

Jaarverslag
2008



VAPH

Vlaams Agentschap
voor Personen
met een Handicap

Inhoud

00 Voorwoord 3



01 Concrete realisaties in 2008 6

1.1 Profiel van het VAPH 7

1.1.1 Aantal inschrijvingen 7

1.1.2 Ontvangst en behandeling van de
zorgvragen 7

1.1.3 Voorzieningen 7

1.1.4 Hulpmiddelen 10

1.1.5 Het persoonlijke-assistentiebudget 11

1.2 Markante realisaties 14

1.2.1 Zorgregie 14

1.2.2 Zorgvernieuwing 17

1.2.3 Tevredenheidsonderzoek 19

1.2.4 Internationale ontwikkelingen en
inclusief beleid 20



02 De toekomst 23

2.1 Meerjarenanalyse 2010-2014 24

2.2 Zorgregie 28

2.3 Zorgvernieuwing 29

2.4 Diagnose en Indicatiestelling 32

2.5 Integrale jeugdhulp 34

2.6 Hulpmiddelenbeleid 36

Interview met de administrateur-generaal

Wat was voor u het belangrijkste feit van 2008?

Ongetwijfeld de stijging van het aantal zorgvragen: het aantal personen met een handicap blijft structureel groeien, en dat met 2,5 procent per jaar. Dat vormt een enorme uitdaging.

In de periode 2003-2008 hebben we 6.200 extra opvangplaatsen gecreëerd

Toch was 2008 een recordjaar wat het uitbreidingsbeleid betreft, dus het vergroten van de opvangcapaciteit. Zo steeg ons budget met 36 miljoen euro, waarmee in totaal 876 nieuwe opvangplaatsen werden gecreëerd en er 460 persoonlijke-assistentiebudgetten (PAB) bijkwamen. We hebben die plaatsen niet alleen gecreëerd, maar zijn erin geslaagd het operationeel plan inzake het uitbreidingsbeleid

al kenbaar te maken aan de sector eind maart 2008. In juli kon het VAPH op basis van de zorgplannen vanuit de regio's alle plaatsen al toekennen en in oktober waren alle plaatsen effectief erkend. Dat is sneller dan ooit tevoren.

Ook inzake hulpmiddelen hebben we in 2008 enorme cijfers neergezet. We hebben 15.000 hulpvragen beantwoord over meer dan 700 hulpmiddelen die we toekennen om mensen in staat te stellen zo autonoom mogelijk door het leven te gaan.

Vanwaar die structurele aangroei van het aantal personen met een handicap?

Er spelen tal van oorzaken. Zo zijn er steeds meer verkeersslachtoffers die ongevallen overleven maar daarna onze hulp nodig hebben. De veroudering van de bevolking speelt eveneens een aanzienlijke rol. De levensverwachting van mensen met een handicap blijft ook stijgen dankzij de kwalitatief hoogstaande zorgverlening in Vlaanderen en de vooruitgang van de medische wetenschap. Ook de internationale verruiming van het begrip 'handicap' in charters en conventies creëert een extra aangroei.

In 2008 werd het meerjarenpakket 2003-2008 afgerond. Wat werd gerealiseerd, welke conclusies kunnen we daaruit trekken?

In de periode 2003-2008 hebben we afgerond 6.200 extra opvangplaatsen gecreëerd, daar waar we maar een toename van 5.400 plaatsen hadden gepland. Dat is een indrukwekkende realisatie van het VAPH en van de sector, dankzij een volgehouden budgettair uitbreidingsbeleid van de Vlaamse regering.

Welke contouren schetst het nieuwe meerjarenplan 2009-2014?

In dit plan staat de groei van de zorgvraag centraal en worden een aantal opties aangereikt. We zullen nog meer middelen nodig hebben, wat niet evident is in deze slechte economische tijden. Het is aan het parlement over dit plan en de daarin voorgestelde opties te debatteren en keuzes te maken.

Wat zijn de grote aandachtspunten in de voorgestelde opties?

Wanneer we het huidige beleid voortzetten, zonder uitbreidingsbeleid, zal de kostengroei sowieso 178 miljoen euro bedragen. Wanneer we het stijgend aantal personen met een handicap inrekenen, groeit het budget tegen 2014 naar 1,5 miljard euro. En wanneer we daarbij ook nog de huidige wachtlijsten helemaal zouden willen wegwerken, dan groeit het budget naar 1,7 miljard euro.

We staan voor een gigantische uitdaging. Niets doen is geen optie omdat we dan mensen in

de kou laten staan. We moeten inventief en innovatief zijn en met dezelfde budgetten meer doen.

Welke vernieuwingen dringen zich op om meer te doen met beperkte middelen?

We zien bijvoorbeeld kansen in flexibele opvangplaatsen, deeltijdse opvang, enzovoorts. Het VAPH zet sterk in op zorg op maat. In 2008 ontwikkelden we een inschalingsinstrument om de zorgzwaarte te meten en mensen in zorgcategorieën in te delen. Dat wordt nog verder uitgetest. Zo zullen we een volledig en beter beeld krijgen van de noden op gebied van woonbehoeften en nood aan dag- en nachtpermanentie. Dit laat toe om de zorg beter en selectiever toe te kennen. Het instrument maakt het mogelijk het bestaande aanbod, nu nog verspreid over dertien instellingstypes van zeer licht tot zeer zwaar, op te splitsen in modules van tussenliggende zorgvormen.

**Kostengroei zonder
uitbreidingsbeleid:
178 miljoen euro**

In 2008 werd ook gestart met het experiment rond het persoonsgebonden budget (PGB), een verdere variant van het PAB. Bedoeling is dat mensen een budget krijgen volgens de zorg die ze nodig hebben. Het PGB is soepeler dan het PAB. Zo kan iemand bijvoorbeeld drie halve dagen 'inkopen' bij een dagcentrum en de rest als PAB gebruiken. Gebruikers krijgen meer combinatiemogelijkheden.

Bij het PGB-experiment willen we gebruikers zo flexibel mogelijk laten werken met budgetten, zodat we daar maximaal uit kunnen leren voor een mogelijke toekomstige veralgemening van dit stelsel.

Ook voor de voorzieningen betekenen dit inschalingsinstrument en de budgetten die de persoon volgen een hele omschakeling. Hoe kijken zij daartegen aan?

Er zijn heel duidelijke signalen gekomen uit de voorzieningen dat ook zij dergelijke systemen wensen. Het persoonsgebonden budget sluit aan op het gegeven dat mensen autonoom over hun leven willen beslissen. Dat principe staat in alle internationale verdragen, zoals de VN-conventie en het charter van de rechten van de mens.

Wat moeten we denken bij de 'wachlijsten', die nog steeds niet zijn weggewerkt?

Men is het een 'wachlijst' gaan noemen; maar in feite is het een registratiesysteem van zorgvragen (CRZ) dat de overheid moet toelaten in de toekomst de nodige opvangcapaciteit te plannen en te programmeren. Daaruit is een perceptieprobleem ontstaan. Het lijkt alsof alle geregistreerde zorgvragen onmiddellijk en direct nood zouden hebben aan de gevraagde zorgvorm. Wij hebben op vraag van het Rekenhof, op het einde van de jaren negentig, de CRZ ontwikkeld om te verantwoorden waarom de behoefte aan opvangplaatsen in de toekomst zou blijven stijgen.

De wachtlijst is dus een registratiesysteem van zorgnoden, die hetzij direct, hetzij in de toekomst, bijvoorbeeld bij het wegvallen van het familiaal zorgnetwerk, beantwoord moeten worden.

Is er dan geen probleem met de wachtlijsten?

Toch wel, maar de cijfers bewijzen dat we een en ander moeten nuanceren. Van 2007 tot 2008 hebben we 4.055 zorgvragen van de wachtlijst opgelost. Het registratiesysteem laat ons steeds beter toe zorgvragen op te volgen. Van de 10.000 wachtenden krijgt 41 procent al ondersteuning van het VAPH. Toch staan die nog op de wachtlijst, omdat ze bijvoorbeeld behoefte hebben aan huisvesting in de toekomst, maar nu al gebruikmaken van een dagcentrum. Van die 41 procent krijgt 13 procent al de gevraagde zorgvorm, zoals een

nursingtehuis, maar nog niet in hun woonbuurt. Heel veel van de mensen die zich hebben laten registreren, met een terechte vraag overigens, worden dus al geholpen, alleen is de wijze waarop niet altijd ideaal. We hebben capaciteitsproblemen en lossen die op door flexibel om te springen met de middelen en door een meerjarenbeleid te ontwikkelen.

Is er vooruitgang geboekt op het gebied van knelpuntdossiers en noodsituaties?

Beide problematieken kaderen in de zorgregie. In 2008 werd hiervoor 2,5 miljoen euro vrijgemaakt, zodat we goed kunnen inspelen op grote urgenties. Knelpuntdossiers betreffen mensen die geweigerd werden in voorzieningen wegens te zware en complexe problematieken. Wanneer deze mensen drie keer geweigerd zijn, gaan we ze een 'persoonsvolgend' budget toekennen, zodat ze zelf hulp kunnen inkopen die hen blijkbaar anders niet wordt aangeboden.

Capaciteitsproblemen oplossen door flexibiliteit en een meerjarenbeleid

Noodsituaties betreffen extreem dringende gevallen, waar we onmiddellijk moeten kunnen ingrijpen. Wanneer zich nu een noodsituatie voordoet, kan het VAPH een voorziening aanwijzen die desnoods boven de bedbezetting een aanbod moet ontwikkelen.

In 2007 deden jullie een tevredenheidsenquête bij de gebruikers. In 2008 kwamen de voorzieningen aan bod. Welke resultaten zijn in het oog gesprongen?

Bij de gebruikers haalden we zeer hoge scores en dat zien we opnieuw bij de voorzieningen, met scores van 9 op 10. Die enquêtes worden objectief door een extern marktonderzoeksbureau afgenomen. Voor het onderzoeksbureau was dit de tweede beste score op een totaal van 200 organisaties, zowel uit de privé- als de openbare sector. Dat is zeker een verdienste van onze medewerkers en van de voorzieningen. We beschikken over een kwalitatief zeer hoogstaand hulpparaat waarin iedereen, behalve een aantal wachtenden, tevreden tot zeer tevreden is.

Administrateur-generaal
Laurent Bursens





1 Concrete realisaties in 2008



Profiel van het VAPH

1.1.1 Aantal inschrijvingen

Personen met een eerste aanvraag bij het VAPH: 2002-2008

	Aantal personen
2002	6.460
2003	8.105
2004	9.383
2005	8.606
2006	9.674
2007	10.409
2008	10.607

1.1.2 Ontvangst en behandeling zorgvragen

Het VAPH ontving in 2008 in totaal 72.080 aanvragen. Daarvan waren er 54.094 aanvragen voor het verkrijgen van hulpmiddelen. Voor 'zorg' (ambulante en residentiële ondersteuningsvormen) waren er 10.390 aanvragen. Voor 'werk' (ondersteuning bij tewerkstelling in het reguliere circuit of bij beschutte tewerkstelling) betrof het 6.085 aanvragen, voor het persoonlijke-assistentiebudget 1.130 aanvragen en voor het persoonsgebonden budget 64 aanvragen. Een ander aantal aanvragen viel niet onder de bevoegdheid van het VAPH.

In totaal werd er over 67.310 zorgvragen beslist. De beslissing was gunstig voor 57.730 aanvragen (86 procent) en ongunstig voor 9.580 aanvragen.

1.1.3 Voorzieningen

De sector Zorg bestaat uit twee grote onderdelen:

- **residentiële en semi-residentiële voorzieningen**, zoals internaten, semi-internaten, tehuizen en dagcentra voor niet-werkenden;
- **ambulante diensten**, die de personen met een handicap in hun eigen leef- en woonsituatie of in een meer geïntegreerde woonvorm begeleiden.

Verder zijn er de **revalidatiecentra**. Eind 2008 waren er 79 erkende intramurale en 60 extramurale centra. Het federale Riziv betaalt de revalidatiekosten in deze centra.

Tot slot zijn er nog de **centra voor ontwikkelingsstoornissen**. In 2008 kregen deze centra in Antwerpen, Gent, Leuven en Brussel een gezamenlijke subsidie van 2.605.956,36 euro voor het uitvoeren van 4.172 onderzoeken.

Overzicht van de residentiële en semi-residentiële sector

Tabel 1 vermeldt in de eerste kolom het aantal erkende plaatsen per werkvorm op 30 juni 2008. Het betreft hier absolute cijfers. In de praktijk kunnen een aantal voorzieningen een deel van de plaatsen bijvoorbeeld hebben omgezet van plaatsen voor minderjarigen in plaatsen voor meerderjarigen (de zogenaamde 'globale erkenningen').

Onder meer daarom, maar ook omdat soms meerdere personen deeltijds gebruikmaken van dezelfde plaats, is de tweede kolom in de tabel belangrijk. Die vermeldt het aantal personen dat op 30 juni 2008 gebruikmaakte van de verschillende werkvormen. Dat aantal is gekend door de cliëntregistratie door de dienst Zorg en de studiedienst van het VAPH, die tweemaal per jaar plaatsvindt. Daardoor kan het aantal personen worden bepaald dat in werkelijkheid gebruikmaakt van voorzieningen, en de omvang van de in- en uitstroom.

De derde kolom geeft het aantal plaatsen waarvoor vanaf september 2008 extra middelen vrijkwamen om tegemoet te komen aan de stijgende vraag. Hoewel die extra middelen in principe direct moeten leiden tot opnames, zijn er altijd wel een aantal voorzieningen die de plaatsen niet onmiddellijk 'in exploitatie' kunnen brengen omdat hun infrastructuur niet volledig klaar is, of omdat ze niet onmiddellijk het nodige personeel konden aanwerven. De situatie op 31 december 2008 valt daarom niet zonder meer af te leiden uit de som van de aantallen in de eerste en de derde kolom.

TABEL 1 - AANBOD EN GEBRUIK IN 2008

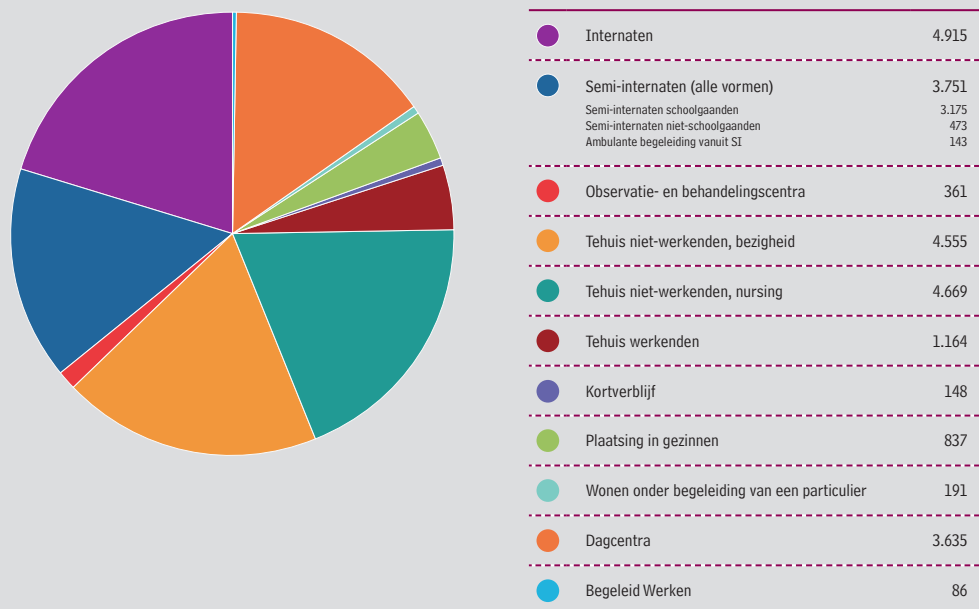
	Plaatsen in exploitatie juni 2008	Aantal personen op 30 juni 2008	Uitbreidingsbeleid september 2008
Internaten	4.907	4.723	42
Semi-internaten (SI) schoolgaanden	3.148	3.398	32
Semi-internaten(SI) niet-schoolgaanden	471	508	1
Ambulante begeleiding vanuit semi-internaat	144	275	
Observatie- en behandelingscentra	357	333	3
Tehuis niet-werkenden, bezigheid	4.447	4.412	109
Tehuis niet-werkenden, nursing	4.559	4.543	84
Tehuis werkenden	1.162	1.060	7
Kortverblijf	144	901	5
Plaatsing in gezinnen	832	825	5
Wonen onder begeleiding van een particulier	187	180	4
Dagcentra	3.584	4.474	34
Begeleid Werken	86	426	2 ¹
Thuisbegeleiding	5.502	4.897	296
Begeleid Wonen	2.578	2.784	147
Beschermd Wonen	1.074	1.106	55
Zelfstandig Wonen	299	283	12
Geïntegreerd Wonen	41	28	50
Trajectbegeleiding vanuit begeleid wonen			1344 begeleidingen
Trajectbegeleiding vanuit thuisbegeleiding			893 begeleidingen

¹ Deze 2 plaatsen zijn specifiek bestemd voor het begeleiden van 6 personen via 'begeleid werken'.

Om het beeld te vervolledigen geven de grafieken 1.1 en 1.2 een overzicht van het aantal plaatsen 'in exploitatie' op 31 december 2008. Dit zijn alle plaatsen die eind 2008 effectief gebruiksklaar waren.

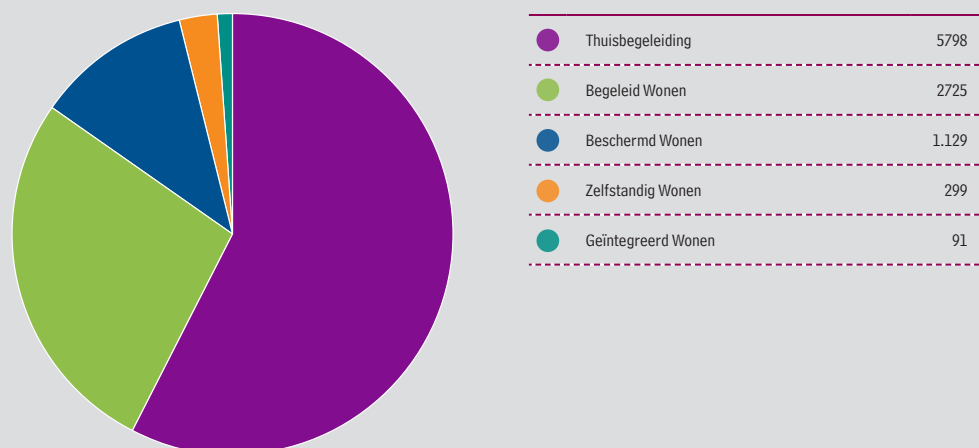
Residentiële zorg

Grafiek 1.1 - Aantal plaatsen in de (semi-)residentiële sector, eind 2008



Ambulante zorg

Grafiek 1.2 - Aantal plaatsen in de ambulante sector, eind 2008



TABEL 2 - UITBREIDINGSBELEID 2008

Internaten	42
Semi-internaten (SI) schoolgaanden	32
Semi-internaten(SI) niet-schoolgaanden	1
Observatie- en behandelingscentra	3
Tehuis niet-werkenden, bezigheid	109
Tehuis niet-werkenden, nursing	84
Tehuis werkenden	7
Kortverblijf	5
Plaatsing in gezinnen	5
Wonen onder begeleiding van een particulier	4
Dagcentra	34
Begeleid Werken	2 (6 personen)
Thuisbegeleiding	296
Begeleid Wonen	147
Beschermd Wonen	55
Zelfstandig Wonen	12
Geïntegreerd Wonen	50
Trajectbegeleiding vanuit begeleid wonen	1.344 begeleidingen
Trajectbegeleiding vanuit thuisbegeleiding	893 begeleidingen

In 2008 zijn in totaal 328 erkende plaatsen bijgekomen in de residentiële sector en 560 in de ambulante sector. Binnen de trajectbegeleiding waren er 2.237 begeleidingen.

De grootste uitbreidingen komen overeen met de grootste noden:

- de tehuizen voor niet-werkenden en de dagcentra in de residentiële sector;
- thuisbegeleiding en begeleid wonen in de ambulante sector;
- invoering van trajectbegeleiding.

1.1.4 Hulpmiddelen

De rechtstreekse bijstand aan individuen is voornamelijk een zaak van Individuele Materiële Bijstand (IMB), die instaat voor het merendeel van de bij het VAPH ingediende zorgvragen. In 2008 waren er 54.094 zorgvragen voor IMB.

TABEL 3 - EVOLUTIE VAN HET AANTAL ZORGVRAGEN WAARAAN GUNSTIG GEVOLG IS GEGEVEN

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
12.290	12.283	14.689	21.513	46.892	44.252	44.697	35.144	42.128	41.087

'Gunstige beslissingen' verwijst naar de hulpmiddelen die werden toegekend.

De 41.087 gunstige beslissingen die in 2008 werden genomen, zijn niet allemaal aanvragen van het jaar 2008: zorgvragen die eind 2007 werden geformuleerd, werden begin 2008 verwerkt.

TABEL 4 - DE MEEST AANGEVRAAGDE HULPMIDDELEN

Mobiliteit (rolstoel, auto)	10.457
Aanpassing woning	6.503
Hulpmiddelen dagelijks leven	5.213
Communicatiemateriaal	4.797
Incontinentiemateriaal	4.575
Til- en verplaatsingssysteem of lifter	447

1.1.5 Het persoonlijke-assistentiebudget

Met een persoonlijke-assistentiebudget (PAB) kan een persoon met een handicap iemand in dienst nemen die hem of haar thuis, op school of op het werk praktische en organisatorische hulp biedt. Het aantal PAB's is niet onbeperkt: het PAB-besluit van de Vlaamse Regering bepaalt hoeveel mensen er maximaal een PAB kunnen genieten in een bepaald jaar.

Toekenningen in het kader van de prioriteiten 2008

Gezien het aantal aanvragen veel groter is dan het aantal toe te kennen budgetten, kan helaas niet aan alle aanvragers een PAB toegekend worden.

Daarom besliste Vlaams minister van Welzijn Steven Vanackere bij ministerieel besluit in 2008 opnieuw voorrang te geven aan de personen met de hoogste ondersteuningsnood. Hij besliste dat de nieuwe persoonlijke-assistentiebudgetten in het kader van het uitbreidingsbeleid 2008 prioritair dienden verdeeld te worden aan:

- **groep 1:** de personen die in 2007 prioritair in aanmerking kwamen voor een PAB maar nog geen PAB kregen;
- **groep 2:** de personen die een PAB-aanvraag indienden en door de deskundigencommissie ingeschaald werden bij de groep personen met functioneringscore V.

Binnen groep 2 wordt allereerst voorrang verleend aan de voorzieningenverlaters. Vervolgens wordt binnen groep 2 gekeken naar de datum van aanvraag. Diegenen die het langst geleden een PAB-aanvraag indienden, hebben voorrang.

Op 8 september 2008 vertrokken 148 beslissingsbrieven naar de personen die behoren tot de eerste prioritaire doelgroep 2008 (restgroep prioritair 2007). Er vertrokken tegen einde 2008 nog 151 beslissingen naar de personen behorend tot de tweede prioritaire doelgroep 2008.

Totaal aantal verstuurd beslissingen op 31/12/2008: 299 beslissingen.

Door de nieuwe toekenningen waren er op 31 december 2008 1.544 actieve PAB-budgethouders.

TABEL 5 - CIJFERS GESTARTE BUDGETHOUDERS OP 31 DECEMBER 2002-2008

31/12/2002	31/12/2003	31/12/2004	31/12/2005	31/12/2006	31/12/2007	31/12/2008
404	608	692	884	1.149	1.279	1.544

Ministerieel Besluit tot beperking van de budgethoogte gedurende het eerste jaar van de aanwending van het PAB

Via een ministerieel besluit besliste minister Vanackere om de budgethoogte van het PAB van de budgethouders die een PAB-toekenning ontvangen vanaf september 2008 (uitgezonderd voor personen die starten via de PAB-spoedprocedure) te beperken tot 80% van de door de deskundigencommissie besliste budgethoogte tijdens de eerste 12 maanden na opstart van het PAB. Na afloop van dit eerste jaar na opstart heeft de budgethouder recht op 100% van de besliste budgethoogte.

Deze regeling werd getroffen om in 2008 en 2009 met de beschikbare middelen een groter aantal personen te laten starten met een PAB. De vaststelling dat nieuwe budgethouders tijdens het eerste jaar na opstart gemiddeld slechts 75% van hun PAB benutten, lag tevens aan de basis van dit ministerieel besluit.



Inhaaloperatie inschalingen

Eind 2008 stonden er 4.556 personen op de wachtlijst voor een PAB. Om een globaal profiel te krijgen van de PAB-wachtenden, werkt het VAPH sinds 2006 aan een inschalingsoperatie. Deze operatie heeft tot doel een beter zicht te krijgen op de aard van de aanvragen en de reële noden aan persoonlijke-assistentiebudgetten. In de loop van 2009 dienen enkel nog de PAB-aanvragers van 2007 opgeroepen worden tot inschaling.

Om te vermijden dat in de toekomst nogmaals moet worden overgegaan tot een dergelijke inhaaloperatie en om een coherent toekenningsbeleid te kunnen uitvoeren, moet bij iedere aanvraag vanaf 1 januari 2008 een inschaling aanwezig zijn.

Toekenningen in het kader van de PAB-spoedprocedure

Voor volwassenen met bepaalde sneldegeneratieve aandoeningen (SDA) is er sinds november 2006 een spoedprocedure voorzien waarbij zij op basis van een medisch attest en inschrijving bij het VAPH onmiddellijk een PAB toegekend krijgen.

Naar aanleiding van een evaluatie van deze spoedprocedure werd in 2008 voorzien in een dergelijke regeling voor kinderen en jongeren van 6 t.e.m. 20 jaar met een neuromusculaire aandoening of een stofwisselingsziekte met een sneldegeneratief karakter.

In 2008 werden in totaal 53 PAB's toegekend aan volwassenen met een SDA. Via de spoedprocedure voor kinderen en jongeren die opgestart is in september 2008 werden 10 PAB's toegekend in 2008.

Wijziging PAB-regelgeving

Met het besluit van de Vlaamse Regering van 18 juli 2008 werden een aantal aanpassingen aan het PAB-besluit goedgekeurd die in werking traden op 1 september 2008. Enkele wijzigingen waren:

- de verplichting aan budgethouders om gebruik te maken van een aparte PAB-rekening om een duidelijker beheer van het PAB-budget mogelijk te maken;
- de versoepeling van de administratieve behandeling van indirecte kosten;
- de mogelijkheid om gebruik te maken van kortverblijf in een rusthuis of RVT;
- uitbreiding PAB-spoedprocedure naar kinderen en jongeren;
- modaliteiten betreffende het toezicht op de naleving van de PAB-regelgeving.



Markante realisaties

1.2.1 Zorgregie

Sinds 2008 draait zorgregie op volle snelheid. Zorgregie is een systeem dat mensen met een handicap zo rechtvaardig mogelijk wil toeleiden naar de beschikbare open plaatsen. In het zorgregiesysteem vinden we vier processen terug. Twee daarvan, de zorgvraagregistratie en de zorgbemiddeling, richten zich rechtstreeks op de persoon met een handicap. Een derde proces, de zorgafstemming, streeft ernaar met de beschikbare middelen het zorgaanbod beter af te stemmen op de vraag. Zorgplanning ten slotte betreft het inzetten van aanvullende middelen om tegemoet te komen aan nieuwe zorgvragen.

Zorgregie: doelstellingen en tools

Zorgregie streeft drie doelstellingen na: een rechtvaardig opnamebeleid, betere afstemming van het aanbod op de vraag, en een gefundeerde zorgplanning. Om die doelstellingen te bereiken heeft het VAPH twee essentiële instrumenten gecreëerd. Een eerste is het regionaal overleg met de verschillende partners, die samen de verantwoordelijkheid dragen voor het toeleiden naar de zorg voor wie dit het meest nodig heeft. Een tweede tool is het opzetten van een geïntegreerde databank die toelaat beter te rapporteren, maar die vooral ook het toeleidingsproces transparanter moet maken.

Centrale registratie van zorgvragen

De CRZ-databank (centrale registratie zorgvragen) van het VAPH is operationeel geworden begin 2009. Hierin zullen alle zorgvragen centraal worden bijgehouden. Dit is een radicale vernieuwing: stafmedewerkers krijgen dankzij deze gegevens een precies beeld van de behoeften per provincie. Door het koppelen van deze gegevens aan de opvolging van de cliënten (cliëntregistratie, opvolgen van personen die nu al zorg krijgen) en zorgvragers (zorgvraagregistratie, personen die voor het eerst zorg vragen of cliënten die een nieuwe vraag formuleren), wordt zichtbaar hoe mensen het bestaande zorg- en ondersteuningsaanbod gebruiken of willen gebruiken en waar er lacunes zijn of kunnen ontstaan.

Zo vragen bijvoorbeeld heel wat gebruikers van dagcentra naar opname in tehuizen. Wanneer deze gebruikers daarnaar kunnen doorstromen, ontstaan ongeveer voldoende open plaatsen om mensen die momenteel geen enkele zorg ontvangen, een plaats te geven in dagcentra. Het is mogelijk veel preciezer te plannen door met de combinatie van deze beide gegevens rekening te houden.

Meer objectiviteit en transparantie

De databankgegevens zijn ook op regionaal niveau van groot belang. In elke provincie zullen voorzieningen, gebruikers en verwijzers samen verantwoordelijkheid dragen om aan te geven waar plaatsen moeten bijkomen, plaatsen van type moeten veranderen en voorzieningen zich zouden moeten richten op andere doelgroepen (zorgafstemming). Dit overleg tussen de betrokken partijen verloopt in het Regionaal Overlegnetwerk voor de Gehandicaptenzorg (ROG), waarin gebruikersverenigingen, verwijzers, diensten en voorzieningen zijn vertegenwoordigd.

Gebruikers krijgen dus een grote kans om invloed uit te oefenen op het beleid door in overleg mee te bepalen waar de middelen worden ingezet. Dat impliceert eveneens dat hun

vertegenwoordigers in de ROG's op een integere manier de belangen van alle gebruikers verdedigen.

Dringendheid van zorgvraag bepalen

De noden inschatten en eraan tegemoetkomen is één ding. Bij voorrang aan de mensen met de grootste nood een oplossing bieden is een andere zaak. Zolang er onvoldoende plaatsen zijn om iedereen onmiddellijk tevreden te stellen, moeten er keuzes gemaakt worden, zelfs al vindt iedereen dat dit eigenlijk niet het geval zou mogen zijn.

Ook hier zal een gezamenlijke verantwoordelijkheid spelen. De partners in de zorgregie moeten er samen op toezien dat wie meest nood heeft aan een snelle opname, zoveel mogelijk voorrang krijgt. Voorzieningen, gebruikers, verwijzers, provincies en ambtenaren van het VAPH moeten regelmatig rond de tafel gaan zitten om samen een oplossing te zoeken voor mensen die al te lang hebben moeten wachten. In combinatie met het uitbreidingsbeleid en de zorgafstemming, moet dat ervoor zorgen dat iedereen uiteindelijk terechtkomt waar hij of zij thuishoort, en dat het liefst zo snel mogelijk.

CRZ in een notendop voor onze gebruikers

Met een heldere en toegankelijke brochure, verstuurd naar alle gebruikers, heeft het VAPH het belang van de centrale registratie van zorgvragen geschetst, het nieuwe begrip dat de vroegere 'wachtrij' vervangt. Ze komen erin te weten dat CRZ een zo rechtvaardig mogelijke toewijzing van de opvang of begeleiding beoogt. De voorrang moet gaan naar mensen met de dringendste en zwaarste noden: de essentie van het solidariteitsprincipe. Dat kan enkel door een juiste en efficiënte registratie: daarom zullen de erkende multidisciplinaire teams (MDT's) urgentiecodes toekennen of aanpassen die een objectieve verdeling van de middelen mogelijk maken. De brochure geeft ook zicht aan de rol van de contactpersoon en de provinciale coördinatiepunten. Wie een klacht wil formuleren over de dienstverlening van de contactpersoon of de toekenning van de urgentiecode, wordt verwezen naar de klachtendienst van het VAPH.



TABEL 6 - AANTAL PERSONEN MET EEN DRINGENDE ACTIEVE ZORGVRAAG (UC 1 & 2), PREFERENTIE 1 PER ZORGVORM, TELKENS OP 31 DECEMBER VAN HET VERMELDE JAAR

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dagcentrum	341	572	669	687	720	753	813	1074
Semi-internaat	30	151	239	224	271	377	447	550
Dagcentrum / begeleid werken	21	59	88	111	147	160	186	273
Semi-internaat voor niet-schoolgaanden	23	48	47	50	39	43	57	74
Beschermd wonen	124	226	263	336	405	387	458	582
Tehuis niet-werkenden, gewoon stelsel	430	791	956	912	1.093	1.124	1.247	1.440
Begeleid wonen	499	799	768	855	964	1.040	1.273	1.510
Tehuis niet-werkenden, nursing	216	446	532	610	654	657	687	814
Tehuis werkenden	96	206	188	221	247	248	275	330
Internaat	103	232	344	469	538	651	818	1.047
Thuisbegeleiding	9	1.001	1.348	1.734	1.925	2.338	2.625	2.863
Zelfstandig wonen	34	81	78	101	114	120	119	153
Gezinsplaatsing WOP	17	28	26	20	25	27	44	50
OBC	4	11	29	66	81	129	127	121
Gezinsplaatsing (gewoon stelsel)	8	20	45	40	52	52	77	72
Totaal	1.944	4.638	5.560	6.348	7.165	7.985	9.137	10.785

TABEL 7 - AANTAL PERSONEN VAN WIE DE VRAAG, PREFERENTIE 1, AFGESLOTEN WERD IN HET VERMELDE JAARTAL PER ZORGVORM

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dagcentrum	182	256	380	442	421	443	480	397
Semi-internaat	34	105	262	336	287	420	512	501
Dagcentrum / begeleid werken	6	15	38	54	55	65	121	110
Semi-internaat voor niet-schoolgaanden	14	28	67	61	54	61	83	94
Beschermd wonen	52	72	150	174	194	200	175	166
Tehuis niet-werkenden, gewoon stelsel	174	208	370	341	300	329	393	345
Begeleid wonen	250	369	594	508	487	501	503	472
Tehuis niet-werkenden, nursing	83	121	196	193	227	247	287	252
Tehuis werkenden	62	74	131	96	113	116	107	109
Internaat	78	257	416	457	501	635	826	772
Thuisbegeleiding	2	29	1.038	1.018	1.173	1.398	1.905	1.805
Zelfstandig wonen	4	31	33	36	39	56	95	48
Gezinsplaatsing WOP	7	9	21	33	16	23	22	26
OBC	5	7	48	58	75	144	168	161
Gezinsplaatsing (gewoon stelsel)	5	6	29	53	47	77	75	65
Totaal	946	1.567	3.714	3.786	3.906	4.597	5.621	5.216

1.2.2 Zorgvernieuwing in 2008

Meerjarenanalyse als sterke basis

In 2008 voerde het VAPH een grondige en wetenschappelijke onderbouwde meerjarenanalyse uit over de periode 2003-2008. Deze analyse vormt een solide basis voor het meerjarenplan 2009-2014 dat een antwoord moet bieden op de grote uitdagingen die op ons afkomen. Vanuit de optiek van de zorgvernieuwing staan hierin drie hefboomen (zie kaderstuk) centraal: het voortraject waarin de vraag van de persoon met een handicap wordt verduidelijkt, de persoonsgebonden financiering, en de deregulering bij de zorgaanbieders. In 2008 en de voorbije jaren werden al aanzetten in deze richting gegeven. De omslagbeweging zal echter heel geleidelijk en stapsgewijs gebeuren via diverse proefprojecten.

Experiment met de persoonsgebonden financiering

De meest in het oog springende realisatie in 2008 op het gebied van zorgvernieuwing is het experiment met het persoonsgebonden budget (PGB). Het experiment ging van start in het voorjaar van 2008. Het budget is voldoende hoog om na afloop ervan in 2010 beleidsconclusies te kunnen trekken. Mensen die al meer dan drie jaar op de CRZ stonden, kregen voorrang om te participeren, net als mensen die een PAB aanvroegen vóór 2005 en mensen die al in een residentiële voorziening zijn opgenomen.

In het experiment staan de drie hefboomen voor de zorgvernieuwing duidelijk centraal. Dit betekent dat de deelnemers een grote vrije keuze hebben om zelf te beslissen welke ondersteuning ze waar en wanneer inkopen.

Vóór het eigenlijke experiment in september 2008 van start ging, werd een voorstudie uitgevoerd om het referentiekader voor het PGB-experiment uit te tekenen. In deze voorstudie werden PGB-toepassingen in andere landen zoals Nederland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk bestudeerd. Op basis hiervan hebben wetenschappers voorstellen geformuleerd voor PGB-toepassingen in Vlaanderen, rekening houdend met de staatsstructuur en de bevoegdheden van de verschillende beleidsdomeinen.

In de voorbereidende fase werd veel aandacht besteed aan vraagverheldering. Met vraagverheldering bedoelt men de persoonlijke doelstellingen die een persoon met een handicap in zijn leven wil realiseren en de ondersteuning die hij daarvoor nodig heeft.

Drie hefboomen in de zorgvernieuwing

De laatste decennia is de visie op de wijze waarop een samenleving de ondersteuning voor personen met een handicap uitbouwt, heel sterk geëvolueerd. Waar vroeger het accent werd gelegd op de ontwikkeling van een persoon met een handicap, teneinde beter te kunnen participeren aan de samenleving, wordt de problematiek nu opgevat als een sociaal-maatschappelijke probleemstelling.

Het beleid is er nu eerder op gericht dat personen met een handicap zoveel mogelijk zelfbeschikking krijgen en dat ze zoveel als mogelijk kunnen participeren in de samenleving op de verschillende levensdomeinen zoals wonen, werken en onderwijs om zo een kwaliteitsvoller leven te kunnen leiden.

Om dat mogelijk te maken, zijn drie hefboomen noodzakelijk:

- zorgverstrekkers dienen in een voortraject de vraag van een persoon met een handicap te verhelderen, wat uitmondt in een individueel ondersteuningsplan;
- persoonsgebonden financiering;
- de zorgaanbieders dienen meer vrijheid te krijgen (deregulering).

De operationalisering van deze drie hefboomen impliceert een drastische herstructurering van de ondersteuning van de persoon met een handicap. Daarom moet dit geleidelijk en weloverwogen gebeuren, met proefprojecten die nieuwe inzichten opleveren.

Ook het uit de studie zorggradatie nieuw ontwikkeld inschalingsinstrument, dat de aard en de intensiteit van de ondersteuningsnood van personen met een handicap differentieel en objectief in beeld brengt, werd gebruikt. Dit inschalingsinstrument werd ontwikkeld in samenwerking met het middenveld.

Het PGB-experiment wordt geflankeerd door wetenschappelijk onderzoek, om op het einde van het experiment wetenschappelijk en methodologisch correct onderbouwde conclusies en aanbevelingen te kunnen voorleggen aan de minister en het Vlaams Parlement.

Overbruggingszorg en convenantenregeling

Via een 'heroverweging' kunnen residentiële en semi-residentiële zorgvormen omgezet worden in ambulante begeleidingen en dankzij overbruggingszorg kunnen voorzieningen al ondersteuning bieden aan personen met een handicap in afwachting dat de noodzakelijke infrastructuur ter beschikking komt.

Momenteel krijgen 18 voorzieningen overbruggingszorg die voor 157 personen wordt ingezet. Heroverweging wordt vooral gebruikt voor het aanbieden van ambulante begeleidingen in (semi-)internaten en dagcentra. Dit systeem van convenanten biedt mogelijkheden om zorgvernieuwend te werken. In 2008 gebeurde een onderzoek om na te gaan welke opportuniteiten, maar ook welke problemen zich stellen met de convenantenregeling.



Geïntegreerde woonvormen

Naast beschermd wonen, waarbij personen met een handicap ongeveer een zestal uur per week ambulante woonondersteuning krijgen, werd de laatste jaren gestart met geïntegreerd wonen. Binnen deze vorm van wonen met ambulante ondersteuning kan veel intensiever ondersteuning geboden worden. Het doorschuiven van residenten van het 'klassieke' tehuis naar de formule van beschermd of geïntegreerd wonen heeft vooral voordelen voor de personen met een handicap. Deze voordelen zijn met name een grotere zelfsturing, meer integratie in het dorp, de gemeente, de stadswijk, meer autonomie op het vlak van wonen en leven. Tegelijk komen de iets duurdere plaatsen in het tehuis ter beschikking van personen met een handicap met een grotere ondersteuningsnood. Kenmerkend voor deze ondersteuningsvorm is dat het onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds leef- en woonkosten, waarvoor de persoon met een handicap zelf dient in te staan, en anderzijds ondersteuningskosten, die de overheid mee financiert. Vanaf 2007 is deze

formule van geïntegreerd wonen ook mogelijk gemaakt voor personen met een handicap uit de nursingtehuizen en voor de doelgroep met een zwaardere ondersteuningsnood in de bezigheidstehuizen. Het verschil tussen geïntegreerd wonen en beschermd wonen schuilt hoofdzakelijk in de hogere personeelsomkadering en werkingsmiddelen. Eind 2008 telt Vlaanderen 1.129 plaatsen 'beschermd wonen' en 66 plaatsen 'geïntegreerd wonen'.

Studie zorggradatie

Tijdens de studie zorggradatie werden 17.000 cliënten uit voorzieningen met volwassen personen met een handicap ingeschaald in 10 woonmodules en 6 dagbestedingsmodules, waardooreennieuw schalingsinstrument kon worden ontwikkeld, dat de ondersteuningsnood veel differentiëler in kaart brengt dan voorheen mogelijk was, uitgedrukt in parameters van begeleidingsintensiteit en dag- en nachtpermanentie. Dit instrument bevindt zich nu in testfase en werd reeds ingezet in het PGB-experiment. Doel van de studie zorggradatie was nagaan hoe het huidige ondersteuningsaanbod beter zou worden afgestemd op de individuele noden van de zorgvragers (via een betere modulering van het aanbod) en de personeelsomkadering in de voorzieningen beter af te stemmen op de reële zorgzwaarte van hun cliënten. In dat verband vond een theoretische simulatie van de personeelsomkadering plaats, waarvan de resultaten sectorbreed werden gecommuniceerd. Elke voorziening werd individueel geïnformeerd over zijn eigen situatie ten opzichte van het gemiddelde van de sector en ten opzichte van de streefcijfers.

Bedoeling is dat voorzieningen die relatief 'overomkaderd' zijn, via hun opnamebeleid dichter bij het gemiddelde komen, zonder dat dit enige weerslag heeft op de werkzekerheid binnen de voorziening. De extreem onderomkaderde voorzieningen zouden een bonus moeten krijgen.

De resultaten van de studie zorggradatie kunnen nu ook worden aangewend om – in overleg met de sector – de reële kostprijs van de zorg in natura, zoals aangeboden door de VAPH-voorzieningen, te berekenen en zo bij te dragen tot een nieuw, alternatief financieringssysteem voor het huidige dagprijssysteem.

1.2.3 Tevredenheidsonderzoek

Al sinds 2001 laat het VAPH tevredenheidsonderzoeken over zijn werking uitvoeren, zowel bij de klanten, de voorzieningen als het eigen personeel. Zo wordt het imago van het VAPH bij klanten, professionals en eigen personeel in kaart gebracht. Dankzij die gegevens kan het agentschap effectieve verbeteracties organiseren. Elk jaar staat een andere doelgroep in de kijker. In 2008 werd de doelgroep 'voorzieningen', de betrokken instellingen in de zorgsector, bevraagd.

**Het imago van het VAPH
bij de voorzieningen is
uitstekend**

Voorzieningen onder de loep

Hoe kijkt men bij de voorzieningen aan tegen de dienstverlening van het VAPH? Drie op vier contactpersonen van de voorzieningen hebben meer dan zes jaar ervaring met het VAPH. De algemene tevredenheid is zeer groot: 95% van de contactpersonen is tevreden, 35% zelfs uitgesproken tevreden over de dienstverlening van het agentschap. Dit is een stijging met 51%.

Ook het imago van het VAPH bij de voorzieningen is uitstekend, evenals het vertrouwen dat het bij hen geniet.

Welke verbeterpunten vinden we terug in de enquêteresultaten?

- Het vereenvoudigen van regels en procedures is een aandachtspunt. Klanten vinden de huidige procedures complex. Een duidelijk en overzichtelijk procedure handboek waarin al de diensten zijn opgenomen, zou handig kunnen zijn.
- De kwaliteit van de informatie van het VAPH valt nog te verbeteren. Er is met name nood aan eenduidige, op elkaar afgestemde informatie, over de verschillende diensten heen. Een procedurehandboek kan hier opnieuw een hulpmiddel zijn, net als het optimaliseren van de website.
- De gebruiksvriendelijkheid van de webapplicaties en softwaremodules blijft een aandachtspunt.
- Er is duidelijke vraag naar het opvoeren van snelheid van beslissingen over erkenningen. Ook de tijdige uitbetaling van voorschotten en afrekeningen kan vlotter.



1.2.4 Internationale ontwikkelingen en inclusief beleid

Disability Action Plan in de Raad van Europa

De Raad van Europa staat de landen bij in hun politieke en constitutionele hervormingen en biedt knowhow aan in domeinen zoals mensenrechten, lokale democratie, onderwijs, cultuur en leefmilieu. Vlaanderen is betrokken bij verschillende aspecten van de werking van de Raad van Europa.

Zo zijn ambtenaren van het VAPH actief in comités van de Raad van Europa en hebben ze mee de schouders gezet onder het Disability Action Plan (DAP), een actieplan dat de periode 2006-2015 viseert.

Het opgestelde actieplan ambieert “de rechten en de volledige participatie van personen met een beperking in de samenleving te bevorderen en te streven naar een betere kwaliteit van leven voor hen in Europa voor de periode 2006-2015”.

Universal design en mainstreamingbeleid

Het VAPH was vanaf 2004 vertegenwoordigd in de expertencel van de Raad van Europa over universal design (UD). Dit resulteerde in de loop van 2007 in een erg belangrijke resolutietekst ter zake die op 12 december 2007 door het Comité van Ministers van de Raad van Europa werd aangenomen: 'Achieving full participation through Universal Design'.

Het belang van deze resolutietekst valt geenszins te onderschatten: de tekst onderstreept nogmaals dat een mainstreamingbeleid of inclusief beleid en het accepteren en invoeren van de zeven principes die ten grondslag liggen aan het UD-denken, essentieel zijn bij het voeren van een gehandicaptenbeleid.

De VN-conventie inzake de rechten van personen met een handicap

Op het niveau van de Verenigde Naties ondertekende België op 30 maart 2007 de VN-conventie inzake de rechten van personen met een handicap, met inbegrip van het bijbehorende facultatief protocol. Het VAPH droeg bij tot de correcte vertaling van dit verdrag naar het Nederlands.

Gelijke rechten

De conventie heeft als basisgedachte dat personen met een handicap volwaardige mensen met gelijke rechten zijn. De conventie wil ervoor zorgen dat personen met een handicap het volledig en gelijk genot hebben van alle mensenrechten. De conventie creëert echter geen nieuwe rechten vermits de rechten van personen met een handicap al vastgelegd zijn in algemene mensenrechtenverdragen. De conventie preciseert wel een aantal rechten en het verbod op discriminatie in een aantal domeinen.

Maatregelen

Er worden onder meer maatregelen voorzien op het gebied van de toegankelijkheid van gebouwen en diensten, de bescherming van kinderen met een handicap, het recht op gezondheidszorg en revalidatie, discriminatie op de werkvloer, het recht op eigendom en toegang tot financiële diensten, het recht op een aangepaste levensstandaard, sociale bescherming, het recht op privacy en toegang tot medische gegevens en het recht op evenwaardige deelneming aan het cultureel leven. Hiervoor is een aangepaste wetgeving nodig en ook de nodige budgettaire middelen.

Toepassingscode

De conventie werkt in detail de rechten van personen met een handicap uit en stelt een code op voor de toepassing ervan. De verdragsluitende staten engageren zich om hun beleid, hun wetten en administratieve maatregelen af te stemmen op de bescherming van die rechten en om alle vormen van discriminatie uit te sluiten. De staten strijden tegen allerlei vooroordelen en bevorderen het bewustzijn voor de mogelijkheden van personen met een handicap.

Netwerking

Het VAPH nam opnieuw het voortouw bij het geregeld overleg tussen hoge ambtenaren van alle Belgische administraties met handicapbevoegdheid. Daarnaast bouwde het VAPH aan contacten en investeerde het in netwerkvorming via Vleva - het Vlaams-Europees Verbindingsagentschap - en door deelname aan internationale en Europese studiedagen en congressen.

Realisaties op het gebied van inclusief beleid

- Het VAPH droeg inhoudelijk verder bij tot de begin 2007 door de Vlaamse Regering goedgekeurde conceptnota over 'leerzorg' als nieuw beleidskader voor het leerplichtonderwijs (het lager en het secundair onderwijs).

In het najaar werden de besprekingen ter zake heropgestart met de bedoeling om een decretale basis voor het leerzorgkader te leggen. Enerzijds werd een stuurgroep opgericht inzake indicatie- en diagnosestelling in het kader van leerzorg; anderzijds werd een stuurgroep opgericht over de planning van het buitengewoon onderwijs. Het VAPH is in beide stuurgroepen vertegenwoordigd.

- Het VAPH was verder betrokken bij de inhoudelijke opvolging en aansturing van het VEHHO (dit is het Vlaams Expertisecentrum voor Handicap Hoger Onderwijs als tijdelijk erkend project door de Vlaamse minister van Onderwijs en Vorming).
- Daarnaast droeg het VAPH als lid van de COMMIHOSFU (commissie hoger onderwijs voor studenten met functiebeperkingen) binnen de VLOR (dit is de Vlaamse Onderwijsraad) inhoudelijk bij tot twee adviezen van de VLOR betreffende het hoger onderwijs: enerzijds over de financiering van de werking van hogescholen en universiteiten, anderzijds over de registratie van studenten met een functiebeperking.



- Het VAPH leverde ook een inhoudelijke bijdrage tot de ontwikkeling van een specifiek toegankelijkheidslabel voor de door Toerisme Vlaanderen erkende logiessector in Vlaanderen (label voor toegankelijk toerisme).
- Vlaanderen ondertekende ook mee het protocol¹ inzake het begrip 'redelijke aanpassingen'. De impact van dit protocol voor het Vlaamse beleid inzake personen met een handicap valt volgens het VAPH geenszins te onderschatten en houdt ook nieuwe engagementen in om dit beleid te schoeien op een inclusieve leest.

¹Protocol tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, het Waals Gewest, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ten gunste van personen met een handicap, Belgisch Staatsblad, 20 september 2007.



2 De toekomst



Meerjarenanalyse 2010–2014

Een meerjarenanalyse helpt waardevolle bakens voor toekomstige actie uit te zetten. Zo was de vorige meerjarenanalyse 2003-2007 geen papieren tijger, maar een goed richtsnoer voor het uitbreidingsbeleid in de periode 2005-2009. Vooruitkijken en vooruitplannen is altijd nuttig, maar voor personen met een handicap absoluut nodig. Ze vormen een prioritaire doelgroep wat zorgverlening en integratie in het maatschappelijke leven betreft.

Doordachte toekomstplanning krijgt ook steun vanuit het Rekenhof. In een uitgebreid rapport in 2004 kwam de Nederlandstalige kamer van het Rekenhof tot de conclusie dat kwantitatieve doestellingen inzake de op termijn te bereiken ondersteuningsgraad noodzakelijk waren, zeg maar een standaardelement zijn van goed bestuur².

2003-2007

Welke zijn de effectieve resultaten die het VAPH kan boeken met een meerjarenanalyse, welke zijn de beperkingen en wat dient aangepast? Drie grote besluiten tekenden zich af met betrekking tot deze vorige meerjarenanalyse 2003-2007. Na een opsomming ervan, wordt er daarna wat dieper op ingegaan.

1. De meerjarenanalyse 2003-2007 heeft een beslissende impact gehad op het gevoerde uitbreidingsbeleid in termen van budgettaire mogelijkheden en effectieve realisaties.
2. De dynamiek van de sector is sterker dan aanvankelijk ingeschat. In de nieuwe meerjarenanalyse moet er een meer uitgebreide omgevingsanalyse komen met grotere aandacht voor de verworvenheden van de zorgvernieuwing.
3. De planningsperiode moet zoveel mogelijk afgestemd worden of samenvallen met de regeerperiode.

De effectieve realisaties moeten mede gezien worden in termen van budgettaire mogelijkheden. Voor de lopende periode 2004-2009 komt dit neer op een stijging van de beleidskredieten van 296,4 miljoen euro op 5 jaar of een stijging met 37%. Dit geeft een jaarlijkse gemiddelde budgetverhoging van 59,3 miljoen euro.

**Vooruitkijken en plannen
is voor personen met een
handicap absoluut nodig**

Resultaten

Het meest sprekend zijn ten slotte het aantal effectief bereikte personen met een handicap. Hoeveel personen kregen in die periode meer ondersteuning?

De aangepaste en tot 2008 uitgebreide meerjarenanalyse voorzag in een capaciteitsuitbreiding van 5.443 plaatsen. In werkelijkheid kwamen er 6.203 plaatsen bij in alle voorzieningen. De realisatiegraad bedroeg 96,8% in de residentiële sector en 126,25% in de ambulante sector. Per jaar werd een uitbreiding van de voorzieningen geboekt van 1.034 eenheden.

Daarenboven moet de ondersteuning via het instrument van de persoonlijke-assistentiebudgetten (PAB) daar nog aan toegevoegd worden. Het gaat hier om 1.533 ondersteunde budgethouders in 2008. Voor de periode 2003-2009 komt dit neer op een jaarlijkse toename van ± 255 nieuwe budgethouders.

² Rekenhof: Afstemming van het zorgaanbod op de Vlaamse beleidsdoestellingen. Brussel, 7 juni 2004.

De niet-realiserende van het voorziene aantal budgethouders is geen gevolg van budgettaire beperkingen, maar wel van het verlenen van absolute voorrang aan de hoogste PAB-budgetten, dus aan personen met de hoogste ondersteuningsnood.

Er is nog een derde sluitstuk van het uitbreidingsbeleid dat verre van een te verwaarlozen element van ondersteuning betreft: de 'individuele materiële bijstand' (IMB). Het gaat hier om ondersteuning via aanzienlijke financiële tussenkomsten bij het ter beschikking stellen van materiële hulpmiddelen aan de personen met een handicap (aanpassingen woning, auto, communicatie, enzovoorts). We spreken over een jaarlijks budget van ongeveer 30 miljoen euro. Het aantal ondersteunde personen steeg van 3.300 (in 2003) naar 15.373 (in 2007). Deze zeer belangrijke uitbreiding kan echter zo maar niet bijgeteld worden bij de uitbreidingen van de zorgvoorzieningen en de persoonlijke-assistentiebudgetten omdat er overlappingen mogelijk zijn tussen de diverse ondersteuningsvormen.

Al bij al kan er zonder enige overdrijving gesproken worden over een forse groei van de ondersteuningscapaciteit in de periode 2003-2009, die in bepaalde gevallen zelfs groter dan voorzien was in de eerste meerjarenanalyse 2003-2007.



Steeds meer zorgvragen

Externe demografische, medische, sociologische of institutionele factoren hebben op een of andere manier een weerslag op de ondersteuningsvraag van personen met een handicap in Vlaanderen en zijn dus mede verantwoordelijk voor de stijging van het aantal zorgvragen.

De medisch-diagnostische en technologische verbeteringen verhogen de levenskansen, maar gaan in een aantal gevallen ook gepaard met blijvende beperkingen van fysieke en/of mentale aard.

Institutionele factoren zoals een ruimere interpretatie van het begrip 'handicap' komen zowel voor bij de evolutie van het aantal personen dat recht heeft op een inkomensvervangende tegemoetkoming, als bij de aangroei van leerlingen in het buitengewoon onderwijs.

Grote verschillen inzake financiering, omkadering en persoonlijke bijdrage van voorzieningen uit belendende gezondheids- en welzijnsvoorzieningen en deze erkend en gesubsidieerd door het VAPH, doen de druk voor inschrijving bij het VAPH behoorlijk stijgen (sluipende besluitvorming).

Ten slotte vormen de verhoogde participatiegraad aan het arbeidsproces en de verdunde gezinssamenstelling een verkleind draagvlak voor een intense mantelzorgwerking, waardoor steeds meer mensen met vragen naar ondersteuning bij het VAPH komen aankloppen. Alhoewel deze groeifactoren niet perfect kwantificeerbaar zijn, kunnen ze toch niet genegeerd worden in een meerjarenanalyse voor de uitbouw van voorzieningen in de sector personen met een handicap. De komende 10 jaar is het cumulatief effect hiervan niet te verwaarlozen

Meerjarenanalyse 2010–2014

De nieuwe meerjarenanalyse sluit beter aan op de periode van de beleidscyclus, wat voordelig is gezien het belang van budgettaire en politieke aspecten. Deze nieuwe analyse is geen extrapolatie van de vroegere tendensen. De opmaak van een nieuwe meerjarenanalyse houdt rekening met inzichten uit de analyse van de profielen van de gebruikers van voorzieningen, evenals vanuit de profielen van de CRZ-ingeschrevenen. Ze gaat evenmin voorbij aan de eerste ervaringen met zorgvernieuwingsinitiatieven, terwijl ze vertrekt van een bredere omgevingsanalyse.

Welke instroom kunnen we verwachten?

De analyses leveren volgende verwachtingen op.

- Een verdere toename van het aantal vragen, ook bij kinderen.
- Een moeilijke doorstroom:
 - van ondersteuning voor minderjarigen naar ondersteuning voor meerderjarigen;
 - van dagbesteding naar woonondersteuning.
- Een beperkte uitstroom die zeker nog 10 jaar zal aanhouden bij de voorzieningen van volwassen personen met een handicap door de hogere levensverwachting.

De systematische uitgebouwde opvang en ondersteuning van kinderen met een handicap vragen nu hun vertaling in aangepaste volwassen ondersteuningsvormen die zich niet spreiden over 20 maar over meer dan 40 jaar. Een groeiscenario voor de 10 komende jaren is zeker nodig.

Lessen uit de zorgvernieuwing

Naar een meerjarenanalyse toe heeft de zorgvernieuwingsgedachte veeleer een kwalitatieve dan kwantitatieve weerslag. Het gaat niet in de eerste plaats om meer maar om andere vormen van ondersteuning aan personen met een handicap.

Gemeenschappelijk aan de nieuwe zorgvormen zijn de verhoogde mogelijkheid voor zelfsturing door de personen met een handicap, het streven naar een hogere levenskwaliteit en het streven naar een verhoogde participatie in de samenleving. En ook deregulering, waardoor zorgaanbieders flexibeler en meer op maat ondersteuning kunnen aanbieden.

De zorgvernieuwingsinitiatieven zoals ze nu in de sector gekend zijn, leunen op een bepaalde manier nauw aan bij nieuwere vormen van erkende voorzieningen zoals thuisbegeleiding, partieel gebruik van dagcentra, diverse vormen van begeleid wonen.

Uit de gebruikersanalyse weten wij dat deze initiatieven een groot succes hebben door de flexibiliteit die zij toelaten aan de persoon met een handicap voor het organiseren van zijn leven.

Gedurende de vorige jaren is er zowel gebouwd aan een grotere flexibiliteit van het voorzieningsapparaat als aan nieuwe ondersteuningsvormen zoals het PAB waarmee men zelf, met een eigen budget, assistenten kan aanwerven voor de ondersteuning in de thuissituatie.

Beide ontwikkelingen spelen zeker een rol in de explosieve groei van het aantal personen met een handicap op de CRZ (Centrale Registratie Zorgvragen).



Rol van de CRZ in de nieuwe meerjarenanalyse

Bij de behandeling van een nieuwe meerjarenanalyse is het vanzelfsprekend dat er ook rekening gehouden wordt met de CRZ-lijsten.

De zeer sterke en blijvende aangroei van zorgvragen voor een of andere vorm van ondersteuning door het VAPH, illustreren de reeds vroeger geschetste dynamiek, zowel van de sector als de dynamiek van de zorgregistratie op zich. Deze dynamiek is het gevolg van betere registratietechnieken. De CRZ laat na analyse van wat haar kwantitatief karakter betreft, niet toe eenvoudige conclusies te trekken.

Qua verscheidenheid in de ondersteuningsvraag sporen de CRZ-gegevens goed samen met de besluiten die getrokken worden uit de analyse van de gebruikersprofielen (zeer grote aangroei van thuisbegeleiding en alle vormen van woonondersteuning). Qua succeswaarde heeft het instrument zijn goede werking bewezen. Op 5 jaar tijd is het aantal opgeloste vragen met 158% gestegen.

Opmerkelijk is ook dat ongeveer 40% van de zorgvragers nu al een of andere vorm van ondersteuning van het VAPH geniet, maar iets meer of iets anders vraagt.

Uiteraard is het ook zo dat elke verbetering in het ondersteuningsaanbod (beter maatwerk) nieuwe aanvragers (versneld) aantrekt.

Ten slotte zoeken personen op wachtlijsten in belendende sectoren een uitweg via het VAPH in de hoop daar sneller en beter geholpen te worden. Hoe dan ook, de CRZ laat er geen twijfel over bestaan dat de nood aan bijkomende ondersteuning nog jarenlang zal moeten worden volgehouden.



Zorgregie

Prioriteiten stellen

Alle indicatoren wijzen erop dat de zorgvraag zal blijven stijgen, wat duidelijk blijkt uit onze meerjarenanalyse. Tegen de actuele, moeilijke economische achtergrond, betekent dit dat er meer vragen op ons afkomen dan de diensten en voorzieningen met hun huidige capaciteit aankunnen. Dat geldt ook voor het PAB. Het beleid zal dus of nog meer moeten prioriteren of meer middelen voorzien of creatievere ondersteuningsvormen bedenken. Bij dat laatste wordt dan nagedacht over hoe je meer kan halen uit de bestaande middelen. Dit door bijvoorbeeld in te zetten op betere preventie, een goede persoonlijke toekomstplanning voor personen met een handicap, of in thuisbegeleiding of begeleid wonen.

Zorgbemiddeling en contactpersonen

Zorgbemiddeling, een van de sturende processen in de zorgregie, sluit aan op de noodzaak te prioriteren en zal verder worden uitgebouwd. Doel is met de beschikbare middelen zoveel mogelijk personen het aanbod te bieden dat past bij hun zorgvraag. De meest behartenswaardige situaties dienen eerst te worden geholpen.

Na de registratie van een zorgvraag in de CRZ-databank, start een proces tussen de contactpersoon en de mogelijk opnemende voorzieningen. Hierin vinden een aantal formele bemiddelingsvergaderingen plaats, waarin met name gevallen aan bod komen waarvoor

Doel van de zorgregie is met de beschikbare middelen zoveel mogelijk personen een aanbod bieden

de normale in- en uitstroom niet blijkt te werken. In dergelijke vergaderingen kunnen personen met een handicap het statuut 'knelpunt dossier' krijgen, wat hen prioriteit geeft op de CRZ. Zo weten de voorzieningen dat deze personen prioritair naar een aanbod moeten worden toegeleid. De prioriteiten worden bepaald door de contactpersoon die zijn dossiers voorstelt

op de zorgbemiddelingsvergadering en door de urgentiecode die de dringendheid van een vraag weergeeft. Het is de bedoeling in de toekomst de groep mensen die het meeste zorg nodig heeft, nog beter te kunnen definiëren.

Zorgbemiddeling is in hoge mate een intermenselijk proces. In de CRZ-databank worden de zorgvragen geregistreerd en maken de voorzieningen hun open plaatsen bekend. De contactpersoon zal de zorgvragers opgeven die hiervoor in aanmerking komen. Dan gaan de contactpersoon, de zorgvrager en de voorziening een dialoog aan om te bekijken of het aanbod past bij de vraag. Vanuit het VAPH is er per provincie een coördinator zorgregie aanwezig op zorgbemiddelings- en planningsvergaderingen. In de planningsvergaderingen wordt bekeken hoe de zorg moet worden georganiseerd in de komende jaren en waar het uitbreidingsbeleid bij voorkeur moet terechtkomen.

Verdere uitbouw van opvang voor noodsituaties

Momenteel bestaan er twee basiscriteria voor prioriteitstelling: de urgentiecode en de wachttijd. Die bieden echter geen oplossing voor mensen die plots in een onvoorziene, uiterst dringende situatie terechtkomen. Om daaraan tegemoet te komen, werd het 'protocol noodsituatie' ontwikkeld. Daarin kunnen mensen zes tot tien weken ondersteuning genieten, los van de bestaande capaciteit van de voorziening of dienst. Deze ondersteuning kan zowel ambulante zijn, semi-residentieel, residentieel of een combinatie van deze vormen.

Hiervoor is een procedure uitgewerkt waarbij de contactpersoon een aanvraag kan doen bij het VAPH om de nodige middelen te bekomen. In elke regio wordt ook opgesteld welke voorzieningen een dergelijk aanbod kunnen formuleren. Wanneer na tien weken geen oplossing is gevonden, is het mogelijk zeer snel de status 'knelpunt dossier' toe te kennen, wat prioriteit geeft op de CRZ.

Voorbeeld is een persoon van middelbare leeftijd met verstandelijke handicap die naar een dagcentrum gaat en die door een alleenstaande ouder wordt verzorgd. Bij het plots overlijden van deze verzorgende ouder is een onmiddellijk zorgaanbod noodzakelijk met prioriteit voor een openstaande plaats.

Persoonsvolgend budget voor knelpunt dossiers

Wanneer de toekenning als knelpunt dossier evenmin tot goede oplossingen leidt, dan is er sedert eind 2008 een budget voorzien om mensen een persoonsvolgend budget (PVB) te geven. Dit laat toe op maat van hun zorgvraag tot oplossingen te komen. Dit geldt zowel voor knelpunt dossiers van langwachtenden als knelpunt dossiers die uit noodsituaties ontstaan. Dit budget kan ingezet worden om een ondersteuningsplan op te stellen waarmee de persoon met een handicap heel concreet aan de slag kan om begeleiding te krijgen, van woonvormen tot activiteiten in leefgroepen. De participerende voorziening kan hiervoor samenwerken met andere voorzieningen, zowel buiten als binnen het VAPH, om de gewenste zorg op maat te realiseren. Zo kan bijvoorbeeld iemand met een motorische handicap daarnaast ook een stuk psychiatrische assistentie inkopen.



Zorgvernieuwing

Zorgvernieuwing

Zorgvernieuwing heeft tot doel om de mogelijkheden van personen met een handicap te optimaliseren met het oog op een kwaliteitsvol leven, meer zelfbeschikking en een betere participatie in de samenleving te realiseren. Zorgvernieuwing wil de zorgaanbieders meer vrijheid bieden om zorg op maat te realiseren en het aanbod beter af te stemmen op de vragen van de persoon met een handicap.

Zorgvernieuwing wil de aanbieder meer vrijheid bieden

Internationale verdragen (zoals de VN-conventie en het Actieplan van de Raad van Europa) geven de klijntijnen aan waarbinnen mensen met beperkingen zoveel als mogelijk gelijke rechten moeten krijgen als mensen zonder beperking.

Resolutie

In mei 2009 stemde het Vlaams parlement een resolutie die de krijtlijnen van de vernieuwing vastlegt. De resolutie is gebaseerd op een meerjarenanalyse die het VAPH heeft uitgevoerd en toegelicht in de parlementaire commissie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De resolutie werd met een grote meerderheid aangenomen en vormt zo een basis voor verdere stappen.

Kernpunten van de resolutie zijn onder meer:

- het structurele tekort aan opvang moet worden weggewerkt;
- het zorgaanbod moet worden gedifferentieerd op basis van de zorgvragen;
- personen met een handicap moeten de organisatie van hun zorg zelf meer kunnen sturen;
- zorggarantie voor de meest behartenswaardige situaties;
- verlichting van de werkdruk in de sector;
- betere integratie van de gehandicaptenzorg met beleidsdomeinen Onderwijs, Werk en Wonen.

Strategisch plan

Het VAPH zal nu, samen met alle belanghebbenden, een strategisch plan zorgvernieuwing opmaken. Daarbij zal in de zorgvernieuwing van de toekomst worden ingezet op volgende thema's:

Preventie

- Preventie gebeurt door personen met een handicap te ondersteunen bij de verduidelijking van hun zorgvraag en de realisatie van hun ondersteuningsplan. Het is immers voor de persoon met een handicap van belang om zijn of haar 'levensplan' uit te tekenen, met behulp van professionals. Op die manier kan de benodigde zorg vrij goed ingeschat worden, ook voor een langere periode. Het is ook van belang dat de verschillende fasen in het voortraject, zoals vraagverduidelijking, trajectbegeleiding, het opstellen van een ondersteuningsplan en inschaling, goed op elkaar worden afgestemd.
- Ook netwerkversterking komt hierbij kijken. Vrijwilligers die de persoon met een handicap helpen, kunnen met raad en daad bijgestaan worden door professionals.
- Maximaal inzetten op de begeleiding van de persoon met een handicap in de thuissituatie is een ander aspect van de preventie. Op die manier moet het VAPH trachten om de specifieke hulp aan personen met beperkingen zo minimaal mogelijk te houden.

Inclusie

- De zorg voor een persoon met een handicap verschilt uiteindelijk niet zoveel van die voor ouderen, zieke mensen ... In de toekomst moeten deze verschillende vormen van zorg beter op elkaar afgestemd worden.
- De handicapspecifieke knowhow moet eveneens worden overgebracht in domeinen als onderwijs, werk, mobiliteit of wonen. Zo kan bijvoorbeeld, mits goede begeleiding van leerkrachten in scholen, meer inclusief onderwijs gerealiseerd worden.
- Inclusie impliceert dat in bepaalde gevallen toch gespecialiseerde ondersteuning wordt geboden ('gewoon als het kan, speciaal als het moet', denken we bijvoorbeeld aan hulpmiddelen als hefboom voor een inclusieve samenleving).

Zorggarantie

- Voor de meest behartenswaardige situaties streeft het VAPH naar zorggarantie. Behartenswaardig is die situatie waar het verschil tussen de gevraagde zorg en datgene wat men reeds krijgt, zeer groot is.
- Er wordt ook gestreefd naar engagementen om andere ondersteuning te financieren, al dan niet door het VAPH en al dan niet binnen Welzijn.
- Een persoonsgebonden basisfinanciering moet mogelijk zijn, waarbij de ondersteuning die de persoon met een handicap vanuit zijn eigen (sociaal) netwerk krijgt, op een vraaggestuurde manier betaald wordt.
- Zorgaanbieders (voorzieningen en diensten) moeten nu binnen een strak regelgevend kader vanuit de jaren '70 werken. Dat is totaal niet meer afgestemd op de huidige maatschappelijke visie op handicaps, wat soms een belemmering vormt voor zorg op maat aan personen met een handicap. Grote voorzieningen herverdelen de werkdruk nu al op eigen initiatief, door personeel intern te verschuiven. Kleinere voorzieningen proberen dat ook door netwerken uit te bouwen. Maar de wetgeving laat momenteel niet toe dat iemand van de ene instelling een paar uur in de andere gaat werken. Dat is maar een van de voorbeelden waar de wetgeving de zorg-vernieuwing remt. Ook het huidige erkenningssysteem en de huidige subsidiëringsregels ontnemen de ondernemers veel flexibiliteit en management-ruimte. Daarom moeten we komen tot een deregulering. Niet alles moet zo strikt in regels worden vastgelegd als vandaag het geval is. Er is nu immers al een heel grote dynamiek in de sector om nog meer zorgvernieuwend te werken.
- De sector vraagt echter niet alleen om zorggradatie, maar ook om meer personeel. De overheid moet begrip hebben voor die verzuchting.

Streven naar een zorgzame samenleving

- Personen met een handicap dienen zich zo te profileren in de samenleving, dat zij niet gezien worden als personen die 'geld kosten' aan de samenleving (om hun ondersteuning te betalen), maar daarentegen bijdragen tot een betere samenleving.
- Vraagsturing impliceert niet alleen een andere ondersteuning dan diegene die vandaag wordt gegeven, maar ook dat hulpverleners zich daaraan aanpassen.
- Netwerken van personen met een handicap zullen zich eveneens moeten aanpassen aan deze vernieuwde ondersteuning. Als persoonsgebonden budgetten meer worden toegekend, zullen personen met een handicap ook meer hulp behoeven om die budgetten goed te besteden, op basis van een gedetailleerd eigen zorgplan.
- Als al deze veranderingen zijn doorgevoerd, hoopt het VAPH ook dat de samenleving anders zal aankijken tegen personen met een handicap. Wij hopen dat zij méér en méér zullen worden gezien als volwaardige personen, met eigen keuzes en mogelijkheden.



Diagnose en Indicatiestelling

Het project Diagnose en Indicatiestelling beoogt een kwalitatieve verbetering en een praktische vereenvoudiging van diagnose en indicatiestelling voor de inschrijvingsprocedure van personen met een handicap in het VAPH. Dit zal resulteren in een vernieuwd inschrijvingsbesluit.

Wanneer iemand een zorgvraag stelt, dient men eerst te zoeken naar een oplossing in de leefwereld van deze persoon en de beschikbare reguliere zorg, alvorens de stap wordt gezet naar meer ingrijpende VAPH-specifieke ondersteuningsvormen. Pas wanneer een persoon met een handicap nergens anders meer terecht kan, komt hij in aanmerking voor ondersteuning van het VAPH. Bovendien geldt bij de indicatiestelling het principe dat men kiest voor de minst ingrijpende ondersteuningsvorm wanneer het effect ervan hetzelfde is.

Een gerichte indicatiestelling is daarom cruciaal: heldere richtlijnen en regels dienen ondubbelzinnig aan te geven wie wel en wie niet in aanmerking komt voor de specifieke VAPH-ondersteuning. Daarom zal het VAPH in de toekomst werken met systematische protocollering: classificerende diagnostische protocollen³ (D-protocollen) en indicatiestellingsprotocollen (IS-protocollen). De concrete uitvoering van de protocollen dient gekoppeld te worden aan duidelijke, meetbare en afdwingbare kwaliteitseisen.

Een tweede pijler van dit project is het verbeteren van de werking en de organisatie van de multidisciplinaire teams (MDT's). De erkenningsvoorwaarden zullen herbekeken worden. Daardoor zullen ook andere organisaties (dan de huidige bepaald in het inschrijvingsbesluit) kunnen intekenen als MDT's. Vaak zijn dit organisaties die beschikken over deskundigheid voor specifieke doelgroepen. Op deze manier wil het VAPH een ruimere deskundigheid aantrekken. Hiermee gepaard gaande zal het VAPH de financiering van de MDT's herbekijken in relatie tot het toenemend aantal taken in het kader van nieuwe ontwikkelingen in het VAPH, zoals zorgregie. Het nieuwe financieringssysteem zal gekoppeld worden aan de kwaliteitseisen en aan een controlesysteem.

Op basis van deze elementen zal de inschrijvingsprocedure volledig herbekeken worden. De nadruk komt te liggen op het optimaliseren van de wisselwerking en de afstemming tussen het VAPH en de MDT's. Het VAPH streeft naar een overlegmodel met maximale informatie-uitwisseling tussen de provinciale afdelingen (PA's) en de MDT's, communicatie in beide richtingen en ruimte voor feedback.

Sectoroverschrijdend werken

Sectoroverschrijdend werken heeft verschillende implicaties die men niet uit het oog mag verliezen. Werken met één intersectorale toegan gspoort in het kader van Integrale Jeugdhulp (IJH) betekent dat er aparte sporen moeten worden uitgetekend voor minderjarigen

Het theoretisch fundament voor Diagnostiek en Indicatiestelling

Het VAPH hanteert als definitie van handicap elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren.

De definitie gaat uit van een wisselwerking tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Deze wisselwerking vinden we ook terug in de Internationale Classificatie van het menselijk functioneren (ICF).

³ Diagnostische protocollen behelzen de classificerende diagnostiek. Ze richten zich op de onderliggende stoornis die de oorzaak is van de beperkingen en eventueel op de mate ervan.

en meerderjarigen. Deze twee sporen moeten in elkaar passen om te vermijden dat sommige diagnoses opnieuw moeten worden aangeleverd. Dat maakt het noodzakelijk de classificerende diagnostische protocollen intersectoraal op te stellen.

De vraag is wie deze protocollen zal ontwikkelen. Het VAPH ziet hier een belangrijke taak voor een intersectoraal diagnostisch expertisecentrum. Dit centrum werkt nauw samen met academici en het werkveld, en bestaat uit voldoende vertegenwoordigers van de verschillende sectoren. Voor het opstellen van diagnostische protocollen kan het zich onder meer baseren op bestaande protocollen. Daarnaast kan dit centrum, analoog aan de COTAN-normen in Nederland, een evaluatie-instrument voor het diagnostisch materiaal uitwerken. Dit centrum kan ook in samenwerking met reeds bestaande organisaties, zoals het Vlaams Forum voor Diagnostiek, werken aan de ontwikkeling van nieuw testmateriaal voor bepaalde groepen, alsook de normering van testmateriaal verbeteren. Een andere belangrijke taak voor dit centrum is het verzorgen van een betere doorstroming van informatie over nieuwe ontwikkelingen inzake diagnostiek naar het werkveld. De uitbouw van dit intersectoraal diagnostisch expertisecentrum dient centraal aangestuurd en gecoördineerd te worden. Idealiter gebeurt dit door een samenwerking tussen de verschillende ministers van de betrokken beleidsdomeinen van de Vlaamse overheid (Onderwijs en Vorming, Werk en Sociale economie).



Zulk intersectoraal diagnostisch expertisecentrum heeft talrijke voordelen. De ontwikkeling van intersectoraal bruikbare diagnostische protocollen is gegarandeerd. Dit betekent voor de gebruiker maximaal gebruik van bestaande informatie waardoor de tevredenheid bij de burger stijgt. Daarnaast zou de algemene kwaliteit van de diagnostiek in Vlaanderen aanzienlijk stijgen gezien dit centrum onder andere de informatiedoorstroming van universiteiten naar de sector zou verhogen en normering van het diagnostisch instrumentarium zou aanmoedigen. Tevens zou dit een rationelere investering toelaten vanuit de betrokken beleidsdomeinen. Voor de organisatie en opstart van dit centrum zou men zich kunnen baseren op de organisatorische structuur van het Kenniscentrum Gezondheidszorg. In afwachting van de oprichting van dit centrum, kan het VAPH in samenwerking met de geïnteresseerde sectoren alvast starten met de ontwikkeling van diagnostische protocollen door het inhuren van experts.

Een andere belangrijke voorwaarde voor sectoroverschrijdend werken is het invoeren van een intersectoraal (basis)dossier. Het moment waarop alle betrokken beleidsdomeinen binnen de Vlaamse overheid met één elektronisch dossier werken, is nog verre toekomst. Door de

ontwikkelingen binnen IJH komt dit echter een stapje dichterbij. Gezien de minderjarigen die tot de VAPH-doelgroep behoren binnenkort door de toegangspoort IJH zullen behandeld worden, is het van groot belang dat de elektronische dossiers van beide sectoren compatibel zijn, zowel inhoudelijk als informaticatechnisch.

Actiepunten van het project

Om het project Diagnostiek en Indicatiestelling te verwezenlijken heeft de administratie op basis van haar visie en in overleg met de sector negen actiepunten uitgewerkt. Deze zijn:

1. uitwerken van criteria m.b.t. gerichte indicatiestelling;
2. ontwikkeling van (classificerende) diagnostische protocollen;
3. oprichten van een intersectoraal diagnostisch expertisecentrum;
4. uitwerken van de mogelijkheden van vraagverduidelijking;
5. ontwikkeling van indicatiestellingsprotocollen – ZORG;
6. ontwikkeling van indicatiestellingsprotocollen – IMB;
7. ontwikkeling van een vernieuwd VAPH-dossier;
8. ontwikkeling van het organisatiemodel PA–MDT, de herprofilering en financiering van de MDT's;
9. ontwikkeling van het organisatiemodel PA-MDT, de VAPH-inschrijvingsprocedure.

Globaal gezien verdelen deze actiepunten zich over twee grote werksporen. Het eerste werkspoor wordt op relatief korte termijn gerealiseerd. Dit richt zich voornamelijk op:

- het uitwerken van criteria m.b.t. gerichte indicatiestelling (actiepunt 1);
- een verbeterd organisatiemodel (actiepunt 8 en 9).

Het tweede werkspoor bevat de acties op lange termijn. Ofwel kaderen deze binnen interne projecten (actiepunt 4, 5 en 6), ofwel dienen deze intersectoraal (actiepunt 2, 3 en 7) uitgewerkt te worden.



Integrale jeugdhulp

Integrale jeugdhulp heeft tot doel de hulp- en dienstverleningsmogelijkheden voor jongeren beter op elkaar af te stemmen, over de grenzen van de bestaande sectoren heen. Het aanbod moet adequater en vraaggerichter worden: de persoon, zijn omgeving én de vraag dienen centraal te staan.

Om die ambitie waar te maken, werd in 2008 aan diverse initiatieven verder gewerkt. Zo zijn er de netwerken voor crisisjeugdhulp, die toelaten via een eenvoudige procedure de nodige hulp te bieden aan een jongere in een crisissituatie: verscheidene hulpprogramma's gingen van start en via een besluit van de Vlaamse Regering kan de crisishulp nu kosteloos aan de cliënt worden aangeboden. Ook het eindrapport over de intersectorale toegangspoort werd afgerond en overhandigd aan alle belanghebbenden. De intersectorale toegangspoort regelt de toegang tot alle niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp.

Het aanbod voor jongeren moet adequater en vraaggerichter worden

De verschillende sectoren betrokken bij de jeugdhulp vertaalden eerder al hun aanbod in kleinere hulp pakketten of modules die afzonderlijk beschikbaar zijn: dit heet het moduleringsproces. Vanaf 2008 zijn de modules via een gebruiksvriendelijke publieke website te raadplegen. Volgend op het moduleringsproces vond het beslissingsproces rond

het onderscheid plaats. Daarin werd een impactanalyse uitgevoerd op de typemodules die kunnen verschuiven van niet-rechtstreeks toegankelijk naar rechtstreeks toegankelijk. Er werd eveneens gewerkt aan afspraken rond maatschappelijke noodzaak om minderjarigen te kunnen helpen zonder dat deze zelf of hun wettelijke vertegenwoordigers een hulpvraag stellen. Ten slotte werd in 2008 de vorming rond het decreet rechtspositie afgerond.

Vanaf 2009 zal aan deze thema's verder gebouwd worden. De crisisnetwerken worden verstevigd: enerzijds zullen enkele bijkomende hulpprogramma's opstarten in de loop van 2009 en anderzijds wordt ook het aantal verzekerde engagementen van het VAPH onder de loep genomen. Meer ingrijpende vormen van hulp zijn niet rechtstreeks toegankelijk voor de cliënt, maar worden geregeld door de intersectorale toegangspoort. Daarin wordt beslist welk hulpaanbod het best past bij de hulpvraag van de minderjarige. De toegangspoort is nog in opbouw: in 2009 worden reeds bestaande, sectoraal geregelde toegangspoorten omgebouwd tot één intersectorale toegangspoort. Dit gebeurt in onderling overleg tussen vertegenwoordigers van het team beleidsondersteuning, de sectorale administraties, de koepelorganisaties en de gebruikersverenigingen. Het VAPH zal een bijdrage leveren aan het ontwerp van de diagnostische protocollen en indicatiestellingsprotocollen voor minderjarigen en de organisatie van een intersectorale zorgregie via input vanuit de eigen expertise.



In 2009 gaat het experiment rond de knelpuntdossiers van start. Dit zijn dossiers waarvoor na zorgbemiddeling geen gepaste hulp werd gevonden in het reguliere aanbod. Samen met het Agentschap Jongerenwelzijn worden overleg- en beslissingsorganen en financiële middelen ter beschikking gesteld om doeltreffend knelpuntdossiers te kunnen identificeren en een combinatie van hulp aan te bieden.

De implementatie van de beslissing om enkele typemodules rechtstreeks toegankelijk te maken wordt in 2009 voorbereid.

In 2009 worden de voorschriften rond het dossier, inspraak en klachtenregeling vanuit het decreet rechtspositie in de sectorale regelgeving ingeschreven. In één beweging worden ook de voorschriften uit het nieuwe kwaliteitsdecreet welzijn en gezondheid van 2003 in de sectorale regelgeving ingeschreven. Daarnaast worden de brochures rond het decreet rechtspositie, zoals opgesteld voor jongeren onder en boven de twaalf jaar, op maat gemaakt van alle doelgroepen. Dit laat toe om alle doelgroepen te bereiken, ook minderjarigen met een verstandelijke handicap en heel jonge kinderen. Tot slot komen er initiatieven om de overgang tussen de jeugdhulp en hulp aan jongvolwassenen te waarborgen.



Hulpmiddelenbeleid

Het hulpmiddelenbeleid evolueert elk jaar opnieuw door het streven naar verbeteringen en vereenvoudigingen. In 2009 zullen een viertal thema's centraal staan: het aanpassen van woningen, het gebruik van assistentiehonden, de tweede rolstoel en de forfaitaire vergoeding voor incontinentiemateriaal.

Aanpassen van woningen

Het VAPH beseft dat het aanpassen van een woning een dure aangelegenheid is. Het onderzocht in het verleden al de noodzaak van het verhogen van de tegemoetkomingen voor het aanpassen en ombouwen van de woning. De indexering van de tegemoetkoming die het VAPH kan terugbetalen, is onvoldoende om gestegen bouw- en verbouwingskosten op te vangen. Toch een verhoging doorvoeren, zou zwaar wegen op het huidige budget wanneer dat niet wordt uitgebreid. Daardoor zou een tekort kunnen ontstaan in het totale budget voor hulpmiddelen en aanpassingen. Het VAPH moet daarom eerst op zoek naar bijkomende middelen voor het de tegemoetkomingen kan optrekken. Het VAPH heeft hiervoor binnen zijn begroting al bijkomende middelen gevraagd aan de Vlaamse Regering.

Assistentiehonden

Het decreet over de toegankelijkheid van publieke plaatsen voor personen met een assistentiehond werd goedgekeurd. Wanneer de nog te schrijven uitvoeringsbesluiten in werking zullen treden,

**Het hulpmiddelenbeleid
evolueert elk jaar
opnieuw door
het streven naar
verbeteringen en
vereenvoudigingen**

mag men personen met een handicap vergezeld van een assistentiehond geen toegang weigeren tot publieke plaatsen. De persoon met een handicap moet wel kunnen aantonen dat de betreffende hond een assistentiehond is. Komen tot een uniforme erkenningswijze is dan ook van groot belang om discussies te vermijden. In de uitvoeringsbesluiten zullen de scholen die assistentiehonden opleiden voorwaarden opgelegd krijgen over het afleveren van een uniform attest. Daarmee kan de persoon met een

handicap aantonen dat zijn assistentiehond is opgeleid in een erkende school.

Tweede rolstoel

Het Riziv is sinds jaar en dag de eerste overheidsinstantie die tegemoetkomingen verleent voor mobiliteitshulpmiddelen. Het VAPH vergoedt de onderhouds- en herstellingskosten en kan onder bepaalde voorwaarden een tegemoetkoming voor een tweede rolstoel verlenen. Het VAPH kan echter nooit tegemoetkomen voor een derde verstrekking. Het Riziv voorziet in de nomenclatuur een aantal cumulmogelijkheden. Dit heeft tot gevolg dat wie in aanmerking komt voor de Riziv-cumul tussen bijvoorbeeld de gewone standaardrolstoel en de orthopedische driewieler, bij het VAPH niet meer in aanmerking komt voor een tegemoetkoming. Het zou immers gaan om een derde verstrekking, en die is reglementair niet mogelijk. Dit leidt er echter toe dat het VAPH voorbijschiet aan zijn doelstelling, met name het verlenen van een tegemoetkoming voor een tweede rolstoel. Het VAPH zal daarom de regelgeving aanpassen. Daarbij zal worden gezorgd dat naast een eventuele cumul bij het Riziv, ook een tweede rolstoel kan worden vergoed door het VAPH. De vermelding dat een 'derde verstrekking' niet mogelijk is binnen de hernieuwingstermijn, zal worden vervangen door 'derde rolstoel'. Ook de doelgroep die in aanmerking komt voor de tweede rolstoel zal nog worden herbekeken en eventueel worden verbreed.



Naar een forfait voor incontinentiemateriaal

Het VAPH overweegt om de tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal te vervangen door een jaarlijks forfait. De terugbetaling is nu niet enkel tijdrovend voor het VAPH, het is ook een belasting voor de persoon met een handicap. Hij moet immers de aankoopbewijzen, vaak zeer kleine bedragen, telkens opsturen naar het VAPH. Het is mogelijk en aanbevolen de betaalbewijzen te bundelen, maar de werkwijze kan wel eenvoudiger. Daarom ontwierp het VAPH het document 'Medische informatie bij aanvraag tot tussenkomst in kosten van incontinentiemateriaal'. Met dit document kan het VAPH de problematiek beter in kaart brengen en op termijn een realistische forfaitaire tegemoetkoming bepalen.

Adressen Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)

Website VAPH

www.vaph.be

Communicatiedienst VAPH

(voor algemene vragen)
Sterrenkundelaan 30 • 1210 Brussel
T: 02 225 85 97
F: 02 225 84 05
e-mail: informatie@vaph.be

PAB

e-mail: pab@vaph.be

Provinciale Afdelingen VAPH

(voor alle vragen over persoonlijke dossiers)

PA Antwerpen

Potvlietlaan 5 • 2600 Berchem
T 03 270 34 40
F 03 270 34 41
e-mail: antwerpen@vaph.be

PA Limburg

Ilgatlaan 7 • 3500 Hasselt
T 011 27 43 54
F 011 28 51 09
e-mail: hasselt@vaph.be

PA Vlaams-Brabant

Brouwersstraat 3 • 3000 Leuven
T 016 31 12 11
F 016 31 12 29
e-mail: leuven@vaph.be

PA Oost-Vlaanderen

Kortrijksesteenweg 788 • 9000 Gent
T 09 269 23 11
F 09 269 23 39
e-mail: gent@vaph.be

Antennepunt Brussel

Sterrenkundelaan 30 • 1210 Brussel
Lokaal 004
T 02 225 84 62
F 02 225 84 05
e-mail: brussel@vaph.be

PA West-Vlaanderen

Magdalenastraat 20 • 8200 Brugge
T 050 40 67 11
F 050 39 36 80
e-mail: brugge@vaph.be

Kenniscentrum Hulpmiddelen

Sterrenkundelaan 30 • 1210 Brussel
T 02 225 86 61
F 02 225 84 05
www.hulpmiddeleninfo.be

Colofon

Verantwoordelijke uitgever:

Laurent Bursens
Sterrenkundelaan 30
1210 Brussel

Coördinatie:

Communicatiedienst VAPH

Redactie:

CIBE Communicatie

Concept en vormgeving:

Bert Peeters (VAPH)

Fotografie:

Christophe Van Der Eecken

Uitgave:

september 2009

