

## 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. transitiemomenten, 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 bevraagd, 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 bevraagde 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 bevraagde RTH-diensten dat kan worden herleid tot het aanvoelen van de capaciteitsgrenzen.

Uit de bevraging 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.