder worden ingezet op outreach? Waarom wel/niet?
- Wat zijn de sterktes van outreach? Zijn er mogelijke valkuilen?
- Wat zijn noden, knelpunten en voorwaarden om (meer) outreach te kunnen aanbieden/ontvangen?
- Hoe kunnen (meer) RTH-diensten worden gestimuleerd/ondersteund bij het aanbieden van outreach aan te bieden?
- Hoe zouden reguliere, eerstelijns, ... diensten kunnen worden gestimuleerd om (vaker) een beroep te doen op outreach?
- Hoe zou outreach idealiter moeten worden opgevat? Moet de huidige VAPH definiëring worden aangepast? Wat zou wel/niet onder outreach mogen worden ondergebracht?
- Is outreach (de overdracht van kennis m.b.t. handicap) iets dat (enkel) door RTH-diensten zou moeten worden aangeboden. Wie zou hierin nog een rol kunnen/moeten spelen?
- Etc.

#### (inter)sectorale samenwerking

##### a. Op cliëntniveau

- Wat zijn essentiële voorwaarden wanneer er op cliëntniveau wordt samengewerkt?
- Wat zijn hierbij belangrijke aandachtspunten, specifiek vanuit het perspectief van de cliënt?

- Op welke manier kan er onderlinge afstemming worden gerealiseerd wanneer verschillende diensten bij één cliënt betrokken zijn? Wat zijn hierbij potentiële knelpunten en hoe zouden deze kunnen worden vermeden?
- Etc.
- b. Breder opgevatte samenwerkingsverbanden, los van één specifieke cliënt**
- Op welke manier kan (inter)sectorale samenwerking er wel/niet toe bijdragen dat personen met een handicap beter worden geholpen?
- Wat zijn knelpunten bij het aangaan van (inter)sectorele samenwerkingsverbanden of samenwerking mogelijk zelfs verhinderen?
- Hoe kunnen RTH-diensten dan wel andere organisaties worden gestimuleerd om (meer) toenadering tot elkaar te zoeken?
- Wat zou men vanuit het beleid kunnen doen om (inter)sectorale samenwerking te stimuleren en bestaande samenwerkingsverbanden te ondersteunen?
- Zou o.a. (meer) inter(sectorale) samenwerking ertoe kunnen bijdragen dat olopende wachttijden worden vermijden en meer ondersteuning op maat? Waarom wel/niet? Nuanceer indien nodig.

#### **Aandachtspunten voor het beleid**

- Wat zijn, vanuit uw eigen specifieke perspectief en binnen de scope van dit onderzoek, de belangrijkste aandachtspunten waarmee men vanuit het beleid rekening zou moeten houden en/of meer op zou mogen inzetten?
- Als u zelf maximaal drie beleidsaanbevelingen zou mogen formuleren, welke zouden dit dan zijn?

## Bijlage 5: Deelnemers focusgroep met focus minderjarigen

Tabel 91: Deelnemers focusgroep met focus minderjarigen

Type stakeholder
<b>RTH-dienst (n= 4)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Dienst begeleid wonen (n= 0)</li><li>· Thuisbegeleidingsdienst (n= 1)</li><li>· Vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding (n= 3)<sup>48</sup></li></ul>
<b>(Bijzonder) onderwijs (n= 1)</b>
<b>Kinderopvang (n= 1)</b>
<b>Jongerenwelzijn (n= 1)</b>
<b>Eerstelijnsdienst (n= 2)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· OCMW (n= 1)</li><li>· Vereniging van OCMW's en CAW (n= 1)</li></ul>

---

<sup>48</sup> Het betreft twee semi-internaten en één RTH-dienst met internaats, beschermd wonen, tehuis werkenden en tehuis niet-werkenden.



## Bijlage 6: Deelnemers focusgroep met focus meerderjarigen

Tabel 92: Deelnemers focusgroep met focus meerderjarigen

Type stakeholder
<b>RTH-dienst (n= 4)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Dienst begeleid wonen (n= 4)</li><li>· Thuisbegeleidingsdienst (n= 0)</li><li>· Vergunde zorgaanbieder zonder begeleid wonen of thuisbegeleiding (n= 0)</li></ul>
<b>Eerstelijns dienst (met thuiszorgaanbod) (n= 4)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· DMW van ziekenfondsen (n= 3)</li><li>· Dienst gezinszorg en aanvullende thuiszorg (n= 1)</li></ul>
<b>DOP (n= 1)</b>
<b>Gebruikersvereniging (n= 2)</b>





## Bijlage 7: Vragenlijst websurvey

### Thema: Achtergrondinformatie

1. Naam voorziening (of zorgaanbieder) (*een verplichte vraag*):
2. Subsidie eenheid voorziening (of zorgaanbieder) (*een verplichte vraag*):
3. Wat is je functie binnen de voorziening waarvoor je deze websurvey invult?
  - Sociale dienst/ intakeverantwoordelijke
  - Directie
  - Begeleidende functie
  - Pedagoog
  - Andere, omschrijf.....
4. Voor welke zorgvorm(en) was jullie voorziening erkend voor de overgang naar MFC en FAM?  
(*Meerdere antwoorden mogelijk*)
  - Thuisbegeleiding
  - Semi-internaat
  - Internaat
  - Observatie- en behandelingscentrum
  - Begeleid wonen
  - Beschermd wonen/ geïntegreerd wonen/ dienst inclusieve ondersteuning
  - Dagcentrum
  - Zelfstandig wonen
  - Tehuis werkenden
  - Tehuis niet-werkenden
  - Andere, omschrijf.....
5. Hebben jullie als voorziening zelf RTH aangeboden in het jaar 2018? (*Slechts 1 antwoord mogelijk*)
  - Ja, enkel onder eigen erkenning
  - Ja, enkel in onderaanneming van andere vergunde zorgaanbieders
  - Ja, zowel onder eigen erkenning als in onderaanneming
  - Nee
6. Hebben jullie RTH-ondersteuning (met inbegrip van outreach) aangeboden die jullie niet hebben geregistreerd in de Geïntegreerde registratietool (GIR) in het jaar 2018? (*Slechts 1 antwoord mogelijk*)
  - Ja
  - Nee

**FILTER 'JA' OP VRAAG 6.** 6a. Waarom werd de RTH-ondersteuning niet geregistreerd in de Geïntegreerde registratietool (GIR)? (*Meerdere antwoorden mogelijk*)

  - Bezetting reeds behaald
  - De cliënt voldeed niet aan de verblijfsvoorwaarden/ leeftijdsvoorwaarden/ doelgroep VAPH
  - De cliënt maakte gebruik van niet-Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (nRTH), namelijk MFC of PAB/PVB
  - Andere, omschrijf.....

7. Hebben jullie in het jaar 2018 meer, minder of evenveel punten gepresteerd dan het aantal erkende punten? (*Slechts 1 antwoord mogelijk*)

- Minder
- Evenveel
- Meer

**FILTER 'MINDER' OP VRAAG 7.** 7a. Wat waren de redenen dat er minder RTH geboden is dan het aantal erkende punten? (*Meerdere antwoorden mogelijk*)

- Er was te weinig vraag naar RTH
- De profielen van de cliënten (leeftijd, aard van de beperking) sloten niet aan bij de doelgroep van onze voorziening
- De gevraagde ondersteuningsfuncties werden niet aangeboden door onze dienst
- Om organisatorische redenen
- Andere, omschrijf.....

**FILTER 'OM ORGANISATORISCHE REDENEN' OP VRAAG 7.** Vraag 7a.4. Omschrijf de organisatorische redenen.....

**FILTER 'MEER' OP VRAAG 7.** 7b. Wat waren de redenen dat er meer RTH geboden is dan het aantal erkende punten? (*Meerdere antwoorden mogelijk*)

- We proberen in te gaan op elke vraag naar RTH
- Er is veel vraag naar RTH gezien onze expertenrol binnen een bepaalde doelgroep
- Er is veel vraag naar RTH aangezien er in onze regio weinig andere voorzieningen zijn die de gevraagde ondersteuning kunnen bieden
- Andere, omschrijf.....

8. Hebben jullie in het jaar 2018 RTH-punten uitgewisseld?

- Ja
- Nee

**FILTER 'JA' OP VRAAG 8.** Vraag 8a. Wat is de voornaamste reden om RTH-punten uit te wisselen? (*Slechts 1 antwoord mogelijk*)

- Eén van de betrokken voorzieningen had nog punten over
- Eén van de betrokken voorzieningen had een wachtlijst, aanmeldingsstop of instroomquota voor RTH
- Eén van de betrokken voorzieningen kon niet ingaan op het profiel van de cliënt (leeftijd, aard van de beperking)
- De gevraagde ondersteuningsfunctie werd niet aangeboden door één van de betrokken voorzieningen
- In het kader van de verplichting om voor minstens 35 punten erkend te zijn
- Andere reden, omschrijf.....

**VOLGENDE VRAGEN GAAN ALLEMAAL OVER HET JAAR 2019**

9. Welke ondersteuningsfuncties binnen RTH bieden jullie aan (*meerdere antwoorden mogelijk*) (*een verplichte vraag*)?

- Ambulante begeleiding
- Mobiele begeleiding
- Groepsbegeleiding
- Dagopvang
- Verblijf
- Mobiele outreach
- Ambulante outreach

10. Aan wie bieden jullie de ondersteuningsfuncties aan (*slechts 1 antwoord mogelijk*) (*een verplichte vraag*)?

- Enkel minderjarigen
- Enkel meerderjarigen
- Zowel minder- als meerderjarigen

**FILTER 'ZOWEL MINDER- ALS MEERDERJARIGEN' OP VRAAG 10.** Vraag 10a. Wat is de verhouding van RTH gericht aan minder- en meerderjarigen?

..... % minderjarigen

..... % meerderjarigen

(Bv: Ongeveer 80% van RTH wordt geboden aan minderjarigen en 20% aan meerderjarigen.

(Som moet 100 zijn, enkel gehele getallen laten kiezen, % als achtervoegsel).

11. Wordt er door jullie voorziening nagegaan of een persoon met een vraag naar RTH wel in aanmerking komt voor RTH op basis van leeftijd, (vermoeden van) handicap en verblijfsvoorwaarden (los van jullie aanbod)? (*Slechts 1 antwoord mogelijk*)

- Ja
- Nee

12. **FILTER 'JA' OP VRAAG 11.** Hoe vaak komt het voor dat een persoon met een vraag naar RTH niet in aanmerking komt voor RTH (los van jullie aanbod)? (*Slechts 1 antwoord mogelijk*)

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Heel vaak

13. **FILTER NIET 'NOOIT' OP VRAAG 12.** Indien de persoon niet in aanmerking komt voor RTH (los van het aanbod), wat zijn hier in jullie dienst de redenen voor (*meerdere antwoorden mogelijk*)?

- Geen handicap of geen vermoeden van een handicap hebben
- Ouder zijn dan 65 jaar en niet erkend zijn als persoon met een handicap door het VAPH
- Niet in Vlaanderen of in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen
- De cliënt maakt gebruik van niet-Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (nRTH), namelijk MFC of PAB/PVB
- De zorgvraag past niet binnen RTH aangezien het om niet-handicapspecifieke hulp ging
- Andere, omschrijf.....

14. **FILTER NIET 'NOOIT' OP VRAAG 12.** Worden de cliënten die niet in aanmerking komen voor RTH (los van het aanbod) door jullie doorverwezen naar andere diensten?

- Ja
- Nee

**FILTER 'JA' OP VRAAG 14.** 14a. Wat zijn de belangrijkste diensten waarnaar doorverwezen wordt (open vraag)? Omschrijf:.....

15. Bieden jullie soms een ondersteuningsfunctie aan die verschilt van de initiële vraag van de cliënt? *(Slechts 1 antwoord mogelijk)*

- Ja
- Nee

16. **FILTER: DEZE VRAAG DIENT ENKEL BEANTWOORD TE WORDEN INDIEN 'JA' BIJ VRAAG 15 WERD AANGEDUID.** Wat is de voornaamste reden dat jullie soms een ondersteuningsfunctie aanbieden die verschilt van de initiële vraag van de cliënt? *(Slechts 1 antwoord mogelijk)*

- Er is geen plaats 'vrij' om te beantwoorden aan de gevraagde ondersteuningsfunctie
- Op basis van de ondersteuningsvraag van de cliënt is een andere ondersteuningsfunctie volgens ons meer geschikt om te beantwoorden aan de noden van de cliënt
- Wij hebben de gevraagde ondersteuningsfunctie niet in ons aanbod
- Andere reden, omschrijf:.....

17. Wordt er door jullie voorziening nagegaan of er een ondersteuningsplan (OP) aanwezig is? *(Slechts 1 antwoord mogelijk)?*

- Ja
- Nee

18. **FILTER: DEZE VRAAG DIENT ENKEL BEANTWOORD TE WORDEN INDIEN 'JA' BIJ VRAAG 17 WERD AANGEDUID.** Hoe vaak komt het voor dat cliënten een ondersteuningsplan (OP) hebben?

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Vaak
- Heel vaak

19. **FILTER NIET 'NOOIT' OP VRAAG 18.** Indien er een ondersteuningsplan (OP) aanwezig is, in welke mate houden jullie hier rekening mee bij het aanbieden van RTH aan de cliënt? *(Slechts 1 antwoord mogelijk)*

- Helemaal niet
- Eerder niet
- Eerder wel
- In sterke mate

**FILTER 'HELEMAAL NIET' OF 'EERDER NIET' OP VRAAG 19.** 19a. Waarom wordt er helemaal niet of eerder niet rekening gehouden met het bestaande ondersteuningsplan *(meerdere antwoorden mogelijk)?*

- Het ondersteuningsplan is gedateerd
- We bieden de ondersteuningsfuncties niet aan

- De gevraagde ondersteuning in het ondersteuningsplan is veel ruimer dan wat we met RTH kunnen bieden
- Andere, omschrijf.....

20. Hoe komen cliënten bij jullie terecht voor RTH? *(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- Zij (of hun netwerk – familie, vrienden, etc.) kenden onze organisatie
- Via informatie op het internet: wegwijzer VAPH-ondersteuning, VAPH-nieuwsbrief, website van de voorziening, ....
- Ze werden doorverwezen door reguliere diensten (bv. diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, kinderopvang, voorzieningen van bijzondere jeugdzorg, scholen, CAW, OCMW)
- Ze werden doorverwezen door een Dienst Ondersteuningsplan (DOP)
- Ze werden doorverwezen door een multidisciplinair team (MDT)
- Ze werden doorverwezen door een andere VAPH-voorziening of –dienst
- Ze werden doorverwezen door zelfstandige (para)medici
- Andere, omschrijf.....

21. In welke mate wordt er door jullie voorziening via RTH ingezet op samenwerking met het netwerk van de cliënten? Geef aan, op een schaal van 0 tot 10.

*Tip: 0 is zeer weinig en 10 is zeer veel*

22. Hebben jullie het gevoel dat de RTH die jullie aanbieden het netwerk van de cliënten versterkt? Geef, aan op een schaal van 0 tot 10.

*Tip: 0 is zeer weinig en 10 is zeer veel*

**Thema: Vragen naar niet-Rechtstreeks Toegankelijke Hulp binnen Rechtstreeks Toegankelijke Hulp**

23. Welke situatie komt het meest voor? Duid het antwoord aan dat het best van toepassing is voor jullie voorziening. *(Slechts 1 antwoord mogelijk)*

Indien de zorgvragen passen binnen het aanbod van RTH, merken jullie tijdens de trajecten dat...

**FILTER ENKEL VOOR DE EERSTE TWEE GEKOZEN ANTWOORDEN op vraag 23:** 23a. Voor de meest voorkomende situatie, hoe vaak komt deze situatie voor, uitgedrukt in % (100% = alle zorgvragen binnen aanbod RTH)? (% moet minstens 51% zijn)

- ...de cliënten **voldoende** geholpen zijn met het aanbod RTH.....%
- ...de cliënten **onvoldoende** geholpen zijn met het aanbod RTH en **nood hebben aan een intensievere begeleiding** – namelijk niet-Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (nRTH).....%
- ...er ongeveer **evenveel** cliënten zijn die voldoende geholpen zijn als dat er cliënten zijn die onvoldoende geholpen zijn en nood hebben aan een intensievere begeleiding – namelijk nRTH (verhouding ongeveer 50% - 50%)

24. Bieden jullie als voorziening in afwachting van niet-Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (nRTH) ook RTH aan? *(Slechts 1 antwoord mogelijk).*

*UITLEG: In afwachting van nRTH = de cliënt is bezig met een aanvraag of de cliënt heeft een toewijzing maar staat op de wachtlijst (prioriteitengroep).*

- Ja
- Nee

25. **FILTER 'JA' OP VRAAG 24.** Welke situatie komt het meest voor? Duid het antwoord aan dat het best van toepassing is voor jullie voorziening. *(Slechts 1 antwoord mogelijk)*

- Wij ondersteunen via RTH meer cliënten met een zorgvraag nRTH dan cliënten met een zorgvraag RTH
- Wij ondersteunen via RTH meer cliënten met een zorgvraag RTH dan cliënten met een zorgvraag nRTH
- Wij ondersteunen via RTH ongeveer evenveel cliënten met een zorgvraag RTH als cliënten met een zorgvraag nRTH

26. **FILTER 'JA' OP VRAAG 24.** Welke situatie komt het meest voor? Duid het antwoord aan dat het best van toepassing is voor jullie voorziening. *(Slechts 1 antwoord mogelijk)*

*UITLEG: In afwachting van nRTH = de cliënt is bezig met een aanvraag of de cliënt heeft een toewijzing maar staat op de wachtlijst (prioriteitengroep).*

Bij cliënten waarbij we RTH aanbieden in afwachting van nRTH, merken jullie tijdens de trajecten dat...

- ...de cliënten **voldoende** geholpen zijn via RTH
- ...de cliënten **niet voldoende** geholpen zijn via RTH en **nood hebben aan een intensievere ondersteuning** (nRTH)
- ...er ongeveer **evenveel** cliënten zijn die voldoende geholpen zijn als dat er cliënten zijn die onvoldoende geholpen zijn en nood hebben aan een intensievere begeleiding – namelijk nRTH (verhouding ongeveer 50% - 50%)

27. Hebben jullie cliënten die minimaal gebruik maken van RTH op jaarbasis (minder dan 1 punt per jaar). *(Slechts 1 antwoord mogelijk)*

- Nee, geen
- Ja, een beperkt aantal
- Ja, sommigen
- Ja, de meesten
- Ja, allemaal

**FILTER NIET 'NEE, GEEN' OP VRAAG 27.** 27a. Wat zijn de redenen dat er cliënten zijn die minimaal gebruik maken van RTH op jaarbasis (minder dan 1 punt per jaar)? *(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- Het gaat om een intakegesprek
- Het gaat om beperkte vragen in kader van een voortraject
- De cliënt haakt af na de eerste contacten
- Er wordt een andere oplossing gevonden buiten VAPH-voorzieningen
- Het gaat om stages
- Andere, omschrijf.....

28. Hebben jullie cliënten die maximaal gebruik maken van RTH op jaarbasis (8 punten per jaar). *(Slechts 1 antwoord mogelijk)*

- Nee, geen
- Ja, een beperkt aantal
- Ja, sommigen
- Ja, de meesten
- Ja, allemaal

**FILTER 'NEE, GEEN' OF 'JA, EEN BEPERKT AANTAL' OP VRAAG 28.** 28a. Wat zijn de redenen dat er geen of een beperkt aantal cliënten zijn die maximaal gebruik maken van RTH op jaarbasis (8 punten per jaar)? *(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- Minder intensieve trajecten komen tegemoet aan de zorgvraag
- Omdat er grote wachtlijsten zijn, heeft onze voorziening gekozen voor zorgverdunding: relatief meer mensen helpen binnen dezelfde capaciteit maar met een lagere intensiteit
- Andere, omschrijf.....

**FILTER 'JA, SOMMIGEN' OF 'JA, DE MEESTEN' OF 'JA, ALLEMAAL' OP VRAAG 28.** 28b. Wat zijn de redenen dat sommige, de meeste of alle cliënten maximaal gebruik maken van RTH op jaarbasis (8 punten per jaar)? *(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- Ze hebben een intensieve zorgvraag
- Het gaat om een crisissituatie
- Om de dagbestedingsmogelijkheden uit te putten (8 punten RTH = 91 dagen dagopvang)
- Om de logeerfunctie uit te putten (8 punten RTH = 36 dagen dagopvang + 36 nachten verblijf)
- Andere, omschrijf.....

29. Is de regelgeving van 8 punten per gebruiker (rekening houdend met het bestaan van het basisondersteuningsbudget (BOB)) optimaal of dient het aantal punten verlaagd of verhoogd te worden op basis van de ervaringen van jullie voorziening? Slechts 1 antwoord mogelijk. Gelieve je antwoord te beargumenteren.

- Is optimaal/oké; **Argumentatie:**.....
- Wordt best verhoogd; **Argumentatie:**.....
- Wordt best verhoogd in bepaalde omstandigheden; **Argumentatie:**.....
- Wordt best verlaagd; **Argumentatie:**.....
- Wordt best verlaagd in bepaalde omstandigheden; **Argumentatie:**.....

#### **Thema: Ondersteuningsfunctie begeleiding**

**FILTER: Deze vragen dienen enkel ingevuld te worden door voorzieningen die bij vraag 9 bij het thema 'achtergrondinformatie' de optie mobiele en/of ambulante begeleiding of groepsbegeleiding hebben aangeduid.**

30. Welke situatie komt het meest voor? *(Slechts 1 antwoord mogelijk)*

De zorgvragen 'begeleiding' zijn vragen naar...

- ... tijdelijke (d.i. slechts voor een bepaalde periode) ondersteuning, d.w.z. minder dan 2 jaar
- ... langdurige ondersteuning, d.w.z. meer dan 2 jaar
- ... in ongeveer gelijke mate zowel tijdelijke als langdurige ondersteuning (verhouding ongeveer 50% - 50%)

31. **FILTER NIET 'ENKEL MINDERJARIGEN' OP VRAAG 10, IDEM VOOR VRAAG 31A.** Welke activiteiten voeren de begeleiders binnen jullie voorziening uit tijdens de begeleiding van meerderjarigen (*meerdere antwoorden mogelijk*)?

**BELANGRIJK: ENKEL GERICHT NAAR MEERDERJARIGEN**

- Persoonlijke verzorging
- Ontspanningsactiviteiten (bv. cinema, shoppen, gezelschapsspel, sporten, ...)
- Huishoudelijk werk
- Begeleiding rond leren omgaan met de handicap
- Begeleiding rond aanvaarding van de handicap
- Begeleiding rond leren omgaan met agressie
- Gesprekken met als onderwerp 'huishouden' (bv. het helpen organiseren van het huishouden zoals poetsen en opruimen, ...)
- Gesprekken met als onderwerp 'werksituatie' (bv. het helpen oplossen van moeilijkheden op het werk, ...)
- Gesprekken met als onderwerp 'leren zelfstandig wonen' (bv. het helpen zoeken naar een geschikte woonst, ...)
- Gesprekken met als onderwerp 'budget'
- Gesprekken met als onderwerp 'administratie'
- Gesprekken met als onderwerp 'relaties' (bv. relaties met partner, familie, vrienden, ...)
- Gesprekken met als onderwerp 'de opvoeding van kinderen'
- Gesprekken met als onderwerp 'invullen vrije tijd'
- Coördineren en ondersteunen van het netwerk
- Begeleiding in het kader van begeleid werken
- Begeleiding bij het zoeken naar een betaalde job
- Ondersteuning bij medische zaken (bv. dokter, tandarts, ...)
- Ondersteuning bij psychische problemen
- Gezelschap houden
- Boodschappen doen
- Een intakegesprek voor RTH-begeleiding
- Een intakegesprek voor nRTH- ondersteuning (vervolgondersteuning)
- Het overdragen van handicapspecifieke kennis in functie van één welbepaalde cliënt
- Het samenbrengen van de organisaties die inzetten op outreach (regie-rol)
- Organisatie en coördinatie van hulpverlening (thuiszorg, vrijwilligers, verpleging, ...)
- Het vertalen en kaderen van een gesprek tussen verschillende organisaties naar de cliënt of zijn/haar netwerk
- Andere: omschrijf.....

31a. **ENKEL AANGEDUIDE ANTWOORDOPTIES VAN VRAAG 31 LATEN ZIEN.** Geef aan wat de meest uitgevoerde activiteiten zijn binnen de ondersteuningsfunctie begeleiding van meerderjarigen. Rangorde toelaten – maximaal 3 activiteiten.

31b. **ENKEL AANGEDUIDE ANTWOORDOPTIES VAN VRAAG 31A LATEN ZIEN.** Geef per meest uitgevoerde activiteit een ruwe inschatting van het aandeel van deze activiteit ten opzichte van het totaal aantal activiteiten die jullie aanbieden binnen de ondersteuningsfunctie begeleiding van meerderjarigen. Vul de percentages in (enkel gehele getallen).



32. **FILTER NIET 'ENKEL MEERDERJARIGEN' OP VRAAG 10, IDEM VOOR VRAAG 32A.** Welke activiteiten voeren de begeleiders uit tijdens de begeleiding van minderjarigen (*meerdere antwoorden mogelijk*)?

**BELANGRIJK: ENKEL GERICHT NAAR MINDERJARIGEN**

- Persoonlijke verzorging
- Ontspanningsactiviteiten (bv. cinema, shoppen, gezelschapsspel, sporten, ...)
- Begeleiding rond leren omgaan met de handicap
- Begeleiding rond aanvaarding van de handicap
- Begeleiding rond leren omgaan met agressie
- Begeleiding rond leren omgaan met leeftijdsgenoten
- Gesprekken met als onderwerp 'voorbereiding op zelfstandig wonen' (bv. het helpen zoeken naar een geschikte woonst, dagbesteding, ...)
- Gesprekken met als onderwerp 'school' (bv. re-integratie op school)
- Huiswerkbegeleiding
- Begeleiding en ondersteuning van ouders rond stimulering van de ontwikkeling van hun kind
- Begeleiding en ondersteuning van ouders rond hun zoektocht in het hulpverleningslandschap, opvangmogelijkheden en participatie in het onderwijs
- Begeleiding van broers of zussen van personen met een handicap
- Coördineren en ondersteunen van het netwerk
- Gezelschap houden
- Een intakegesprek voor RTH-begeleiding
- Een intakegesprek voor nRTH- ondersteuning (vervolgondersteuning)
- Het overdragen van handicapspecifieke kennis in functie van één welbepaalde cliënt
- Het samenbrengen van de organisaties die inzetten op outreach (regie-rol)
- Organisatie en coördinatie van hulpverlening (thuiszorg, vrijwilligers, verpleging, ...)
- Het vertalen en kaderen van een gesprek tussen verschillende organisaties naar de cliënt of zijn/haar netwerk
- Andere: omschrijf.....

32a. **ENKEL AANGEDUIDE ANTWOORDOPTIES VAN VRAAG 32 LATEN ZIEN.** Geef aan wat de meest uitgevoerde activiteiten zijn binnen de ondersteuningsfunctie begeleiding van minderjarigen. Rangorde toelaten – maximaal 3 activiteiten.

32b. **ENKEL AANGEDUIDE ANTWOORDOPTIES VAN VRAAG 32A LATEN ZIEN.** Geef per meest uitgevoerde activiteit een ruwe inschatting van het aandeel van deze activiteit ten opzichte van het totaal aantal activiteiten die jullie aanbieden binnen de ondersteuningsfunctie begeleiding van minderjarigen. Vul de percentages in (enkel gehele getallen).

33. Hoe gebeurt de registratie van een korte begeleiding (minder dan een uur/half uur) binnen de Geïntegreerde registratietool (GIR)? (*Slechts 1 antwoord mogelijk*)

- Een sessie van minder dan een uur/half uur wordt niet geregistreerd
- Samentelling van meerdere kortere sessies tot registratie van één sessie
- Registratie van één sessie maar compensatie door sessies langer dan 2 uur
- Niet van toepassing, sessies van minder dan een uur/half uur komen niet voor

**Thema: Ondersteuningsfunctie outreach**

**FILTER:** Deze vragen dienen enkel ingevuld te worden door voorzieningen die bij vraag 9 bij het thema 'achtergrondinformatie' de optie mobiele en/of ambulante outreach hebben aangeduid.

**VOLGENDE VRAGEN GAAN ENKEL OVER OUTREACH BINNEN RTH:**

Definitie outreach binnen RTH: de kennisoverdracht van minimaal één uur en maximaal twee uur naar een groep van minimaal drie ondersteuners van personen met een handicap die behoefte hebben aan handicapspecifieke knowhow.

34. Wie zijn de 3 voornaamste ontvangers van outreach? *(Meerdere antwoorden mogelijk – maximum 3 antwoorden)*

- Kinderopvang
- Woonzorgcentra
- Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG)
- Organisaties of voorzieningen van Jongerenwelzijn
- Revalidatiecentra
- OCMW
- Dienst maatschappelijk werk (DMW) van mutualiteiten
- Mantelzorgers
- Vrijwilligers
- Sportclub
- Jeugdbeweging
- Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg
- CAW'S
- Sociale Huizen
- Opvoedingswinkels
- Huizen van het Kind
- Buurtwerkingen, armoedeverenigingen en andere laagdrempelige basisvoorzieningen
- Zelfstandige (para)medici
- Gevangenis
- Andere VAPH-voorzieningen
- Scholen (en CLB's)
- Andere: omschrijf.....

35. Welke situatie komt het meest voor? Duid het antwoord aan dat het best van toepassing is voor jullie voorziening. *(Slechts 1 antwoord mogelijk)*

- Wij verlenen outreach aan ondersteuners die werken met enkel minderjarigen
- Wij verlenen outreach aan ondersteuners die werken met enkel meerderjarigen
- Wij verlenen outreach aan ondersteuners die werken met meerderjarigen en minderjarigen

36. Uit hoeveel sessies bestaat outreach meestal? Duid het antwoord aan dat het best van toepassing is voor jullie voorziening. *(Slechts 1 antwoord mogelijk)*

- 1 sessie
- 2 sessies
- 3 sessies
- Meer dan 3 sessies

37. Wat zijn de 2 voornaamste activiteiten tijdens een outreach sessie? *(Meerdere antwoorden mogelijk – maximum 2 antwoorden)*

- Aanreiken van tips en handvatten om personen met een handicap te ondersteunen
- Kennis overdragen rond een bepaald thema
- Een bespreking over een bepaalde cliënt (met de toestemming van de cliënt of de ouders)
- Het bespreken van casussen (met de toestemming van de cliënten of de ouders)
- Andere: omschrijf.....

**37a. FILTER 'KENNIS OVERDRAGEN ROND EEN BEPAALD THEMA' OP VRAAG 37.**

Wat zijn mogelijke thema's (open vraag)?

**Thema: Wachtlijsten**

38. Welke situatie is van toepassing binnen jullie voorziening? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Wij werken met een wachtlijst voor RTH
- Wij werken met een aanmeldingsstop voor RTH
- Wij werken met instroomquota voor RTH
- Wij werken noch met een wachtlijst voor RTH, noch met een aanmeldingsstop voor RTH, noch met instroomquota voor RTH

**38a. FILTER 'WIJ WERKEN MET EEN WACHTLIJST VOOR RTH' OP VRAAG 38 + ANTWOORD OP VRAAG 9 BIJ HET THEMA 'ACHTERGRONDINFORMATIE'.**

Wat is de gemiddelde wachttijd voor de volgende ondersteuningsfuncties? Druk uit in aantal maanden.

*Uitleg: indien er voor één van de ondersteuningsfuncties (binnen uw RTH-aanbod) geen wachtlijst is, duid dan 0 maanden aan.*

- Ambulante begeleiding:
- Mobiele begeleiding:
- Groepsbegeleiding:
- Dagopvang:
- Verblijf:
- Ambulante outreach :
- Mobiele outreach:

38a.1: Opmerkingen toelaten: .....

**38b. FILTER 'WIJ WERKEN MET EEN AANMELDINGSSTOP VOOR RTH' OP VRAAG 38 + ANTWOORD OP VRAAG 9 BIJ HET THEMA 'ACHTERGRONDINFORMATIE'.**

Voor welke van onderstaande ondersteuningsfuncties werken jullie met een aanmeldingsstop? *(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- Ambulante begeleiding
- Mobiele begeleiding
- Groepsbegeleiding
- Dagopvang
- Verblijf
- Ambulante outreach
- Mobiele outreach

**38c. FILTER 'WIJ WERKEN MET INSTROOMQUOTA VOOR RTH' OP VRAAG 38 + ANTWOORD OP VRAAG 9 BIJ HET THEMA 'ACHTERGRONDINFORMATIE'.**

Voor welke van onderstaande ondersteuningsfuncties werken jullie met instroomquota? *(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- Ambulante begeleiding
- Mobiele begeleiding
- Groepsbegeleiding
- Dagopvang
- Verblijf
- Ambulante outreach
- Mobiele outreach

**38d. FILTER 'WIJ WERKEN MET INSTROOMQUOTA VOOR RTH' OP VRAAG 38.** Wat zijn de instroomquota? (open vraag).

**39. FILTER 'WIJ WERKEN MET EEN WACHTLIJST VOOR RTH' OF 'WIJ WERKEN MET EEN AANMELDINGSSTOP VOOR RTH' OF 'WIJ WERKEN MET INSTROOMQUOTA VOOR RTH' OP VRAAG 38.** Wat zijn de 3 voornaamste maatregelen die jullie ondernemen om wachtlijsten of een aanmeldingsstop of instroomquota te voorkomen? *(Meerdere antwoorden mogelijk – maximum 3 antwoorden - 1ste, 2de en 3de belangrijkste optie voorzien)*

- We werken samen of verwijzen cliënten door naar een andere RTH-dienst
- We proberen meer samen te werken met reguliere diensten, opdat we de zorg voor personen met een (vermoeden van) handicap meer kunnen delen
- Zorgverdunding (d.i. relatief meer mensen helpen binnen dezelfde capaciteit maar met een lagere intensiteit) als algemene maatregel voor alle cliënten
- We maken een scherpere afbakening van de doelgroep
- We gaan enkel in op deelvragen
- Het RTH-aanbod moduleren waarbij er een kortlopend en laagfrequent aanbod mogelijk is
- Investeren in een grondig aanmeldingsgesprek met vraagverheldering
- Andere

**FILTER 'ANDERE' OP Vraag 39a.** Je hebt 'andere' als één van de drie voornaamste maatregelen geselecteerd, gelieve deze andere maatregel(en) hieronder te omschrijven (open vraag).

**40. FILTER 'WIJ WERKEN MET EEN WACHTLIJST VOOR RTH' OP VRAAG 38.** Hoe gebeurt de registratie van wachtenden binnen jullie voorziening? (Open vraag)

**41. FILTER 'WIJ WERKEN MET EEN WACHTLIJST VOOR RTH' OP VRAAG 38.** Hoe wordt er bij een beschikbare plaats voor een bepaalde ondersteuningsfunctie een cliënt op de wachtlijst geselecteerd?

- Op basis van datum van aanvraag
- Op basis van de dringendheid van de zorgvraag
- Andere, omschrijf.....

42. **FILTER 'WIJ WERKEN MET EEN WACHTLIJST VOOR RTH' OP VRAAG 38.**

Geef aan in welke mate u akkoord bent met onderstaande stellingen –

*SCHAAL: helemaal niet akkoord, niet akkoord, neutraal, akkoord en helemaal akkoord.*

- Als voorziening zijn wij ervan op de hoogte of cliënten die bij ons op de wachtlijst staan voor RTH, ook bij andere voorzieningen op de wachtlijst RTH staan
- Als voorziening gaan we regelmatig na of een zorgvraag van een cliënt die bij ons op de wachtlijst RTH staat, reeds beantwoord wordt door een andere voorziening
- Als voorziening zouden wij het een meerwaarde vinden moest er een Centrale Wachtlijst komen voor RTH
- Indien er minder personen met een intensieve zorgvraag (nRTH) beroep zouden doen op RTH, dan zou er **geen** wachtlijst zijn
- Indien er minder personen met een intensieve zorgvraag (nRTH) beroep zouden doen op RTH, dan zou de wachtlijst **korter** zijn

43. **GEEN FILTER.** Wat moet er volgens jullie prioritair gebeuren om wachtlijsten voor RTH te vermijden of te voorkomen (open vraag)?

**Thema: Financiële eigen bijdrage**

44. **FILTER NIET ENKEL (Mobiel en/of ambulante) OUTREACH OP VRAAG 9.** Vragen jullie aan de cliënten een eigen financiële bijdrage voor één of meerdere RTH- ondersteuningsfuncties (*slechts 1 antwoord mogelijk*)?

- **Ja**, voor iedere cliënt geldt dezelfde bijdrage
- **Ja**, maar niet voor iedere cliënt geldt dezelfde bijdrage
- **Ja**, maar enkel voor nieuwe cliënten
- **Nee**
- Andere situatie, omschrijf.....

**FILTER 'JA, MAAR NIET VOOR IEDERE CLIËNT DEZELFDE BIJDRAGE' OP VRAAG 44.**

44a. Welke factor(en) worden in rekening gebracht bij het bepalen van de eigen financiële bijdrage (open vraag)?

45. **FILTER VOOR VRAAG 9 BIJ THEMA 'ACHTERGRONDINFORMATIE' WELKE ONDERSTEUNINGS-FUNCTIES ZICHTBAAR ZIJN: MOBIELE EN AMBULANTE OUTREACH NIET LATEN ZIEN + NIET 'NEE' OP VRAAG 44.**

Welke financiële bijdrage vragen jullie als voorziening voor de verschillende ondersteuningsfuncties? Geef per ondersteuningsfunctie een minimum en maximum indien er verschillende bijdragen worden gevraagd. Indien dezelfde bijdrage geldt voor alle cliënten vul de bijdrage dan enkel bij het maximum in. (*Enkel cijfers mogelijk*)

Indien geen bijdrage dient men cijfer 0 in te vullen.

Minimum --- Maximum

- Ambulante begeleiding : □ □
  - Mobiele begeleiding : □ □
  - Groepsbegeleiding : □ □
  - Dagopvang: □ □
  - Verblijf: □ □
- Vraag 45a. Opmerkingen toelaten:.....

46. **FILTER NIET 'NEE' OP VRAAG 44.** Waarom vragen jullie een eigen financiële bijdrage (*meerdere antwoorden mogelijk*)?

- RTH is een dienstverlening en dient vergoed te worden
- Het vragen van een eigen bijdrage is positief in het kader van de hulpverlener-cliënt relatie (o.a. motivatie, engagement, niet vrijblijvend, respect)
- Het vragen van een eigen bijdrage is belangrijk om een deel van de werkingskosten te dekken
- Andere, omschrijf.....

47. **FILTER 'NEE' OP VRAAG 44.** Waarom vragen jullie geen eigen financiële bijdrage (*meerdere antwoorden mogelijk*)?

- Het vragen van een eigen bijdrage is drempelverhogend
- Het vragen van een eigen bijdrage maakt RTH minder toegankelijk (vooral voor personen met een handicap die een laag inkomen hebben)
- Het vragen van een eigen bijdrage is niet nodig om de werkingskosten te dekken
- Andere, omschrijf.....

**Thema: Sectorale samenwerkingen met VAPH-voorzieningen of -diensten**

48. Werken jullie samen rond RTH met een andere VAPH-voorziening(en) of – dienst(en) (*slechts 1 antwoord mogelijk*)?

- Ja
- Nee

49. **FILTER 'JA' OP VRAAG 48.** Met welke VAPH-voorziening(en) of – dienst(en) wordt er samengewerkt (open vraag)?

50. **FILTER 'JA' OP VRAAG 48.** Hoe wordt er samengewerkt met een andere VAPH-voorziening(en) of – dienst(en)? (*Meerdere antwoorden mogelijk*)

- Uitwisseling van RTH-punten
- Gedeeld aanmeldingssysteem
- Inzet van RTH van verschillende diensten voor één persoon
- Expertisedeling en outreach
- Gemeenschappelijk casuoverleg
- Het RTH-aanbod afstemmen op elkaar
- Andere, omschrijf.....

51. **FILTER 'JA' OP VRAAG 48.** Wat is voor jullie voorziening of dienst de belangrijkste reden om rond RTH samen te werken met een andere VAPH-voorziening(en) of –dienst(en)? (*Slechts 1 antwoord mogelijk*)

- Zodat er een sterk lokaal netwerk wordt uitgebouwd rond RTH
- Zodat er een vlotte doorverwijzing mogelijk is
- Zodat cliënten de beste zorgen op maat kunnen krijgen en dit eventueel bij verschillende voorzieningen
- Andere, omschrijf.....

52. **FILTER 'JA' OP VRAAG 48.** Over alle samenwerkingsverbanden heen, hoe tevreden zijn jullie over de samenwerking met een andere VAPH-voorziening(en) of – dienst(en)?  
*SCHAAL: Zeer ontevreden, ontevreden, Neutraal, Tevreden en Zeer tevreden.*
53. **FILTER 'JA' OP VRAAG 48.** Wat is in de meeste gevallen de duur van de samenwerking met (een) andere VAPH-voorziening(en) of – dienst(en)? (*Slechts 1 antwoord mogelijk*)
- Eénmalig
  - Structureel vaker
  - Andere, omschrijf.....
54. **FILTER 'NEE' OP VRAAG 48.** Waarom werken jullie (nog) niet samen met een andere VAPH-voorziening(en) of – dienst(en) rond RTH? (*Meerdere antwoorden mogelijk*)
- We hebben hier (nog) geen tijd of middelen voor
  - Zelf (nog) geen initiatief genomen en (nog) niet gecontacteerd geweest door andere VAPH-voorzieningen of –diensten
  - We hebben een beperkt netwerk en beperkte contacten met andere VAPH-voorzieningen of –diensten
  - Er is een beperkt aanbod van VAPH-voorzieningen of –diensten in onze regio
  - We zetten in op onze eigen positie in het RTH-landschap
  - Andere, omschrijf.....

**Thema: Intersectorale samenwerkingen met andere sectoren**

55. Werken jullie samen met andere sectoren (sectoren buiten VAPH-voorzieningen zoals reguliere diensten) (*slechts 1 antwoord mogelijk*)?
- Ja
  - nee
56. **FILTER 'JA' OP VRAAG 55.** Met welke sector(en) wordt er samengewerkt (*meerdere antwoorden mogelijk*)?
- Kinderopvang
  - Woonzorgcentra
  - Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG)
  - Psychiatrische diensten/ ziekenhuizen
  - Organisaties of voorzieningen van Jongerenwelzijn
  - Revalidatiecentra
  - OCMW
  - Dienst maatschappelijk werk (DMW) van mutualiteiten
  - Mantelzorgers
  - Vrijwilligers
  - Sportclub
  - Jeugdbeweging
  - Cultuursector
  - Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg
  - CAW'S
  - Sociale Huizen
  - Opvoedingswinkels

- Huizen van het Kind
- Kind en Gezin
- Buurtwerkingen, armoedeverenigingen en andere laagdrempelige basisvoorzieningen
- Zelfstandige (para) medici
- Gevangenis
- Scholen (en CLB's)
- Andere: omschrijf.....

57. **FILTER 'JA' OP VRAAG 55.** Wat is voor jullie voorziening of dienst de belangrijkste reden om samen te werken met andere sectoren? (*Slechts 1 antwoord mogelijk*)

- Zodat niet-handicapspecifieke hulp gemakkelijk naast handicapspecifieke hulp kan worden aangeboden aan cliënten
- Zodat er gestreefd wordt naar een inclusieve samenleving (vermaatschappelijking van de zorg)
- Zodat de verantwoordelijkheid van de zorg gedeeld wordt door verschillende sectoren
- Zodat cliënten zo maximaal mogelijk kunnen worden geholpen
- Andere, omschrijf.....

58. **FILTER 'JA' OP VRAAG 55.** Over alle samenwerkingsverbanden heen, hoe tevreden zijn jullie over de samenwerking met andere sectoren?

*SCHAAL: Zeer ontevreden, Ontevreden, Neutraal, Tevreden en Zeer tevreden.*

59. **FILTER 'JA' OP VRAAG 55.** Wat is in de meeste gevallen de duur van de samenwerking met andere sectoren? (*Slechts 1 antwoord mogelijk*)

- Eénmalig
- Structureel vaker
- Andere, omschrijf.....

60. **FILTER 'NEE' OP VRAAG 55.** Waarom werken jullie (nog) niet samen met andere sectoren? (*Meerdere antwoorden mogelijk*)

- We hebben hier (nog) geen tijd of middelen voor
- Zelf (nog) geen initiatief genomen en (nog) niet gecontacteerd geweest door andere sectoren
- We hebben een beperkt netwerk en beperkte contacten met andere sectoren
- We zetten in op onze eigen positie in het ondersteuningslandschap
- Andere, omschrijf.....

### **Thema: Stellingen RTH**

61. Geef aan in welke mate jullie voorziening akkoord gaat met onderstaande stellingen.

*SCHAAL: Helemaal niet akkoord, niet akkoord, neutraal, akkoord en helemaal akkoord.*

*Mogelijkheid om bij elke stelling plaats voor argumentatie te voorzien indien de respondenten dit zouden willen.*

1. RTH is flexibel en men kan als cliënt gemakkelijk verschillende ondersteuningsfuncties combineren
2. RTH is laagdrempelig



3. RTH is toegankelijk
  4. RTH kan snel worden opgestart
  5. Er zijn lange wachtlijsten voor RTH
  6. RTH geeft iedereen met (een vermoeden van) een handicap een kans op ondersteuning
  7. Personen met een minder intensieve en/of laagfrequente ondersteuningsvraag komen (bijna) niet aan bod binnen RTH omwille van oververtegenwoordiging door personen met een meer intensieve en/of hoogfrequente ondersteuningsvraag
  8. Er gaan geen lange procedures vooraf aan RTH
  9. Er is een beperkte administratie nodig voor het gebruik van RTH
  10. RTH is voldoende voor de meerderheid van de cliënten
  11. Onze voorziening beschikt over voldoende punten om RTH aan te bieden
  12. De vraag naar RTH die wij krijgen is groter dan het aanbod binnen onze voorziening
  13. De hulp of ondersteuning die nodig is binnen RTH is moeilijk in te schatten
  14. RTH binnen onze voorziening gaat altijd om handicapspecifieke hulp
  15. Vanuit efficiëntie-oogpunt is het beter om RTH voor één cliënt binnen één dienst aan te bieden
  16. Vanuit efficiëntie-oogpunt is het beter om alle laagdrempelige hulp (zowel handicapspecifieke als niet-handicapspecifieke hulp) voor één client binnen één dienst aan te bieden
  17. RTH verhoogt de werkdruk binnen onze voorziening
  18. De overstap van RTH naar nRTH is moeilijk
  19. Algemene bekendheid van RTH ontbreekt
  20. RTH is nog onvoldoende bekend bij personen in maatschappelijk kwetsbare situaties (armoede, migratieachtergrond, ...)
  21. Sinds de invoering van het PVF-systeem (persoonsvolgende financiering) is het aanbieden van de RTH-ondersteuningsfunctie 'outreach' in een stroomversnelling gekomen
  22. Het aanbieden van de RTH-ondersteuningsfunctie 'outreach' is vaak een opstap naar een (sectoraal of intersectoraal) samenwerkingsverband met andere diensten
  23. Er kan minder worden ingezet op de RTH-ondersteuningsfunctie 'outreach' omwille van de druk om punten in te zetten voor de ondersteuningsfuncties (bv. begeleiding) gericht aan cliënten (d.i. op naam van de persoon)
62. **FILTER 'AKKOORD OF 'HELEMAAL AKKOORD' OP STELLING '18. DE OVERSTAP VAN RTH NAAR NRTH IS MOEILIK' BINNEN VRAAG 61.** Voor wie is de overstap van RTH naar nRTH moeilijk en waarom (open vraag)?
63. **FILTER 'AKKOORD OF 'HELEMAAL AKKOORD' OP STELLING '19. ALGEMENE BEKENDHEID OVER RTH ONTBREEKT' BINNEN VRAAG 61.** Bij wie ontbreekt de bekendheid van RTH (open vraag)?

**Thema: afsluitende vragen**

64. Wat zijn sterktes van RTH? (open vraag)
65. Wat zijn knelpunten van RTH? (open vraag)
66. Wat zijn suggesties voor het beleid? (open vraag)



## Bijlage 8: Tabellen kwantitatief luik

Tabel 93 Stellingen met betrekking tot RTH (stelling 1 tot 9)

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord	Totaal (helemaal) akkoord
1. RTH is flexibel en men kan als cliënt gemakkelijk verschillende ondersteuningsfuncties combineren (n= 131)	1% (n= 1)	7% (n= 9)	12% (n= 16)	57% (n= 75)	23% (n= 30)	80% (n= 105)
2. RTH is laagdrempelig (n= 130)	0% (n= 0)	3% (n= 4)	7% (n= 10)	62% (n= 81)	27% (n= 35)	89% (n= 116)
3. RTH is toegankelijk (n= 131)	5% (n= 7)	18% (n= 24)	8% (n= 11)	52% (n= 68)	16% (n= 21)	68% (n=89)
4. RTH kan snel worden opgestart (n= 130)	22% (n= 29)	28% (n= 37)	9% (n= 12)	28% (n= 36)	12% (n= 16)	40% (n= 52)
5. Er zijn lange wachtlijsten voor RTH (n= 131)	2% (n= 2)	8% (n= 10)	19% (n= 25)	32% (n= 42)	40% (n= 52)	72% (n= 94)
6. RTH geeft iedereen met (een vermoeden van) een handicap een kans op ondersteuning (n= 131)	8% (n= 10)	15% (n= 20)	10% (n= 13)	47% (n= 62)	20% (n= 26)	67% (n= 88)
7. Personen met een minder intensieve en/of laagfrequente ondersteuningsvraag komen (bijna) niet aan bod binnen RTH omwille van oververtegenwoordiging door personen met een meer intensieve en/of hoogfrequente ondersteuningsvraag (n= 131)	7% (n= 9)	51% (n= 67)	24% (n= 31)	12% (n= 16)	6% (n= 8)	18% (n= 24)
8. Er gaan geen lange procedures vooraf aan RTH (n= 131)	2% (n= 2)	2% (n= 3)	5% (n= 7)	55% (n= 72)	36% (n= 47)	91% (n= 119)
9. Er is een beperkte administratie nodig voor het gebruik van RTH (n= 130)	2% (n= 2)	11% (n= 14)	12% (n= 15)	54% (n= 70)	22% (n= 29)	76% (n= 99)

Bron: Websurvey, 2019.

Tabel 94 Stellingen met betrekking tot RTH (stelling 10 tot 17)

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord	Totaal (helemaal) akkoord
10. RTH is voldoende voor de meerderheid van de cliënten (n= 131)	15% (n= 19)	31% (n= 40)	28% (n= 37)	22% (n= 29)	5% (n= 6)	27% (n= 35)
11. Onze voorziening beschikt over voldoende punten om RTH aan te bieden (n= 131)	52% (n= 68)	39% (n= 51)	2% (n= 3)	5% (n= 7)	2% (n= 2)	7% (n= 9)
12. De vraag naar RTH die wij krijgen is groter dan het aanbod binnen onze voorziening (n= 131)	3% (n= 4)	4% (n= 5)	5% (n= 7)	27% (n= 35)	61% (n= 80)	88% (n= 115)
13. De hulp of ondersteuning die nodig is binnen RTH is moeilijk in te schatten (n= 131)	2% (n= 2)	45% (n= 59)	28% (n= 37)	24% (n= 31)	2% (n= 2)	25% (n= 33)
14. RTH binnen onze voorziening gaat altijd om handicapspecifieke hulp (n= 128)	2% (n= 2)	5% (n= 7)	9% (n= 12)	52% (n= 67)	31% (n= 40)	84% (n= 107)
15. Vanuit efficiëntie-oogpunt is het beter om RTH voor één client binnen één dienst aan te bieden (n= 131)	10% (n= 13)	47% (n= 62)	26% (n= 34)	15% (n= 19)	2% (n= 3)	17% (n= 22)
16. Vanuit efficiëntie-oogpunt is het beter om alle laagdrempelige hulp (zowel handicapspecifieke als niet-handicapspecifieke hulp) voor één client binnen één dienst aan te bieden (n= 129)	18% (n= 23)	53% (n= 68)	19% (n= 25)	9% (n= 12)	1% (n= 1)	10% (n= 13)
17. RTH verhoogt de werkdruk binnen onze voorziening (n= 130)	5% (n= 7)	15% (n= 20)	27% (n= 35)	42% (n= 55)	10% (n= 13)	52% (n= 68)

Bron: Websurvey, 2019.

Tabel 95 Stellingen met betrekking tot RTH (stelling 18 tot 23)

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord	Totaal (helemaal) akkoord
18. De overstap van RTH naar nRTH is moeilijk (n= 129)	2% (n= 3)	14% (n= 18)	19% (n= 24)	33% (n= 42)	33% (n= 42)	65% (n= 84)
19. Algemene bekendheid van RTH ontbreekt (n= 130)	2% (n= 2)	36% (n= 47)	34% (n= 44)	21% (n= 27)	8% (n= 10)	28% (n= 37)
20. RTH is nog onvoldoende bekend bij personen in maatschappelijk kwetsbare situaties (armoede, migratieachtergrond, ...) (n= 131)	0% (n= 0)	11% (n= 15)	24% (n= 32)	47% (n= 62)	17% (n= 22)	64% (n= 82)
21. Sinds de invoering van het PVF-systeem (persoonsvolgende financiering) is het aanbieden van de RTH-ondersteuningsfunctie 'outreach' in een stroomversnelling gekomen (n= 129)	9% (n= 12)	33% (n= 42)	49% (n= 63)	9% (n= 11)	1% (n= 1)	9% (n= 12)
22. Het aanbieden van de RTH-ondersteuningsfunctie 'outreach' is vaak een opstap naar een (sectoraal of intersectoraal) samenwerkingsverband met andere diensten (n= 128)	2% (n= 3)	16% (n= 21)	55% (n= 72)	23% (n= 30)	2% (n= 2)	25% (n= 32)
23. Er kan minder worden ingezet op de RTH-ondersteuningsfunctie 'outreach' omwille van de druk om punten in te zetten voor de ondersteuningsfuncties (bv. begeleiding) gericht aan cliënten (d.i. op naam van de persoon) (n= 128)	2% (n= 3)	14% (n= 18)	38% (n= 49)	31% (n= 40)	14% (n= 18)	45% (n= 58)

Bron: Websurvey, 2019.