



Rapport 25

Maart 2024

Onderzoek naar de effecten van de gedeeltelijke terbeschikkingstelling van een persoonsvolgend budget in prioriteitengroep 2

Onderzoeker: Veerle Van Loon¹, Stef Dielen¹, Liesbeth Op de Beeck²

Promotor: Prof. dr. Koen Decanq¹

Copromotor: Prof. dr. Tine Van Regenmortel², Prof. dr. Koen Hermans³

¹ CSB, Universiteit Antwerpen

² HIVA, KU Leuven

³ LUCAS KU Leuven

Samenvatting (Download hier het [rapport](#))

Situering

Om de groeiende wachtlijst voor personen met een handicap aan te pakken, lanceerde toenmalig Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, Wouter Beke, in juni 2021 het Zorginvesteringsplan. In dat plan engageerde de minister zich onder meer om de personen in prioriteitengroep 1 (de personen met een handicap met de dringendste zorgvragen) binnen de 18 maanden een persoonsvolgend budget te geven. Dat doel is intussen gehaald. Daarnaast trok de Vlaamse regering 20 miljoen euro uit om het hulpaanbod van de rechtstreeks toegankelijke hulp uit te breiden en werden 1.000 personen in prioriteitengroep 3 bevroegd om na te gaan wat hun noden zijn. Verder maakte de Vlaamse regering nog eens 20 miljoen euro vrij om zoveel mogelijk mensen in prioriteitengroep 2 voor een deel al tegemoet te kunnen komen. Om dit te doen werd aan de 1.100 langst wachtenden – ongeveer een kwart van prioriteitengroep 2 – vanaf 1 december 2022 een deel van hun budget of meervraag toegewezen (het zogenaamde deelbudget).

Onderzoeksdoelstellingen

Dit onderzoek had als doel om na te gaan in welke mate het doel van het deelbudget, namelijk de hoogste noden van de betrokken persoon te lenigen, gehaald wordt (BVR van 16 september 2022; Art. 6). Daarnaast had het onderzoek als doel om inzicht te verschaffen in de wijze waarop het budget wordt ingezet.

De volgende onderzoeksvragen kwamen aan bod:

1. Op welke wijze gaan mensen besteden als ze maar een deel van hun budget krijgen? Hoe verhoudt zich dit tot hoe ze zouden besteden met een volledig budget? Waar wordt prioritair op ingezet en verschilt dit tussen verschillende profielen van mensen?
2. In welke mate hebben mensen het gevoel dat ze hun dringendste zorg- en ondersteuningsnoden kunnen opvangen met het deel van het budget?
3. Hoe ervaren personen met een handicap en hun netwerk dit deel van het budget?
4. Hoe ervaren ondersteunende diensten dit deel van het budget? Hoe gaan zij om met deelbudgetten? Op welke manier kunnen zij een ondersteunende rol opnemen voor personen met een deelbudget?
5. Waarom wordt er desgevallend voor gekozen om het deelbudget niet te aanvaarden? Wat schrikt hen af?
6. Wat is de impact op de kwaliteit van leven en de zorg- en ondersteuningsnoden in het kader van handicapspecifieke zorg en ondersteuning door het werken met een deelbudget?
7. Kan een deel van het budget creatieve, inclusieve oplossingen faciliteren om de zorg- en ondersteuningsnoden van personen met een handicap in te vullen? Kan het deelbudget de verschillende cirkels uit het concentrisch model ondersteunen en activeren? Zien we met andere woorden effecten op de inzet van andere cirkels?
8. Hoe kunnen we blijvend monitoren welke noden er nog zijn bij mensen die een deelbudget hebben? Welke tools zijn er nodig om dat te doen?

Onderzoeksopzet

Dit onderzoek was een samenwerking tussen de Universiteit Antwerpen en de KU Leuven en werd uitgevoerd in opdracht van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, binnen de context van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Het onderzoek bestond uit een mixed-method design waarbij kwantitatieve onderzoeksmethoden (op basis van administratieve data en gegevens uit een online vragenlijst) werden gecombineerd met kwalitatieve methoden (op basis van focusgroepen en interviews).

Kwantitatieve onderzoeksmethode

Op basis van de administratieve data konden uitspraken gedaan worden over de ganse onderzoekspopulatie, zijnde 5.940 personen met een handicap die op 30 september 2022 een actieve vraag hadden in prioriteitengroep 2. De onderzoekspopulatie werd verder opgedeeld in 3 groepen: de personen met een deelbudget (1.108 personen), de personen zonder deelbudget (4.669 personen) en de weigeraars (of stopzetters) (157 personen). Het is hierbij belangrijk op te merken dat de groep zonder deelbudget evenmin een volledig PVB ter beschikking had waardoor dit onderzoek geen uitspraken kon doen over het effect van het deelbudget ten op zichte van het krijgen van een volledig PVB.

De administratieve data omvatten zowel gegevens van de periode vóór de invoering van het deelbudget, zijnde van 1 januari 2022 tot en met 30 november 2022 (pre periode) als van de periode ná de invoering van het deelbudget, zijnde van 1 december 2022 tot en met 30 september 2023 (post periode).

De resultaten van de online vragenlijst hadden betrekking op een steekproef van de onderzoekspopulatie. Respondenten konden de vragenlijst online invullen vanaf 31 augustus 2023 tot en met 5 november 2023. In totaal namen 556 respondenten deel aan de online vragenlijst: 275 uit de groep met deelbudget, 255 uit de groep zonder deelbudget, en 26 weigeraars.

Kwalitatieve onderzoeksmethode

Het kwalitatieve luik rapporteerde over de interviews met 8 personen met een handicap die een deelbudget hadden gekregen en over de focusgroepen met het netwerk van deze personen, met VZA's en met bijstandsorganisaties (BSO's) en gebruikersverenigingen. De kwalitatieve bevestigingen vonden plaats van 18 september 2023 tot 4 oktober 2023.

Hoofresultaten

Deelbudgetten zijn vaak meervragen en deze verschillen substantieel van initiële vragen.

Uit de administratieve data bleek dat ongeveer 44% van de 1.108 geanalyseerde deelbudgetten betrekking hadden op een meervraag. Het gaat hierbij om personen die al budgethouder waren en een deelbudget kregen boven op hun huidig PVB. Een deelbudget voor een meervraag verschilde dan ook substantieel van een deelbudget voor een eerste, initiële, vraag. Zo waren personen met een handicap die reeds een PVB hadden en een deelbudget ontvingen voor een meervraag vaak al vertrouwd met de procedures rond het opstarten en beheren van een PVB en hadden ze vaak al overeenkomsten met zorgaanbieders lopen. Daarnaast waren de deelbudgetten voor een meervraag vaak ook beperkter (terwijl het gemiddelde deelbudget zonder meervraag 19.250,8 euro bedroeg, was het gemiddelde bedrag van een meervraag lager, namelijk 11.889,5 euro). De impact van het deelbudget voor een meervraag was bijgevolg ook vaak kleiner en de bestedingswijze lag eerder in lijn met de besteding van het budget dat al beschikbaar was (waarbij bestaande overeenkomsten worden gecontinueerd).

Voor de interpretatie van de resultaten was het daarom belangrijk om een onderscheid te maken tussen een deelbudget voor een meervraag en een deelbudget voor een nieuwe vraag. We richten ons in de rest van deze samenvatting voornamelijk op de deelbudgetten die toegewezen werden aan nieuwe budgethouders.

Personen met een handicap op de wachtlijst zijn boos, maar de perceptie van het deelbudget is genuanceerd.

Uit de reacties van de deelnemers in dit onderzoek, maar ook uit de actualiteit, bleek dat personen met een handicap in prioriteitengroep 2 met een deelbudget vaak boos waren op de Vlaamse overheid en het VAPH in het bijzonder. Er was aan de ene kant boosheid rond het bestaan van de wachtlijsten en de herziening van de hoogte van het budget (BVR van 10 mei 2019; BVR van 5 maart 2021). Aan de andere kant was er boosheid rond het deelbudget zelf. Hoewel het voor de perceptie van het deelbudget belangrijk is om deze redenen van boosheid te onderscheiden, waren ze in praktijk in de hoofden van de betrokkenen onlosmakelijk met mekaar verbonden en hadden ze de perceptie van het deelbudget beïnvloed.

In de interviews merkten we dat de perceptie van het deelbudget overwegend (maar niet uitsluitend) negatief was. In de resultaten van de online vragenlijst vonden we een meer genuanceerde perceptie van het deelbudget. Ongeveer de helft van de respondenten met een deelbudget (53%) vond dat de eigen leefsituatie verbeterd was en (43%) vond dat de leefsituatie van mantelzorgers verbeterd was door het deelbudget. Wanneer we respondenten met een deelbudget vergeleken met een gelijkaardige groep van respondenten op de wachtlijst in prioriteitengroep 2 die geen deelbudget kregen, merkten we een (statistisch significant) hogere tevredenheid met zorg en ondersteuning (7,2 vs. 6,5 op een 10-punten schaal) en over het PVB (5,1 vs. 3,7 op een 10-punten schaal). De tevredenheid met het PVB was over het algemeen wel onrustbarend laag.

Ondanks de huidige inspanningen rond communicatie door het VAPH¹ en de ondersteunende diensten geven sommige personen met een handicap aan onvoldoende informatie te hebben over de modaliteiten van het deelbudget en het gebruik ervan. Bijstandsorganisaties (BSO's) spelen een belangrijke rol.

De meerderheid (60%) van de respondenten in de online vragenlijst was het eens met de stelling dat ze voldoende op de hoogte waren waar hulp en begeleiding te vragen. Bovendien gaf meer dan twee derde (68%) aan daadwerkelijk voldoende hulp en begeleiding te hebben gekregen bij het opstarten van het deelbudget. Toch was er ook een groep respondenten (24%) die het niet eens waren met de stelling dat ze voldoende op de hoogte waren waar ze hulp en begeleiding konden vragen. Ook in de kwalitatieve interviews gaven sommige personen met een handicap aan onvoldoende duidelijke informatie te hebben over het doel en de modaliteiten van het deelbudget. Daarnaast werd aangekaart dat (voor sommigen) de verkregen informatie te complex was. We concluderen dan ook dat, ondanks de vele acties van het VAPH en de ondersteunende diensten, bepaalde groepen niet of onvoldoende bereikt werden. Meer onderzoek is nodig om na te gaan om welke groepen het gaat en waarom ze niet bereikt worden.

We zagen dat BSO's een belangrijke rol kunnen spelen bij het verschaffen van hulp en begeleiding en de organisatie van zorg- en ondersteuning. Zo konden alle personen met een deelbudget die voor de eerste keer een budget kregen, gedurende het opstartjaar, gratis lid worden van een bijstandsorganisatie naar keuze en beroep doen op gratis bijstand. Personen aangesloten bij een BSO hadden hun deelbudget vaker ingezet op cash overeenkomsten en kozen er vaker voor om het deelbudget aan informele zorg en reguliere diensten te besteden dan aan dag- en woonondersteuning. Bovendien hadden leden vaker het gevoel dat hun eigen leefsituatie en deze van hun mantelzorgers verbeterd was sinds het deelbudget dan personen die geen lid waren van een BSO. Meer onderzoek naar de rol van de BSO's is noodzakelijk om licht te kunnen werpen op de vraag waarom de deelbudgetten anders worden besteed.

Aanpassingen aan de modaliteiten van het PVB hebben steeds een psychologische kost.

Personen op een wachtlijst voor een PVB zijn vaak angstig en onzeker over de toekomst (respondenten in de online vragenlijst gaven aan het aspect "zekerheid over eigen toekomst" een opmerkelijk lage score tussen 4,4 (met deelbudget) en 3,9 (zonder deelpunt) op een 10-punten schaal). In de interviews en focusgroepen met het netwerk merkten we dat ze het beloofde PVB zien als keerpunt in de organisatie en kwaliteit van hun leven.

In deze context leidt elke aanpassing aan de modaliteiten van het PVB tot bijkomende stress en angst, zo bleek uit de interviews. Er werd gevraagd aan personen met een handicap om toekomstplannen aan te passen of (tijdelijk) op zoek te gaan naar nieuwe zorgaanbieders. Ze werden daarbij soms pijnlijk geconfronteerd met de beperkingen van een gehalveerd budget. Aanpassingen hebben een (potentieel hoge) psychologische kost en bedreigen mogelijks het draagvlak voor het PVF-systeem.

De psychologische kost van het aanpassen van toekomstplannen en het zoeken naar nieuwe zorgaanbieders verklaarden daarnaast waarom sommige personen hun deelbudget weigerden (129 personen). We merkten dat mensen een beperkt deelbudget vaak weigerden omdat voor hen de baten niet opwogen tegen de (psychologische) kosten, zeker wanneer de baten beperkt waren omdat het deelbudget onverenigbaar was met al ontvangen andere steun (BOB, RTH, ...). Dit verklaarde waarom

¹ Zie bijlage 1 voor een overzicht van de communicatie door het VAPH rond het deelbudget. Dit overzicht werd gemaakt door het VAPH.

we in de administratieve data zagen dat personen met een lagere P- en B-waarde, een grotere kans hadden het deelbudget te weigeren.

Deelbudgetten worden verschillend besteed en kunnen niet gebruikt worden om aan de meest prioritaire noden tegemoet te komen, wanneer deze niet schaalbaar zijn.

Personen met een handicap kiezen zelf hoe ze het PVB inzetten en we merkten dus een grote verscheidenheid aan aangekochte zorg en ondersteuning. Ook deelbudgetten werden zeer verscheiden ingezet. Ondanks de grote verscheidenheid in de bestedingswijze van het deelbudget, waren er ook duidelijke tendensen merkbaar in de administratieve data. Ten eerste werd het deelbudget vooral besteed in cash- eerder dan in voucherovereenkomsten. Ten tweede kwam zowel in het kwantitatieve als kwalitatieve luik naar voren dat het deelbudget vaak werd gebruikt voor praktische hulp zoals gezinshulp, thuishulp, poetshulp, strijkhulp, hulp in de tuin. Daartegenover stond dat, hoewel er een stijging merkbaar was in het aantal personen met woonondersteuning, deze ondersteuningsfunctie duidelijk minder vaak werd aangekocht met een deelbudget.

Uit de kwalitatieve interviews en focusgroepen, bleek dat voor sommige het deelbudget (deels) tegemoetkwam aan hun dringendste zorg- en ondersteuningsnoden, maar dat dit voor de meeste niet het geval was. In de online vragenlijst vonden we daartegen een meer genuanceerde perceptie. Hoewel ook daar de meningen verdeeld waren, waren de respondenten het over het algemeen vaker eens (43,1%) dan oneens (30,0%) met de stelling dat ze hun dringendste zorg en ondersteuningsnoden konden betalen met het deelbudget.

Uit de getuigenissen van de geïnterviewde personen in het kwalitatieve luik bleek dat diegene die voornamelijk nood hadden aan praktische hulp, in staat waren om met het deelbudget al (een deel) van hun dringendste zorg- en ondersteuningsnoden op te vangen. Voor diegenen die hoofdzakelijk nood hadden aan handicapspecifieke ondersteuning zoals (voltijdse) woonondersteuning of (voltijdse) permanentie van een VZA, bleek het daarentegen veel moeilijker te zijn om met het deelbudget hun dringendste zorg- en ondersteuningsnoden op te vangen.

De logica van een deelbudget veronderstelt dat zorgnoden schaalbaar zijn (d.w.z. dat de zorg in schijfjes opgenomen kan worden). We zien dat dit in de realiteit echter niet altijd het geval was. De beperkte schaalbaarheid van de zorg van de meest prioritaire zorgnood kan er toe leiden dat het deelbudget niet kan worden ingezet voor de meest prioritaire zorg. Het concept van 'schaalbaarheid van zorg', dat in dit onderzoek werd geïntroduceerd, lijkt ons dan ook een belangrijk onderwerp voor verder onderzoek.

Gegeven de grote verscheidenheid in de besteding van het deelbudget merkten we ook een grote verscheidenheid in de impact van het deelbudget op de kwaliteit van het leven. Zo zagen we in de online vragenlijst dat respondenten met een fysieke beperking vaker aangaven dat hun leefsituatie en de leefsituatie van hun mantelzorgers verbeterden dan respondenten met een mentale beperking. De beperkte schaalbaarheid van de meest prioritaire zorg kan verder verklaren waarom we een grotere impact op kwaliteit van leven zien voor de ene groep dan wel voor de andere.

Ook de tijdsdruk die verbonden was aan de besteding van deelbudgetten en de psychologische kost van het zoeken naar de beste zorgaanbieder met een beperkt budget kan verklaren waarom sommige deelbudgetten ingezet worden om minder prioritaire, maar relatief makkelijk organiseerbare zorg in te kopen (bv. via reguliere diensten). De onduidelijkheid over het moment waarop het deelbudget vervangen zal worden door het volledige budget leidt niet enkel tot bijkomende onzekerheid, maar kan ook leiden tot (tijdelijke) keuzes voor relatief makkelijk organiseerbare zorg. We speculeren dat dit tot

op zeker hoogte een tijdelijk fenomeen is, en dat nieuwe budgethouders leren uit hun ervaringen met het deelbudget om later meer gespecialiseerde (maar moeilijker te organiseren) zorg aan te kopen. Langdurig vervolgonderzoek kan meer licht werpen op deze hypothese.

Tot slot botste men bij de besteding van het deelbudget niet enkel op financiële hindernissen maar ook op beperkingen in het zorgaanbod. Zo gaf 32,4% van de respondenten in de online vragenlijst aan dat ze moeilijkheden hadden om de nodige zorg en ondersteuning te vinden. Uit de kwalitatieve bevragingen bleek dat vooral het vinden van een persoonlijk assistent of vrijwilliger vaak niet evident was. Sommige zorgaanbieders botsen op capaciteitsgrenzen voor ondersteuning die met een deelbudget mogelijk zijn (bv. logeerfunctie). Andere pijnpunten die in de kwalitatieve bevragingen naar voren kwamen hadden dan weer betrekking op het aanbod van reguliere diensten. Men had het gevoel dat er niet altijd voldoende personeel was om meteen bij mensen aan de slag te gaan of om de intensiteit en/of frequentie van bestaande hulp (meteen) uit te breiden. Daarnaast werd het gebrek aan flexibiliteit wat betreft de momenten waarop reguliere hulp vaak aangeboden wordt (bv. beperkt s 'avonds of tijdens de weekends) alsook de rigiditeit waarop de reguliere hulp vaak georganiseerd wordt (bv. weinig ruimte voor last-minute wijzigingen of annulaties) vaak als een drempel ervaren om reguliere diensten in te zetten. Tot slot, haalden verschillende deelnemers ook de gebrekkige kennis van sommige reguliere diensten over hoe om te gaan met verschillende types handicap en het PVB aan.

Deelbudgetten kunnen gezien worden als een manier om beperkte middelen op een meer gelijke en efficiëntere manier te verdelen over de mensen op de wachtlijst.

In een context van budgettaire schaarste werd het deelbudget soms gezien als een manier om de beperkte middelen op een meer gelijke manier te verdelen over de mensen op de wachtlijst. In plaats van sommigen een volledig PVB te geven (personen met een vroege prioriteringsdatum) en anderen helemaal niets (personen met een late prioriteringsdatum), zouden de beperkte middelen namelijk ook gebruikt kunnen worden om iedereen alvast voor een deel tegemoet te komen. Sommige geïnterviewden beargumenteerden dan ook dat dit een betere verdeling van de middelen zou zijn. Het is belangrijk om te vermelden dat dit argument enkel gaat over de verdeling van de beperkte middelen, niet over de hoeveelheid middelen die beschikbaar wordt gesteld.

Los van de onderzoeksresultaten, kan daarnaast ook beargumenteerd worden dat deelbudgetten kunnen leiden tot een meer efficiënte verdeling van de beperkte middelen. Het argument is dat door de inzet van een deelbudget, meer mensen – althans gedeeltelijk – hun meest dringende zorg- en ondersteuningsnoden kunnen opvangen. Dit efficiëntie-argument gaat echter voorbij aan de totale psychologische kost die hoger is wanneer meer mensen geconfronteerd worden met de uitdaging om hun deelbudget te besteden en veronderstelt een grote schaalbaarheid van de meest prioritaire zorgnoden. Zoals hierboven geïllustreerd, kan een beperkte schaalbaarheid van de meest prioritaire zorgnoden ertoe leiden dat het deelbudget aan minder prioritaire zorgnoden besteed moet worden, omdat de meest prioritaire zorgnood duurder uitvalt dan het deelbudget. In dergelijke situatie is het onduidelijk of het deelbudget daadwerkelijk ingezet kan worden om de meest prioritaire noden te vervullen.

Het deelbudget versterkt een financiële logica in de zoektocht naar zorg

Wanneer slechts de helft van het noodzakelijk geachte budget ter beschikking wordt gesteld, wordt de persoon met een handicap niet enkel uitgenodigd om na te denken hoe de noodzakelijke zorg en ondersteuning best georganiseerd kunnen worden, maar moet er, nog meer dan wanneer men een

volledig budget krijgt, gerekend worden wat (financieel) mogelijk is met het gehalveerde budget. Dit bracht personen met een handicap in een eerder financiële logica.

Niet alle personen met een handicap waren bovendien even vertrouwd met deze logica, of wilden erin meegaan. BSO's kunnen hier een adviserende en stimulerende rol spelen. Desondanks kunnen er vragen gesteld worden bij deze logica aangezien ze lijkt in te gaan tegen één van de centrale doelstellingen van het PVB om personen met een handicap zelf de regie en de eigen vrije keuze te geven over hun zorg- en ondersteuningsnoden en hun leven in het algemeen.

Tot slot stelden we vast dat deze financiële logica ook speelde aan de zijde van de vergunde zorgaanbieder (VZA's). De bevraagde VZA's gaven aan dat men al langer de grenzen van het financieel haalbare opzoekt. Men tracht daarbij om zo veel mogelijk cliënten, zo goed mogelijk te ondersteunen, zelfs wanneer ze (nog) niet over voldoende budget beschikken. Onderlinge solidariteit tussen gebruikers in een VZA waarbij individuele budgetten worden samengenomen om tot oplossingen op groepsniveau te komen is hierbij het leidende principe, maar dit blijkt niet evident en ook niet houdbaar te zijn. Het is bovendien onwaarschijnlijk dat een andere VZA aan hen dezelfde zorg en ondersteuning zal bieden voor hetzelfde, (te) beperkt bedrag waardoor personen met een handicap slechts in beperkte mate zorgaanbieders tegenover elkaar kunnen afwegen. Toch ook één van de basisprincipes van PVF.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten uit dit onderzoek werden er dertien beleidsaanbevelingen geformuleerd. Hoewel dit onderzoek zich toespitste op het deelbudget, zijn verschillende aanbevelingen ook breder toepasbaar en relevant voor het PVB op zich.

Hou meer rekening met de psychologische kosten van wijzigingen aan de modaliteiten van het (deel)budget.

1. Ontwikkel een lange termijnvisie over het PVB en geef op transparante wijze weer wat daarbinnen de rol is van het deelbudget. Geef een geloofwaardig commitment ten aanzien van de lange termijnvisie.
2. Ga omzichtiger om met het wijzigen van de modaliteiten van het PVB, gegeven de psychologische kosten van deze wijzigingen. Op zijn minst moeten wijzigingen goed geduid worden door middel van heldere en voor iedereen begrijpbare communicatie.
3. Het al dan niet aanvaarden van het deelbudget zou een vrije keuze moeten zijn. Geef personen met een handicap daarom meer tijd dan de huidige 1 maand² om te beslissen over de weigering van het deelbudget om zo de tijdsdruk en bijhorende stress te verlichten.
4. Zet meer in op de bekendmaking van de BSO's en zorg voor voldoende personeelscapaciteit in BSO's om personen met een deelbudget snel(ler) verder te kunnen helpen. Hou daarbij rekening met extra vragen bij de invoering van een nieuwe maatregel zoals het deelbudget.
5. Actualiseer op regelmatige wijze het ondersteuningsplan om de discrepanties tussen de actuele zorg- en ondersteuningsnoden en de zorg- en ondersteuningsnoden in het ondersteuningsplan te verkleinen. Hou daarbij rekening met eventuele praktische, administratieve en psychologische kosten van aanpassingen in het ondersteuningsplan voor personen met een handicap en ga na hoe

² Na deze maand werd het deelbudget automatisch opgestart maar behield men de mogelijkheid om het deelbudget op een later tijdstip stop te zetten.

deze beperkt kunnen worden. Beperk hierbij de praktische en administratieve last van eventuele aanpassingen in het ondersteuningsplan voor de personen met een handicap.

Ontwikkel alternatieve communicatiestrategieën over het (deel)budget die zich meer focussen op de niet-bereikten groepen.

6. Ga na welke groepen niet bereikt worden via de huidige communicatiestrategie en onderzoek wat er nodig is om hen goed te informeren.
7. Communiceer op een voor iedereen begrijpbare wijze over de lange termijnvisie, het doel en de modaliteiten van het deelbudget (naar personen met een handicap, maar ook naar VZA's). Geef op een nog concretere en nog meer laagdrempelige wijze informatie over alle mogelijke bestedings-opties aan de hand van hands-on informatie (met inbegrip van reguliere niet-handicapspecifieke diensten). Gebruik hiervoor verschillende kanalen zodat informatie zo toegankelijk mogelijk is voor de betrokken personen met een handicap.
8. Communiceer beter over de gevolgen van al dan niet aanvaarden van het deelbudget (bv. over het resterende deel van het PVB, behouden van andere zorg en ondersteuning ...). Betrek hierbij ook de VZA's, MDT's, BSO's en gebruikersverenigingen gezien hun dichte relatie bij personen met een handicap.
9. Communiceer regelmatige en proactieve wijze over het PVB aan personen met een handicap op een wachtlijst (plaats en geschatte duurtijd op de wachtlijst, ...) op een manier die voor iedereen toegankelijk is. Het is belangrijk om tijdig updates te sturen wanneer de modaliteiten van het PVB wijzigen (bv. wanneer de hoogte van het PVB geactualiseerd wordt).

Voorzie voldoende (schaalbaar) aanbod van zorg en ondersteuning op maat van het (deel)budget

10. Zorg voor een werkbaar kader voor (handicapspecifieke) zorgaanbieders dat hen aanzet tot het uitwerken van creatieve zorg- en ondersteuningsopties die voldoende zijn aangepast aan de specificiteit van het (deel)budget. Vooral de *schaalbaarheid* van de meest prioritaire zorg en ondersteuning van professionele diensten voor personen met een handicap is daarbij cruciaal om te zorgen dat met het deelbudget ook de meest prioritaire zorg en ondersteuning (gedeeltelijk) aangekocht kan worden.
11. Ondersteun het ontwikkelen van een aanbod bij reguliere diensten op maat van personen met een (deel)budget. Verschaf hands-on informatie aan reguliere diensten over de aandachtspunten in de omgang met personen met een specifieke handicap. Onderzoek hoe het aanbod (ook meer) op maat van personen met een handicap gemaakt kan worden (bv. rond flexibilisering van het aanbod).
12. Onderzoek op welke manier er (meer) personen kunnen worden gemotiveerd om zich als vrijwilliger of persoonlijk assistent op te geven zodat een groter en meer divers aanbod ontstaat, bijvoorbeeld door een promotiecampagne te voeren.
13. Ga na welke nieuwe bijkomende diensten relevant kunnen zijn voor mensen met een (deel)budget. Wees flexibel en stimuleer de creativiteit en denken "out-of-the-box".