



Departement Social Work  
MAW

**Je kan pas iemand aansteken, als je zelf brandt**

**Impact van een veranderende maatschappij op de werking van een sociale dienst**

**Door Tim Geebelen**

**Bachelorproef aangeboden tot het bekomen  
van het bachelor diploma sociaal werk  
(maatschappelijk assistent)**

**Hasselt  
Academiejaar 2015-2016**





**Departement Social Work  
MAW**

**Je kan pas iemand aansteken, als je zelf brandt**

**Impact van een veranderende maatschappij op de werking van een sociale dienst**

**Door Tim Geebelen**

**Bachelorproef aangeboden tot het bekomen  
van het bachelor diploma sociaal werk  
(maatschappelijk assistent)**

**Hasselt  
Academiejaar 2015-2016**

## **Woord vooraf**

Ik wist dat deze stageperiode in combinatie met het schrijven van een bachelorproef een hele uitdaging zou zijn. Door de hele transitie binnen de gehandicaptenzorg bevond ik mij te midden van een veranderend werkveld. Ik moest mij onderdompelen in de persoonsvolgende financiering, een hele klus. Gelukkig heb ik deze onderneming niet alleen moeten ondergaan. Volgende mensen zijn een steun en toeverlaat geweest tijdens het schrijven van deze bachelorproef. Ik wil hen via deze weg van harte bedanken en hen de nodige aandacht geven die ze zeker hebben verdiend.

Allereerst wil ik mijn stagementor, Karen Kerkhofs, maatschappelijk assistent van de sociale dienst bedanken. Zij heeft mij gedurende dit hele proces met raad en daad bij gestaan. Ze heeft mij veel geleerd, vooral dat ik mijn eigenheid als professional moet bewaren. Iets wat ik enorm waardeer en zeker meeneem naar de toekomst. Op vlak van mijn eindwerk kon ik ook altijd terecht bij haar, een ware bron van kennis. Vanwege het actuele thema was er op mijn stageplaats veel interesse voor mijn bachelorproef. Ik wil daarom ook de andere personen van de sociale dienst bedanken voor hun steun.

Daarnaast is mijn bachelorproefbegeleidster, Bianca Vosters ook van essentieel belang geweest. Op het moment dat ik door de bomen het bos niet meer zag, heeft zij voor duidelijkheid gezorgd. Een zeer belangrijk moment binnen het proces en daarvoor ben ik haar dankbaar.

Ten derde wil ik al diegene bedanken die dit eindwerk op dit niveau hebben gebracht. Dan kijk ik vooral naar de personen die voor de nodige kwaliteitsinjectie hebben gezorgd. Namelijk de sociale diensten van de verschillende organisaties binnen VZW Stijn: Sint-Oda, De Witte Mol, De Klimroos, 't Weyerke, Groenhoef, 't Klavertje, Sint-Gerardus.

Ik wil ook zeker mijn vriendin, ouders, familie en vrienden bedanken voor hun luisterend oor. Zij hebben gezorgd voor de nodige rust tijdens mijn gehele proces.

Als laatste wil ik alle lectoren bedanken van de hogeschool PXL. Zij hebben mij de bagage gegeven om deze uitdaging aan te gaan.

## **Abstract**

*De persoonsvolgende financiering zorgt straks voor één van de grootste omwentelingen binnen de gehandicaptensector. Deze bachelorproef zoomt in op de impact van deze omwenteling op organisatieniveau.*

*Het theoretisch luik omvat: de evolutie van het begrip handicap door de jaren heen, Perspectief 2020, de persoonsvolgende financiering en de werking van de sociale dienst van Dienstencentrum Sint-Oda.*

*Kwalitatief onderzoek, in de vorm van diepte-interviews, staat vervolgens centraal in het praktische deel.*

*Hieruit blijkt dat de persoonsvolgende financiering o.m. een impact zal hebben op de werking van het dienstencentrum. Zo zullen de organisaties binnen de gehandicaptensector meer moeten inzetten op hun PR-functie. De wijze waarop de organisatie zich profileert wordt dus een belangrijk element binnen deze omschakeling.*

## **Inhoudsopgave**

Woord vooraf	4
Abstract	5
Inhoudsopgave	6
Lijst met afkortingen/tabellen/figuren	8
Inleiding	6
1.    Probleemstelling en onderzoeksvragen	8
2.    Dienstencentrum Sint-Oda	9
2.1    Sens-City	10
2.2    De observatie- en behandelingsafdeling	10
2.3    Buitenhuizen	11
2.4    De dagopvang	12
2.5    De Sociale Dienst	13
3.    Theoretisch kader	14
3.1    Veranderend maatschappijbeeld	14
3.1.1    Medisch model	14
3.1.2    Ontwikkelingsmodel	14
3.1.3    Burgerschapsmodel	15
3.2    Perspectief 2020:	15
3.2.1    VN-conventie	15
3.2.2    Doelstellingen	16
a.    Realiseren van zorggarantie	16
b.    Evolueren naar vraaggerichte zorg en ondersteuning	17
3.2.3    Kernelementen	19
a.    Model van de vijf concentrische cirkels	19
b.    Goed uitgebouwd voortraject	21
c.    Gevarieerde en flexibele ondersteuning op maat	22
3.3    PVF	23
3.3.1    Basisondersteuningsbudget	23

3.3.2	Persoonsvolgend Budget	24
3.4	Evolutie van de sociale dienst	25
4.	Praktijkgedeelte	27
	Inleiding	27
4.1	Onderzoeksmethode	27
4.2	Dataverzameling	28
4.3	Resultaten	28
4.3.1	De verschillende voorzieningen	28
4.3.2	Werking SD	29
4.3.3	Het AB-schap	30
4.3.4	Toekomstige werking van SD	31
4.3.5	Persoonsvolgende financiering	32
4.4	Conclusies en aanbevelingen	33
4.4.1	Conclusies	33
4.4.2	Aanbevelingen	35
5.	Kritische reflectie	37
5.1.1	Inleiding	37
5.1.2	Kritische blik op het doorlopen proces	37
5.1.3	Beperkingen van het onderzoek	38
5.1.4	Eigen visie	39
5.1.5	Algemeen besluit	41
	Bibliografie	42
	Bijlagen	44
	Bijlage 1: Strategiekaart VZW Stijn 2016-2020	44
	Bijlage 2: Functieprofiel personeel sociale dienst	47
	Bijlage 3: Topiclijst	54

## **Lijst met afkortingen/tabellen/figuren**

AB: Aandachtsbegeleider

CRZ: Centrale Registratie van Zorgvragen

DOP: Dienst Ondersteuningsplan

FAM: Flexibel Aanbod Meerderjarigen

IMB: Individuele Materiële Bijstand

LG: Leefgroep

MDT: Multidisciplinair Team

MFC: Multifunctioneel Centrum

n-RTH: niet Rechtstreeks Toegankelijke Hulp

PMH: Personen met een handicap

PVF: Persoonvolgende Financiering

RPC: Regionale Prioriteitencommissie

RTH: Rechtstreeks Toegankelijke Hulp

SD: Sociale Dienst

VAPH: Vlaams Agentschap Personen met een Handicap

VN: Verenigde Naties

VZW: Vereniging Zonder Winstoogmerk



## **Inleiding**

In dit laatste academiejaar was ik al tijdens de lessen in aanraking gekomen met de persoonsvolgende financiering. Daarom wist ik dat ik door mijn keuze voor de gehandicaptensector in een veranderd werkveld terecht ging komen. Mijn vermoedens werden in de eerste weken van mijn stage bevestigd. De sociale dienst was het orgaan dat nieuwigheden rond de PVF op voet volgde. Een omwenteling van deze schaal heeft natuurlijk de nodige opvolging nodig.

De werking van de SD van Sint-Oda is doorheen de jaren sterk veranderd. Ik vond het interessant om deze verschuiving in het takenpakket in kaart te brengen. Op deze manier ben ik het onderwerp van mijn eindwerk steeds verder beginnen te specificeren. Omdat de SD ook nog zoekende was naar hun toekomstige werking, had ik besloten in samenspraak met mijn stagementor om het effect van de persoonsvolgende financiering op de SD te gaan onderzoeken.

De VZW waarbinnen Sint-Oda zich bevond, beschikte over heel wat expertise rond de gehandicaptenzorg en over toekomstige veranderingen. Ik zat dus op de juiste plaats om dit eindwerk uit te werken. VZW Stijn bestaat uit verschillende organisaties die een werking hebben opgericht ter ondersteuning van personen met een beperking. Het zijn deze voorzieningen die mij geholpen hebben om mijn eindwerk tot stand te brengen.

Binnen het eerste deel van deze bachelorproef ga ik mijn stageplaats bespreken door de essentiële faciliteiten van Sint-Oda aan de hand van een korte uitleg voor te stellen. Het tweede deel is het theoretisch gedeelte waar ik ga starten met de evolutie van het begrip "handicap". Dit ga ik linken aan Perspectief 2020, waarin de PmH meer rechten en plichten zal krijgen in de samenleving. Ik ga de krachtlijnen en de doelstelling van dit perspectief bespreken. Verder zal ik de persoonsvolgende financiering beschrijven. Hier ga ik iets dieper op in omdat de financiering een belangrijk deel is van mijn eindwerk. In het laatste stuk van het theoretisch gedeelte ga ik de werking van de sociale dienst uitleggen en de evolutie hierin.

Het volgende gedeelte is de praktische kant van het onderzoek. Hier onderbouw ik de keuze voor de onderzoeksmethode en ziet u op welke manier de data verzameld is. Ik ben aan de slag gegaan met volgende onderzoeksvraag: Wat is het effect van de persoonsvolgende financiering op het takenpakket van de sociale dienst? Daarnaast geef ik ook de resultaten weer en de conclusies die ik trek uit het afgelopen onderzoek.

Binnen het vierde en laatste deel kijk ik met een kritische blik naar deze bachelorproef. Ik geef mijn persoonlijke mening over het onderzoek, de persoonsvolgende financiering en de werking van de sociale dienst.

Met dit eindwerk wil ik graag iets teruggeven aan mijn stageplaats voor al de tijd en moeite die ze in mijn leerproces hebben gestoken. Ik hoop dus dat mijn eindwerk niet enkel een meerwaarde heeft voor mijzelf maar ook voor mijn stageplaats en andere diensten die betrokken zijn bij de persoonsvolgende financiering.

Daarnaast wil ik met mijn eindwerk ook een signaal overbrengen aan het beleid. De persoonsvolgende financiering is een hele omwenteling binnen de gehandicaptensector. Niet enkel de PmH zal deze verandering opmerken, maar ook de omgeving van de personen met een handicap en het professioneel werkveld zullen de impact van de vernieuwingen voelen en zullen zich moeten aanpassen aan dit nieuwe verhaal.

Het laatste wapenfeit is mijn algemeen besluit waarmee ik mijn bachelorproef afrond.  
Ik wens u veel leesplezier!

## **1. Probleemstelling en onderzoeksvragen**

Tijdens de aanvang van mijn stage werd mij al snel duidelijk dat de persoonsvolgende financiering de nodige aandacht opeiste van de voorzieningen in de gehandicaptensector. Door de vormingen die ik heb kunnen volgen gedurende de stageperiode heb ik gemerkt dat zowel ouders en familieleden als professionelen met wat vragen zaten rond deze omwenteling.

Door het decreet PVF zullen organisaties vraaggestuurd moeten gaan werken. Dit zal heel wat veranderingen met zich mee brengen op de verschillende niveaus: micro, meso en macro. Op microniveau zullen de personen met beperking zelf beschikken over een budget. Zij mogen hun eigen hulpverleningspakket gaan samenstellen met dit budget. Organisaties zullen veranderingen moeten aanbrengen in hun werking om deze manier van werken te realiseren. Perspectief 2020 wil een inclusieve samenleving realiseren en streven naar een continuüm in de zorg(Vandeurzen,2010).

Er staan heel wat uitdagingen voor de boeg en dit op alle echelons. In deze bachelorproef ga ik specifiek uitzoeken wat deze uitdagingen zullen zijn op niveau van de sociale dienst van Sint-Oda. Dit zal nuttig zijn voor ouders/familieleden/bewindvoerders, de voorziening en de sociale dienst. Omdat ouders moeten kunnen rekenen op de sociale dienst is de manier waarop zij werken essentieel. Maar niet enkel de ouders zijn zoekende, ook de voorziening als de sociale dienst bereiden zich voor op de toekomstige veranderingen. Het onderzoek zal een kritische kijk leveren op de huidige werking zodat deze punten kunnen opgenomen worden in de nabije toekomst. Verder zal ik aanbevelingen doen zodat de sociale dienst deze kan gebruiken om verder op weg te gaan. Wanneer mijn stage afgelopen is zal de sector nog steeds in beweging zijn. Maar een goede voorbereiding op wat komen gaat is belangrijk.

## **2. Dienstencentrum Sint-Oda**

Dienstencentrum St.-Oda biedt een ruim en gevarieerd zorgaanbod voor mensen met een matig tot diep verstandelijke of meervoudige beperking. De dienstverlening bestaat uit woonopvang en dagopvang voor kinderen en volwassenen met daartussen nog allerlei mogelijke tussen- of mengvormen. Voor mensen met bijkomende gedragsproblemen of psychische problemen heeft St.-Oda een observatie- en behandelingsleefgroep.

St.-Oda beschikt hiervoor over 4 locaties. Het grootste deel wordt gerealiseerd op de campus aan de Breugelweg 200 in Overpelt. Daarnaast zijn er ook nog 3 leefgroepen buiten het terrein, namelijk telkens een tweewoonst in Hamont-Achel, Lommel en Overpelt.

Ze zien het als hun opdracht om, samen met het netwerk van de zorggebruikers, zorg te creëren op maat van elk individu. Dit maatwerk komt tot stand in een dialoog tussen de bewoner, hun familie en netwerk en alle betrokken personeelsleden. Naast deskundig personeel doen ze ook een beroep op vele vrijwilligers.

Het accent ligt op het welzijn van de bewoners. Om deze opdracht concreet te maken hebben ze een strategiekaart ontworpen die hen helpt om doelgericht te werken. Het is een instrument waarmee ze jaarlijks evalueren of ze op de juiste weg zijn.

**In de bijlage** vindt u de strategiekaart van VZW Stijn waar Sint-Oda deel van uit maakt, waarin ze hun missie hebben opgesplitst in 3 doelstellingen. Elke doelstelling is duidelijk gedefinieerd en verder concreet gemaakt in hefboomen die bijdragen tot deze doelstellingen. Om deze prestaties te kunnen evalueren hebben ze per hefboom minstens één indicator omschreven. Zij zullen op basis van deze indicatoren en ook op basis van actuele ontwikkelingen jaarlijks een aantal acties omschrijven die extra aandacht krijgen.

Het grootste deel van de dienstverlening omvat woonopvang voor mensen met een matig, ernstig of diep verstandelijke beperking. Bijna 200 mensen wonen op de campus aan de Breugelweg 200 in Overpelt. De bewoners wonen samen in 20 leefgroepen. Een leefgroep is een apart huisje waarin 8 tot 10 bewoners samenwonen. Zij worden hier continu begeleid door een team van 7 à 8 begeleid(st)ers die hen ondersteunen op alle vlakken waar dit nodig is. De zorg is continu, d.w.z. dat er 24 uur op 24, 7 dagen op 7 voor hen wordt gezorgd. Het begeleidend team neemt de zorg op zich tussen 7u00 's morgens en 22u00 's avonds. 's Nachts is er een aparte nachtdienst die toezicht houdt over alle bewoners.

Naast de groep begeleidend personeel zijn er een heel aantal therapeuten, verpleegkundigen, artsen, maatschappelijk werksters, pedagogen, die allemaal bijdragen

aan de zorg voor de bewoners. Om dit alles vlot te laten verlopen zijn er ook nog een aantal ondersteunende administratieve, logistieke diensten en leidinggevende functies die alles in goede banen leiden.

Binnen dit kader willen ze dat alle bewoners in een optimale omgeving kunnen verblijven. De directe begeleiding heeft hier het meeste invloed op. Zij zullen voor zorgen dat de dagdagelijkse zaken in een vlot verlopen.

Sint-Oda hanteert een open huis voor ouders en familieleden van de bewoners. Zij zijn dus op elk moment van de dag welkom en worden zoveel mogelijk betrokken bij de zorg voor hun kind of familielid. Naast de structurele overlegmomenten zoals de zorgplanbespreking (individueel) en de gebruikersraad (collectief) zijn de alledaagse contacten tussen begeleidend personeel en de familie hiervoor het beste middel.

Naast de menselijke kant hebben ze doorheen de jaren in St.-Oda ook een infrastructuur opgebouwd die volledig is aangepast aan de noden en behoeften van de bewoners.

## **2.1 Sens-City**

Buiten de leefgroepen is er sinds 2012 ook een nieuw activiteitencentrum, Sens-City genaamd, waarin een trilvloer, snoezelruimte, vestibulaire ruimte, luchtkussen, ballenbad, zwembad, stoombad, enzovoort de bewoners een kans geven om verschillende ervaringen te beleven. Dat er over deze accommodatie beschikt kan worden is voor een groot deel te danken aan de steun en inzet van vele vrijwilligers, steunleden en sponsors.

## **2.2 De observatie- en behandelingsafdeling**

Deze afdeling richt zich tot kinderen, jongeren en volwassenen met een matig, ernstig tot diep verstandelijke beperking met bijkomende psychische en/of gedragsproblemen.

Het vaste team bestaat uit leefgroepbegeleiding, een psychiater, een klinisch psycholoog, een maatschappelijk werkster, therapeuten en een verpleegkundige. Naargelang de problematiek worden meerdere artsen en therapeuten bij de behandeling betrokken. De observatie- en behandelingsgroep beschikt over 6 plaatsen. Bij crisisinterventie is een 7-de opname mogelijk.

In deze groep gaat het altijd om tijdelijke opnames van 3 tot 6 maanden. De werking omvat 3 fasen:

- Voorbereidende fase

De aanvraag tot tijdelijke opname gebeurt aan de hand van een uitgebreid dossier. Na bestudering van dit dossier gaan de psycholoog en maatschappelijk werkster op bezoek bij de aanvrager ter voorbereiding van de opname.

- Opname

Een opname beoogt een volledig medisch, psycho-pedagogisch en sociaal onderzoek. Op basis hiervan wordt een behandelingsplan vanuit een breed geïnspireerd kader opgesteld en uitgevoerd.

- Overdracht en nazorg

Vooraleer een opgenomen persoon ontslagen wordt, is er een intensief overleg tussen het team van de observatie- en behandelingsafdeling, de aanvrager, de familie en eventuele andere betrokkenen. Indien deze persoon naar een andere organisatie wordt verwezen, worden de toekomstige begeleiders ook bij de eindbespreking betrokken. Alle gegevens en adviezen die uit de opname voortkomen, worden gebundeld in een eindrapport.

Indien noodzakelijk gaat begeleiding van de observatie- en behandelingsafdeling enkele dagen meewerken in de nieuwe setting om te zorgen voor een degelijke overdracht van de behandeling.

### **2.3 Buitenhuizen**

Sinds 1987 wonen er bewoners van St.-Oda buiten de muren van het dienstencentrum, vandaar de naam '**buitenhuis**'. Dit was voor St.-Oda een eerste stap naar meer gedecentraliseerd en geïntegreerd wonen. Na een positieve evaluatie volgden meer buitenhuizen en omdat het praktisch-organisatorisch en economisch interessanter is, werd gekozen om met tweewoonsten te werken. Ze beschikken momenteel over 3 buitenhuizen, met 16 bewoners per buitenhuis, telkens twee groepen van 8 bewoners.

Met 'buitenhuizen' bieden ze aan de gebruikers een extra woonkeuzemogelijkheid.

St.-Oda, is een kleine gemeenschap met verschillende contacten.

Sommige bewoners kunnen en willen echter meer. Met het wonen in een buitenhuis hopen ze hen dit 'meer' te kunnen bieden. Vanuit een buitenhuis ben je sneller bij de bakker, een

winkel, een sportcentrum, de kermis .... Op straat, op weg naar, komen ze verschillende mensen tegen. Door elkaar regelmatig tegen te komen, ontstaat er een vertrouwd beeld en is er meer kans tot contact. Voorts leren ze een dorpsgemeenschap omgaan met mensen met een handicap, die men eerst niet durfde te benaderen door onwetendheid: hoe gaan ze reageren en hoe moet ik dan weer reageren?

In die ontmoeting groeien de inzichten. Daarom willen ze ontmoetingen stimuleren.

Ze trachten zich nuttig in te zetten in de plaatselijke gemeenschap door bijvoorbeeld lokale kranten te bedelen, door te werken bij een zorgboer,....

Voorts zijn ze steeds op zoek naar mogelijkheden binnen de plaatselijke verenigingen om aan te sluiten bij bepaalde activiteiten (muziek, kookateliers, hobbyclubs, ...).

Ze kunnen rekenen op de steun van vrijwilligers wanneer ze handen te kort hebben of om extra activiteiten te kunnen aanbieden (fietsclub, winkelhulp, zwemhulp, ...).

Ze kiezen voor de geleidelijke weg. Dit houdt in dat ze voldoende rekening houden met de initiatiefnemer, de andere deelnemers, de aard van de activiteit. Bijvoorbeeld: De buurt organiseert een jaarlijkse uitstap. Ze zullen niet massaal inschrijven maar beperkt (2 à 4 bewoners met 1 à 2 begeleiders) om te voorkomen dat in dit geval de buurtuitstap niet op een St.-Oda-uitstap lijkt. Een kleine groep deelnemers is toegankelijker en meer benaderbaar dan een grote groep, die eerder afschrikt dan uitnodigt tot contact.

Kortom: met de buitenhuizen bieden ze de bewoners een vertrouwde omgeving aan met aangepaste activiteiten, maar er is ook de mogelijkheid om deel te nemen aan het dorpsleven. Ze balanceren steeds op het koord van verbondenheid en zelfstandigheid.

De verschillende buitenhuizen zijn: De Haag, De Adelberg en De Vloeter

## **2.4 De dagopvang**

De dagopvang van Sint-Oda, 't Heultje genaamd, richt zich tot niet-schoolgaande kinderen en volwassenen met een matig, ernstig of diep verstandelijke beperking die thuis verblijven. De doelstellingen van deze werking zijn in de eerste plaats het blijven mogelijk maken voor de persoon met beperking om thuis te wonen door bepaalde taken van de ouders overdag over te nemen. De ouders worden zo veel mogelijk betrokken bij de zorg die geboden wordt tijdens de opvang.

Daarnaast willen ze een evenwichtige dagbesteding op maat bieden aangevuld met de nodige therapieën. Indien noodzakelijk of wenselijk willen ze de ouders ook ondersteunen in

de thuiszorg van hun kind. De medische opvolging van de persoon met beperking gebeurt in principe thuis door de behandelende arts van het gezin. De dagopvang wordt georganiseerd in leefgroepen door multidisciplinaire teams van leefgroepbegeleiding, pedagoge, maatschappelijk werkster, therapeuten en revalidatiearts.

't Heultje is erkend voor 34 plaatsen. Voor opname is een goedkeuring VAPH semi-internaat nodig voor kinderen tot 21 jaar of een goedkeuring VAPH dagcentrum voor mensen ouder dan 21 jaar.

't Heultje is elke weekday open van 9u00 tot 16u00. Het is ook mogelijk om deeltijds (enkele dagen per week) in dagopvang te komen. Er is vervoer mogelijk tussen thuis en 't Heultje indien men in de regio woont.

## **2.5 De Sociale Dienst**

De sociale dienst van Sint-Oda speelt een belangrijke rol binnen deze voorziening. Ze coördineert de aanmeldingen, verzorgt het contact met de ouders, is een centraal aanspreekingspunt voor de verschillende bewonersgerichte diensten, begeleidt de familie of bewindvoerder bij hun vragen rond administratieve zaken en biedt psychosociale ondersteuning. De sociale dienst vormt de brug tussen de voorziening en de familie of bewindvoerder. Dit zijn taken die ze op dit moment nog uitvoeren. Door de opkomst van het aandachtbegeleiderschap en de PVF zal hun takenpakket veranderen. Of deze veranderingen een impact zullen hebben op de werking van de SD ziet u verder in deze bachelorproef.



### **3. Theoretisch kader**

In dit literatuuronderzoek ga ik informatie geven over het veranderd maatschappijbeeld van personen met een beperking en de evolutie van de sociale dienst. Daarnaast ga ik dieper in op de persoonsvolgende financiering en Perspectief 2020.

#### **3.1 Veranderend maatschappijbeeld**

“We vormen ons voortdurend, bewust of onbewust, een beeld van alle mensen die in ons gezichts- en belangstellingsveld opduiken. Of dit beeld correct is, met andere woorden of dit overeenkomt met de realiteit van de mensen in beeld, is een niet te onderschatten bedenking.” (Wuyts, 2008) (Ter Haar, 1992)

De denkbeelden die we bijvoorbeeld over mensen met een handicap opbouwen en in ons geheugen dikwijls als versteende beelden installeren, sturen onze beoordeling en bijgevolg onze communicatie, onze sociale omgang en onze ethische beschouwingen ten opzichte van hen. Dit proces krijgt zijn weerslag onder andere in de gekozen naamgeving, die daardoor een bepaalde visie, stigmatisering of labelling blootlegt. Wanneer denkbeelden over mensen met een handicap een breder sociaal draagvlak veroveren en een mentaliteit activeren, dan zijn ze niet te onderschatten gangmakers voor overheidsbeslissingen, regelgeving en dienstverlening ten opzichte van deze mensen en ipso facto voor hun participatie in de samenleving. (Wuyts, 2008)

##### **3.1.1 Medisch model**

In de jaren 1960-1970 werd een mentale handicap als een ziekte beschouwd. De zorg was voornamelijk gericht op lichamelijke gezondheid, goede voeding, hygiëne, rust en medicijnen. Er was sprake van een segregatiebeleid omdat de gehandicapte van de samenleving werd afgescheiden. De instellingen waren niet gericht op de samenleving en namen de vorm aan van een ziekenhuis. Vandaar dat dit paradigma ook het medisch model genoemd. (Van Genneep, 2001)

##### **3.1.2 Ontwikkelingsmodel**

Het normalisatieparadigma kwam tot stand als kritiek op het medisch model. Dit paradigma ziet de persoon met een handicap als iemand met mogelijkheden. Men moet dus ook de kans geven om deze te ontwikkelen. Zij zagen personen met een beperking, als gewone mensen, maar met speciale behoeften. De leefomstandigheden diende dan ook zo normaal

mogelijk te zijn. Men streefde naar normalisatie, waarbij men steeds minder in grote instituten ging verblijven, maar eerder in kleinere woonvormen. Waar men in het ontwikkelingsmodel sprak van 'zwakzinnigen', sprak men hier van personen met een beperking. (Van Genneep, 2001)

### 3.1.3 Burgerschapsmodel

Het burgerschapsmodel gaat nog verder dan het ontwikkelingsparadigma. Zij verkiezen de term, personen met een beperking. Deze groep heeft rechten en plichten, net zoals een ander individu. Er is wel nog sprake van ondersteuning. Men streeft naar emancipatie en inclusie en dit in beide richtingen. De personen met een beperking vormen een deel van onze samenleving en moeten hier ook aan kunnen deelnemen. (Van Genneep, 2001)

## 3.2 Perspectief 2020:

Naast de hierboven geschetste maatschappelijke evoluties, moet er ook rekening gehouden worden met belangrijke internationale tendensen bij het uitstippelen van het beleid rond personen met een beperking.

### 3.2.1 VN-conventie

Deze vinden onder meer hun concretisering in de VN-conventie. Op 2 juli 2009 bekrachtigde België deze conventie. Het verdrag is voor België in werking getreden vanaf 1 augustus 2009. Hiermee werden geen 'nieuwe rechten' gecreëerd voor personen met een handicap. De mensenrechten gelden al integraal voor deze personen. Omdat personen met een handicap kwetsbaar zijn in de uitoefening van hun rechten, vond de VN dat een specifieke erkenning van deze rechten voor deze personen noodzakelijk was. Het verdrag wil personen met een handicap het volle genot van hun rechten te geven. Ze willen de landen ertoe aan te sporen een passende omgeving te creëren en de geschikte maatregelen te nemen.

"Het verdrag zou de juridische uitdrukking moeten zijn van een wijziging van paradigma, van een verandering in de medische en beschermde perceptie van de handicap ten gunste van een nieuw model dat is toegespitst op zelfstandigheid, participatie en een volwaardige en volledige integratie van deze personen in de maatschappij."

De conventie heeft dus consequenties op alle beleidsdomeinen in Vlaanderen, op het federale bevoegdheidsniveau en binnen alle sectoren van het welzijns- en gezondheidsbeleid. In het kader van deze "paradigma-omslag" en de daaraan verbonden zorgvernieuwing zien we twee belangrijke elementen. De conventie gaat uit van een ruimere

omschrijving van het begrip "handicap" dan wat men hier klassiek onder verstond en de visie die aan de conventie ten grondslag ligt, is terug te vinden in het burgerschapsmodel. Dit model als basis erkennen heeft belangrijke implicaties voor onze kijk op personen met een handicap. (Vandeurzen, 2011)

### 3.2.2 Doelstellingen

Men wil met Perspectief 2020 twee grote doelstellingen behalen.

#### *a. Realiseren van zorggarantie*

In 2020 wil de Vlaamse Overheid beschikken over een ondersteuningslandschap waarin de personen met een handicap die gebruik maken van handicapspecifieke en door het VAPH gefinancierde ondersteuning, kansen hebben tot **zelfsturing** om hun participatie aan het maatschappelijk leven in al zijn aspecten te bevorderen en om hun levenskwaliteit te verbeteren.

Ze verzekeren dat in 2020 minstens die groep van personen met een handicap, voor wie de afstand tussen de mogelijkheden van het eigen draagvlak (zelfzorg, mantelzorg, sociaal netwerk, reguliere zorg) en de ondersteuningsnood als gevolg van de handicap niet (meer) te overbruggen valt en zorgwekkend is of wordt, een kwaliteitsvolle ondersteuning krijgt tegen een maatschappelijk verantwoorde kostprijs binnen een aanvaardbare periode. Deze ondersteuning is in overeenstemming met hun zorgnood en houdt rekening met hun sociale context en hun persoonlijke voorkeur. Enkele voorbeelden van personen in een dergelijke situatie van onevenwicht tussen beschikbare draagkracht en draaglast zijn:

Personen met een handicap met een zware ondersteuningsnood die een actieve vraag stellen aan het VAPH voor zorg en assistentie. De ernstgraad van deze situaties zijn van een bepaald niveau en kan voldoende objectief aangetoond en omschreven worden aan de hand van een nieuw instrument (via inschaling). Hier gaat het over die mensen die een actieve vraag stellen tot ondersteuning en voor wie objectief, door inschaling, vast te stellen is dat het gaat om een zo zware ondersteuningsnood (op fysiek, psychisch, cognitief, sociaal vlak) dat, zelfs los van de beoordeling van de context, de vaststelling heel duidelijk te maken is dat de zwaarte / de ernst van de handicap in (praktisch) alle situaties de draagkracht van de omgeving (mantelzorg, sociaal netwerk, reguliere zorg) overschrijdt.

Personen met een handicap, waarvan hun situatie formeel erkend wordt als een noodsituatie. Het statuut "noodsituatie" wordt gegeven op basis van een geobjectiveerde evaluatie.

Kinderen en jongeren met ernstige gedrags- en emotionele problemen (GES) voor wie een actieve vraag gesteld wordt en waarbij uit de indicatiestelling (IJH toegangspoort) blijkt dat zij een beroep moeten kunnen doen op niet-rechtstreeks toegankelijke VAPH ondersteuning.

Personen met een handicap die vandaag een dringende en dwingende (omwille van het verstoorde evenwicht tussen draagkracht en draaglast) vraag stellen naar assistentie in de thuissituatie en in de private levenssfeer. De beoordeling van deze soorten van 'ernstsituaties' moet gebeuren door professionelen die zeer kort bij de PmH en zijn context staan en die, mede aan de hand van daartoe beschikbaar gestelde instrumenten, het dossier van deze personen adviseren als een "prioritair te bemiddelen dossier". Door deze groep als "prioritair te bemiddelen" te duiden, komen zij in het zorgregie gebeuren op 'de eerste rij' te staan en krijgen zij gewenste oplossingen binnen een bepaalde tijd. Bedoeling is dat tegen 2020 het handicapspecifiek en regulier aanbod zodanig is uitgebreid en aangepast dat de meeste prioritaire bemiddelingsdossiers binnen een redelijke termijn een oplossing krijgen, waardoor de noodzakelijkheid van 'prioritair te bemiddelen' ook geleidelijk aan kan wegvallen.

In elk geval kan een beschikbaar aanbod niet wegvallen zolang er geen meer passend beschikbaar is. Zo moeten we komen tot een naadloze overgang, ook tussen de sectoren. PmH die nu over een bepaald aanbod beschikken, zullen dit kunnen behouden, ook als ze niet tot de zorggarantiegroep behoren. Een keuze voor een zorggarantiegroep betekent niet dat er geen lichtere zorg- en ondersteuningsvormen meer mogelijk zijn, en dit zowel handicapspecifiek als algemeen-inclusief ondersteunend.

*b. Evolueren naar vraaggerichte zorg en ondersteuning*

Een vraaggestuurde zorg en ondersteuning staan lijnrecht tegenover een zorg, gebaseerd op aanbodsturing.

Bij een aanbodgestuurde zorg zijn het de aanbieders die verschillende mogelijkheden van zorg en ondersteuning aanbieden, op maat van het gemiddelde, volgens de logica van een zo efficiënt mogelijke organisatie voornamelijk met het oog op het 'werkcomfort' van het begeleidend personeel en van de logistieke medewerkers, van de staf en de directie. Het gaat hier als het ware over gestandaardiseerde hulpverlening voor wonen in leefgroepen, voor dagbezigheid, voor therapeutische ondersteuning, voor ontwikkelingsondersteuning,...

In een vraaggestuurd zorglandschap moet de zorgvrager of de gebruiker een kader

en een aantal instrumenten ter beschikking krijgen, waardoor hij de controle over zijn zorgen/of ondersteuning zelf in handen kan nemen, waardoor hij de regie over zijn eigen leven behoudt en zijn leven een invulling kan geven, veel meer in overeenstemming met zijn eigen wensen, verwachtingen en mogelijkheden, veel meer gelijkend op de invulling die iedere burger aan zijn leven wenst te geven.

Dit houdt in dat de gebruikers, op collectief niveau en voor de totaliteit van de (potentiële) gebruikers, betrokken zijn bij de belangrijke besluitvormingsprocessen rond de (kwaliteit van de) zorg en ondersteuning van PmH.

Gebruikersorganisaties zijn al geruime tijd stevig vertegenwoordigd in de adviesstructuren van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap zoals het Raadgevend Comité met bijhorend adviesstelsel en de Permanente Cel. Op provinciaal niveau zijn ze eveneens actief in de verschillende deelorganen en bij de deelfuncties van de zorgregie (registratie, bemiddeling, afstemming, planning) als gelijkwaardige partner met de verwijzers en de aanbieders.

Tegelijk nemen zij een belangrijk aandeel op in de vorming, sensibilisering, informatieverstrekking, belangenbehartiging van en voor PmH, niet alleen op het Vlaamse niveau, ook op het federale niveau (De Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap). In 2020 zullen de gebruikers(verenigingen) op dit niveau bovendien meer sturing geven aan de processen van vraagverheldering, aan het bewaken van "kwaliteit van bestaan" van PmH op het niveau van de aanbieders van zorg en assistentie en op het niveau van de overheid.

De gebruikersverenigingen zijn dan zelf ook meer geresponsabiliseerd rond het bepalen en respecteren van de maatschappelijk haalbare grenzen van de mogelijkheden tot zorg en ondersteuning. In de aansturing van 'het voortraject', op het niveau van de voorzieningen en op het niveau van de centrale overheid, zijn de gebruikers het best geplaatst om de bewaking te verzekeren dat dit voortraject, de werking van de voorzieningen en de besluitvorming op niveau van de overheid zoveel mogelijk georiënteerd zijn op een verbetering van de levenskwaliteit van de personen met een handicap.

Op het individuele vlak betekent 'vraagsturing' als hulpvrager toegang krijgen tot alle noodzakelijke informatie en zicht hebben op alle mogelijkheden tot ondersteuning die op de diverse levensdomeinen beschikbaar zijn. Tegen 2020 moet de informatieverlening aan de PmH veel uitgebreider en vollediger zijn dan vandaag.

Daarnaast heeft iedere hulpvrager in 2020 de mogelijkheid om, met de hulp van een zelf gekozen professionele kracht of opgeleide vrijwilliger, een proces van vraagverheldering te doorlopen. Het resultaat van dit proces vindt zijn neerslag in een ondersteuningsplan dat door de tijd heen kan evolueren, maar ook grondig kan wijzigen. Met een dergelijk uitgewerkt plan 'onder de arm' staan de PmH en zijn 'coach' veel sterker om bij de professionele hulpverleners (een) individuele dienstverleningsovereenkomst(en) af te sluiten. Dit proces, met zijn onderscheiden functies noemen wij 'het voortraject'.

In de plaats van een aanbodgeformuleerd toegangsticket krijgt de hulpvrager die een beroep wil en mag doen op n-RTH een toestemming van het VAPH voor de inzet van een aan de persoon gebonden (dus in overeenstemming met de omvang van zijn ondersteuning of zorgzwaarte-gerelateerd) budget. Naast dit vouchersysteem voor zorg en assistentie blijft er steeds een groep die zijn ondersteuning zelf kan organiseren met een cash budget.

Personen met een handicap die weten wat ze willen, die de gerustheid hebben dat hun kwaliteit van bestaan voorop staat en die voldoende budgettaire middelen inbrengen bij een aanbieder naar eigen keuze, zijn onmogelijk te rijmen met een aanbodgestuurd zorglandschap dat gevangen zit in regels, programmatiecijfers, erkende capaciteiten, all-in pakketten.

Een vraaggestuurd zorglandschap komt dan ook veel meer tegemoet aan het VN verdrag betreffende de rechten van Personen met een Handicap (art. 17 tot art. 30 van het verdrag). De gebruikers spelen een belangrijke rol bij de implementatie en de opvolging van deze VN-conventie. In de loop van deze regeerperiode zal de Vlaamse Regering duidelijkheid geven over de vraag van de gebruikers tot oprichting van een Vlaamse Hoge Raad voor Personen met een Handicap. Hierbij mogen ook de kleinere gebruikersorganisaties niet uit het oog verloren worden.

### 3.2.3 Kernelementen

Perspectief 2020 bestaat uit volgende pijlers.

#### a. Model van de vijf concentrische cirkels

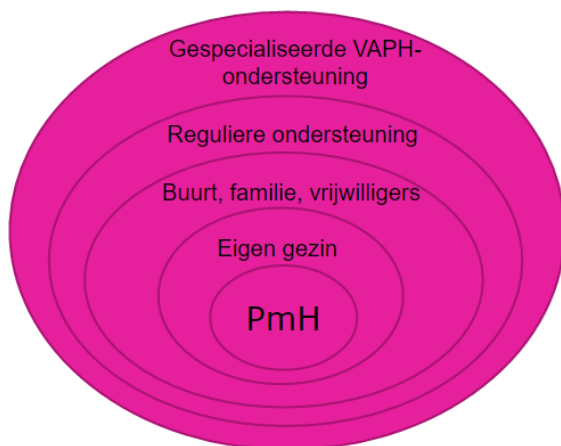
“Gewoon als het kan, speciaal als het nodig is.”

Om de VN-richtlijnen te operationaliseren, baseren we ons op een model van de American Association on Mental Retardation (AAMR). Dit model visualiseert de zorg en ondersteuning aan personen met een handicap door middel van een dynamisch ondersteuningssysteem

dat bestaat uit vijf concentrische cirkels. Elke cirkel staat voor een partij die een rol kan opnemen in de zorg en ondersteuning aan personen met een handicap.

Het AAMR-cirkelmodel telt vijf ondersteuningssystemen:

### Model 5 concentrische cirkels



1. de persoon met een handicap zelf;
2. zijn familie en vrienden;
3. informele contacten zoals collega's, burens, medeleerlingen en vrijwilligers;
4. algemene zorg- en dienstverlening;
5. gespecialiseerde zorg- en dienstverlening.

Maar in dit concentrische model ontbreekt de expliciete benoeming van een specifiek ondersteuningssysteem, nl. de zorg en ondersteuning die het gezin opneemt. We schuiven dit ondersteuningssysteem in het cirkelmodel om in een latere fase het begrip gebruikelijke zorg en ondersteuning te kunnen operationaliseren. De aard en omvang van de ondersteuning die het gezin opneemt, zal meestal (uitgesproken) verschillen van de ondersteuning en zorg die de rest van de familie of vrienden uitvoeren. De ondersteuning door familie, vrienden en informele contacten beschouwen we wel als gelijkaardig. Die beide cirkels voegen we daarom samen. Met deze twee wijzigingen hertekenen we het AAMR-model. (Vandeurzen, 2013)

Verder vertrekt het concentrische ondersteuningsmodel vanuit twee centrale uitgangspunten: complementariteit en dynamiek.

Volgens het principe van complementariteit bouwen de verschillende ondersteuningssystemen in dit model op elkaar verder. Het inzetten van een ondersteuningssysteem uit de buitenste cirkels betekent dus niet noodzakelijk dat het in de plaats komt van andere ondersteuningssystemen. Het inzetten van algemene of specialistische hulp- of dienstverlening mag dan ook niet leiden tot een ontmanteling van de ondersteuning vanuit het zorgzame sociale netwerk. De interactie tussen de op elkaar verder bouwende ondersteuningssystemen is een noodzakelijke voorwaarde om de kwaliteit van bestaan en het individueel functioneren van de persoon met een handicap te maximaliseren.

Het concentrische ondersteuningsmodel gaat er ook van uit dat de ondersteuning dynamisch georganiseerd is. In functie van de actuele noden van de persoon met een handicap en de kenmerken van zijn omringende omgeving kan de geboden ondersteuning zich dynamisch bewegen op de verschillende cirkels van het ondersteuningsmodel. Van zelfzorg en gebruikelijke zorg kan er overgeschakeld worden naar de buitenste cirkels van het model. Maar een omgekeerde beweging – van professionele reguliere of gespecialiseerde zorg naar ondersteuning door de binnenste cirkels – is even goed mogelijk. De ondersteuning voor personen met een handicap is een gedeelde verantwoordelijkheid.

*b. Goed uitgebouwd voortraject*

Met dit uitgebouwd voortraject wil de overheid een continuüm aan ondersteuning bieden. Door de inzet van volgende elementen willen ze dit bereiken:

**Rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH)**

**Een basisondersteuningsbudget (BOB)**

**Diensten Ondersteuningsplan (DOP)**

**Multidisciplinaire Teams (MDT's)**

**Niet rechtstreeks toegankelijke hulp (nRTH): In cash, als voucher, of combinatie**

**Bijstandsorganisaties**



c. Gevarieerde en flexibele ondersteuning op maat

Voor jongeren tot 21 jaar(uitzonderlijk verlengbaar tot 25 jaar) met een beperking zijn er de MFC's. Zij kunnen er vlot overschakelen tussen mobiele, ambulante, semiresidentiële en residentiële ondersteuning. Men speelt in op de noden van de PMH en door deze flexibiliteit bieden organisaties zorg op maat.

Daarnaast heb je ook het FAM, Flexibel Aanbod voor Meerderjarigen, die zich richt op PMH die ouder zijn dan 18 jaar. Om gebruik te maken van dit aanbod moet men een erkende ondersteuningsvraag hebben door het VAPH. Net zoals het MFC werkt het FAM vraaggestuurd, op maat van PMH en flexibel. Binnen het FAM heb je drie soorten begeleidingsovereenkomsten: mobiele en ambulante begeleiding, dagbestedingsondersteuning en intensieve woonondersteuning.

De organisatievormen MFC en FAM maken het mogelijk om meer ondersteuning op maat voor PMH aan te bieden. De persoon en de zorgaanbieder hebben via deze organisatievormen meer ruimte om te onderhandelen welke ondersteuning de gebruiker wenst en waar en wanneer deze zal worden geboden.

Dit komt doordat er meer combinatiemogelijkheden zijn dan vroeger en er vlotter kan worden geschakeld tussen diverse vormen van ondersteuning. Door deze soepelheid en door bijvoorbeeld zelf in te staan voor de eigen woon- en leefkosten kan de gebruiker ook meer bepalen waar en hoe hij/zij wil wonen.

De omschakeling naar meer flexibele organisatievormen is noodzakelijk om de overstap te maken naar een systeem van Persoonsvolgende Financiering (PVF). In de toekomst zal het niet langer de zorgaanbieder zijn die wordt gefinancierd, maar krijgt de persoon met een handicap zelf een budget om zijn ondersteuning mee te betalen.

### 3.3 PVF

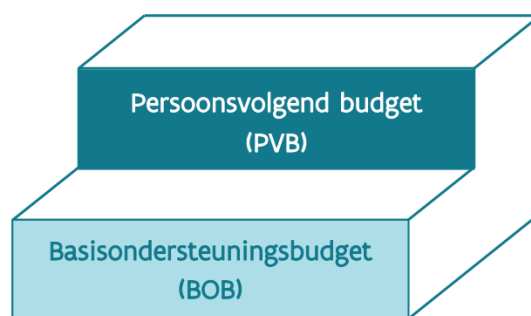
Via de PVF gaan personen met een handicap hun eigen budget kunnen beheren. Dit is een hele verschuiving ten op zichte van de hedendaagse werking, waarin de voorzieningen gesubsidieerd worden door de overheid. De persoonsvolgende financiering zal bestaan uit twee opeenvolgende trappen. Het basisondersteuningsbudget vormt hierin de eerste trede. Daarop volgt het persoonsvolgend budget.

#### 3.3.1 Basisondersteuningsbudget

Het basisondersteuningsbudget of BOB is bestemd voor personen met een handicap met een vastgestelde ondersteuningsnood, die geen gebruik maken van ondersteuning of zorg van het VAPH. Dit budget bestaat uit een forfaitair bedrag van 300€/maand. De besteding moet niet verantwoord worden en kan dienen voor verschillende vormen van ondersteuning: poetsdienst, speciaal vervoer, vrijwilligers.

De PMH kan dit combineren met Rechtstreeks Toegankelijke Hulp, met de Vlaamse Zorgpremie en met tussenkomst in hulpmiddelen(IMB).

GETRAPPT SYSTEEM



RTH is bestemd voor mensen met een handicap of vermoeden van handicap die een beperkte ondersteuningsnood hebben. De PMH kunnen terecht bij diensten RTH die erkend zijn door het VAPH of bij verschillende thuiszorgdiensten die eveneens zijn erkend door het VAPH. Binnen de RTH bevinden zich vier vormen van ondersteuning, namelijk:

**Ambulante/Mobiele begeleiding:**

Psychosociale ondersteuning

**Nachtverblijf:**

Verblijf met overnachting

**Dagondersteuning:**

Opvang/Dagondersteuning

**Ambulante/Mobiele outreach:**

Kennisoverdracht

De uitbetaling zal gebeuren door de zorgkassen of door de Vlaamse Sociale Bescherming. Tot 2018 zullen volgende doelgroepen dit budget automatisch toegewezen krijgen:

- Diegene die op 31/12/2014 en op 1/1/2016 met een actieve vraag op de CRZ geregistreerd was
- Minderjarigen die op 30/06/2015 een jeugdhulpverleningsvoorstel hadden
- Minderjarigen die beschikken over attesten verhoogde kinderbijslag met min. 12 punten
- Jongvolwassenen tot 25 jaar met een attest integratietegemoetkoming van min. categorie 3

Na 2018 gaan de BOB's geëvalueerd worden en op basis van deze evaluaties gaan er nieuwe budgets toegekend worden.

### 3.3.2 Persoonsvolgend Budget

Dit budget is voor PMH die nood hebben aan een meer intensieve ondersteuning die gebruik willen maken van n-RTH. Het PVB is een **gepersonaliseerd bedrag** per jaar. De hoogte van het bedrag is afhankelijk van de noden van de PMH.

budgetcategorie PVB nRTH	zorggebonden punten (max)	€ (max)
I	12,2345	€ 10.000
II	17,1283	€ 14.000
III	24,4690	€ 20.000
IV	33,6449	€ 27.500
V	42,8208	€ 35.000
VI	50,1615	€ 41.000
VII	53,2201	€ 43.500
VIII	55,0553	€ 45.000
IX	59,9491	€ 49.000
X	70,9602	€ 58.000
XI	88,0885	€ 72.000
XII	103,9933	€ 85.000

In tegenstelling tot het BOB moet de besteding van het PVB wel verantwoord worden en moet er een hele procedure afgelegd worden eer men gebruik kan maken van het budget. Allereerst moet er een **ondersteuningsplan** opgemaakt worden, indien mogelijk kan de PMH dit zelf opstellen of hij kan zich laten bijstaan door een **DOP** of andere hulporganisaties. Deze vraag naar ondersteuning wordt hierna beoordeeld door een erkend **MDT**. Zij objectiveren de ondersteuningsnood, bepalen de budgethoogte en leveren informatie aan in functie van prioritering. De **RPC** bepaalt of de

vraag naar het PVB op korte of lange termijn beantwoordt kan worden. Het is het VAPH dat daarna het PVB toekent.

Dit budget is beschikbaar in **drie vormen**: cash, voucher of een combinatie van beiden. Het dient om zorg en ondersteuning in te kopen. **Bijstandsorganisaties**, zoals Absolut VZW, kunnen de PMH bijstaan om zijn budget te beheren.

Het PVB kan niet gecombineerd worden met het BOB, maar is wel combineerbaar met tussenkomst van het VAPH voor hulpmiddelen en met tegemoetkomingen van de federale overheid.

### **3.4 Evolutie van de sociale dienst**

De sociale dienst van Sint-Oda is doorheen de tijd geëvolueerd. Met deze evolutie zijn er ook een aantal belangrijke verschuivingen geweest in hun takenpakket. Als we kijken naar het eind van de twintigste eeuw dan we dat de ouderbegeleiding een strikt werk is van de sociale dienst. Het is ook in deze periode dat er meer contact komt met de ouders onder invloed van het pedagogisch model. Waar dat vroeger het netwerk van een PmH de zorg voor hun kind volledig overliet aan de voorziening, zien we dat familie steeds meer en meer betrokken worden. Door het ruime aanbod aan informatiebronnen, beschikken ouders over meer kennis en worden ze ook kritischer ten op zichten van de voorziening. Het vroegere takkenpakket van de sociale dienst had vijf grote elementen:

- Psychosociale hulpverlening,
- Zorgbemiddeling en zorgcoördinatie,
- Concrete en informatieve dienstverlening,
- Signaleren, beleidsgericht en –voorbereidend werk,
- Opleiding en vorming.

Tegenwoordig zijn deze aspecten ook nog terug te vinden in de werking van de sociale dienst. Concreet zijn er binnen deze vijf pijlers wel verschuivingen geweest. Een van die verschuivingen is de communicatie naar ouders toe. Waar dat vroeger de sociale dienst instond voor de communicatie naar ouders is men op Sint-Oda overgeschakeld naar meer rechtstreekse communicatie. Nu zijn het de leefgroepen die de communicatie naar familie toe verzorgen. Zij staan dagdagelijks in contact met hun kind/familielid. Met het oog op die rechtstreekse communicatie is het idee van de aandachtsbegeleider ontstaan. Hij of zij staat op de eerste plaats om de communicatie naar familie van zijn/haar gast te verzorgen.

Medicatiewijzigingen of zaken rond kinesisttherapie worden ook rechtstreeks vanuit deze diensten gecommuniceerd. Terwijl de sociale dienst dit vroeger voor zijn rekening nam. Om de leefgroep te ondersteunen in deze belangrijke rol organiseert de sociale dienst vormingen rond het aandachtsbegeleiderschap. Zij zijn dus de coach en begeleider van de AB.

Toch kan het zijn dat er conflicten ontstaan tussen ouders en leefgroep personeel, wanneer dit escaleert dan bemiddelt de sociale dienst tussen beide partijen. Doordat het communicatiegedeelte voor een stuk is weggevallen heeft de SD meer tijd voor andere taken. Het regelen van administratieve zaken rond vergoedingen, tegemoetkomingen, GBS, bewindvoering, is een voorbeeld van opvulling van deze taken.

## **4. Praktijkgedeelte**

### **Inleiding**

In het praktisch gedeelte van het onderzoek ga ik beschrijven hoe dat ik aan de slag ben gegaan met dit onderzoek. In onderstaande tekst gaat u de volgende elementen terug vinden: de onderzoeksmethode, manier van dataverzameling, de resultaten en als orgelpunt mijn conclusies en aanbevelingen voor het onderzoek.

#### **4.1 Onderzoeksmethode**

De uiteindelijke keuze voor deze onderzoeksvraag kwam na overleg tussen mijn stagementor en mezelf. Het thema was zeer actueel en werd op de voet gevolgd door alle betrokken partners binnen de gehandicaptensector. De PVF creëert een enorme impact op het werkveld. Ik wil via dit onderzoek te weten komen wat die impact is op een sociale dienst binnen deze sector.

Voor mij was het al snel duidelijk dat er voldoende expertise aanwezig was binnen de stageplaats en de VZW waarbinnen zij valt. Deze expertise wilde ik gebruiken om mijn onderzoek naar een hoger niveau te tillen. VZW Stijn wordt gevormd door tien organisaties, die elk op hun manier een kwaliteitsvolle dienstverlening bieden aan personen met een beperking.

De keuze voor kwalitatief onderzoek in de vorm van diepte-interviews kwam dan ook niet uit de lucht vallen. Volgende organisaties hebben geholpen om dit onderzoek tot stand te brengen: Sint-Oda, 't Klavertje, De Witte Mol, De Klimroos, Groenhoef, 't Weyerke en Sint-Gerardus. Binnen elk van deze voorzieningen ben ik diepte-interviews gaan afnemen. Telkens met de sociale dienst van desbetreffende organisatie.

Ik heb een open onderzoeksvraag waardoor ik beter kan werken met kwalitatief onderzoek. Bij dit soort van onderzoek is de onderzoeksvraag breed en is er relatief weinig voorkennis. Het gevolg is ook dat je vaak niet met vaste vragen – of observatielijst werkt. Ik ben aan de slag gegaan met een topiclijst(zie bijlage) om de diepte-interviews te doen. Daarnaast heb ik gewerkt met een gestructureerde vragenlijst waar er opening was voor andere inbreng. Op die manier kan de respondent je op nieuwe ideeën of inzichten brengen, waardoor je vragen gaat stellen of op dingen gaat letten waar je van tevoren niet aan dacht. Het gaat vooral om

het verkrijgen van inzichten. In dit kwalitatief onderzoek vormen uitgewerkte gespreks- of observatieverslagen het uitgangspunt van de analyse.

## **4.2 Dataverzameling**

De data voor het onderzoek is verzameld door zeven verschillende organisaties te bevragen. Allereerst is er gestart met verschillende personen binnen Dienstencentrum Sint-Oda te interviewen. Het was een bewuste keuze om meerdere disciplines binnen de eigen stageplaats te bevragen. Omdat de werking van de sociale dienst van belang is voor heel Sint-Oda. Binnen de sociale dienst zitten veel ervaren personen. Mensen die Sint-Oda groter hebben zien worden en al verschillende veranderingen hebben meegemaakt. Het was in het belang van het onderzoek om zeker hen te interviewen. Daarnaast zijn er nog zes andere voorzieningen geïnterviewd binnen VZW Stijn. Al deze interviews zijn uitgeschreven en om al deze data beter te kunnen analyseren heb ik een topiclijst gebruikt. De tekst werd verdeeld over deze verschillende topics.

## **4.3 Resultaten**

### **4.3.1 De verschillende voorzieningen**

Elke geïnterviewde voorziening heeft een aanbod voor personen met een beperking. Dat aanbod verschilt wel per organisatie.

Vier van de zeven voorzieningen geven expliciet aan personen met een niet aangeboren hersenletsel op te vangen. Deze organisaties beschikken allebei over dezelfde twee modules. Enerzijds hebben ze dagbesteding, anderzijds kunnen zij ook woonopvang aanbieden.

Twee van de 7 voorzieningen hebben duidelijk als doelgroep de personen met een aangeboren hersenletsel. Ook deze organisaties kunnen dagbesteding en woonopvang bieden aan personen met een beperking.

Er zijn duidelijk verschillende manieren van opvang tussen de voorzieningen. Alle voorzieningen beschikken over dagopvang en woonopvang. Andere vormen van ondersteuning die vermeld worden zijn: onderwijs, begeleid werk en kortverblijf.

Het minst aantal beschikbare plaatsen binnen de voorzieningen zijn er 17, de meeste 250 plaatsen.

#### 4.3.2 Werking SD

Vijf voorzieningen werken met een sociale dienst, van de andere twee organisaties, werkt één met zorgcoördinatoren en zorgconsulenten, bij de andere heeft de sociaal assistent tevens een directiefunctie.

Uitspraak van een organisatie over de functie van zorgconsulent en zorgcoördinator:

**Zorgconsulent:**

*“Wij voelden vaak dat de context te bepalend was, je moet de context mee hebben, maar ze moeten ook hun eigen leven kunnen opbouwen. Daarom hebben we gezegd, we gaan onafhankelijk van de voorziening werken, we zitten ook onafhankelijk in een gebouw, onafhankelijk van de voorziening. We staan naast de cliënt en zijn netwerk en proberen zijn leven zo goed mogelijk uit te bouwen in al zijn aspecten. Dat kan echt enorm breed zijn, als we spreken van zorg op maat dan leveren we ook zorg op maat. Vinden we de antwoorden niet binnen de organisatie dan gaan we het zoeken buiten de organisatie. We zoeken zo veel mogelijk samenwerkingsverbanden.”*

**Zorgcoördinator:**

*“Die maakt de handelingsplannen op, maakt dossiers op, de begeleidingsaspecten van de zorggebruiker, de teams begeleiden. Dat is de verantwoordelijkheid van de zorgcoördinator. Teamvergaderingen volg ik een stuk mee. Dus die functies zitten wel een stukje door mekaar. Maar het is toch wel afgebakend, in die zin dat mijn taken: CRZ enzoverder. Maar puur het stukje zorggebruiker dan zit het wel door elkaar gewezen.”*

Van de zeven voorzieningen geven er zes aan dat ze een verschil in zien in de werking van de sociale dienst nu en de sociale dienst vroeger. Volgende verschillen worden het meest aangehaald:

- communicatie naar ouders gebeurde enkel via de SD,
- het aandachtsbegeleiderschap,
- de veranderende maatschappij waarbinnen mensen zijn kritischer geworden t.o.v. het beleid,
- de focus ligt meer op zelfredzaamheid van familieleden,
- voorzieningen die groeien waardoor takenpakket veranderd.

Ondanks het verschil tussen de organisaties zijn er wel gelijkenissen in het takenpakket van de sociale diensten. De administratie palmt een groot deel van de werking in, daarnaast vormen de intake en de begeleiding van ouders twee belangrijke pijlers binnen een sociale



dienst. De begeleiding van ouders verschilt van voorziening tot voorziening en de structuur van de organisatie.

Grotere voorzieningen beschikken over een uitgebreidere sociale dienst met meer maatschappelijk assistenten. Bij de grote voorzieningen zien we dan ook een taakverdeling terugkomen. Terwijl de kleinere voorzieningen zich moeten behelpen met één à twee maatschappelijk assistenten, die dan alle taken op zich nemen.

Binnen elke organisatie vinden we aandachtsbegeleiders terug. Dit heeft ook een invloed op de werking van de sociale dienst. Vijf van de zeven organisaties geven aan dat de aandachtsbegeleiders in staan voor de communicatie rond hun aandachtsgast naar de ouders toe.

#### 4.3.3 Het AB-schap

Elke organisatie werkt met een aandachtsbegeleider, dit is ook opgenomen binnen het vorige deel, werking SD. Het takenpakket van deze aandachtsbegeleider komt in grote mate overeen binnen de organisaties van VZW Stijn. Dit bestaat uit:

- Bespreking van praktische zaken(vb.: kledingaankoop, ziekenhuisbezoek),
- vast contactpersoonschap met de ouders in kwestie,
- coördinatie van communicatie naar ouders.

Uitspraak over het aandachtsbegeleiderschap:

*“Dat is pas een jaar of twee denk ik en dat is een onderdeel van het uitbreiden van het AB met bepaalde verantwoordelijkheid. Iemand specifiek die zich bezig houdt met dat dossier zodat je het duidelijker maakt voor de ouders. Ook dat mensen weten bij wie ze terecht kunnen, per slot van rekening vroeger stonden ze maar met 6 personen op een LG, wat nog overzichtelijk was. Dat is al lang niet meer het geval met het deeltijds werken en systemen die er gekomen zijn. Je krijgt veel meer opvoeders, gezichten in huis, wat het voor ouders echt niet evident maakt. Ouders hebben nood aan iemand vast bij wie ze terecht kunnen. Die hun toch wel wat kent, die weten wat ze belangrijk vinden en eigenlijk is dat de ideale positie voor de AB als die genoeg energie in kan steken om dat contact uit te bouwen. De link leggen tussen de verschillende diensten ook naar de ouders toe.”*

Twee organisaties geven aan dat ze wel beschikken over aandachtsbegeleiders, maar dat hun bevoegdheid meer beperkt is. Ze communiceren wel over de praktische zaken, maar andere zaken behoren toe aan de sociale dienst van deze voorziening.

Uitspraak van een organisatie waar dat het takenpakket van de aandachtsbegeleider beperkt is:

*“Wij zijn van het systeem gegaan, er zat heel veel bij de groepen en dat wordt nu terug meer gedaan door de SD. Omdat wij vonden dat er heel veel misging, vooral rond communicatie. Dat er heel veel misging in de groepen, problemen waren, waar er eigenlijk geen problemen moesten zijn. Dan hebben wij gezegd, we gaan die dingen terug meer bij de SD zetten en minder in de LG zelf. Omdat de LG, die zijn soms niet altijd van alles even goed op de hoogte. Die kennen de bewoner het beste, maar die durven ook niet altijd te zeggen wat ze moeten zeggen tegen families. Ik snap dat, het is ook niet altijd gemakkelijk om de gelegenheid te vinden binnen de LG om dat tegen de families te zeggen. Want er lopen andere bewoners rond, andere familieleden. Dan moeten ze die al echt apart gaan pakken. Dat is niet altijd even simpel.”*

#### 4.3.4 Toekomstige werking van SD

Uit de gegevens die geanalyseerd zijn blijkt dat alle sociale diensten het berekenen van het ‘kostenplaatje’ op zich gaan nemen. Hierbij horen ook de onderhandelingen die ermee gepaard gaan. In het kader van de PVF gaat elke persoon met een beperking een budget krijgen. Met dit budget gaan zij naar een voorziening waar er bepaald welke zorg de PmH kan realiseren met zijn budget.

Twee voorzieningen hebben al praktijkervaring met onderhandelen door het werken met convenanten en personen met een PAB-budget. Zij kiezen ervoor om dit samen met directie te doen om zo hun positie niet in gedrang te brengen.

*“Vroeger had je een intakegesprek en baseerde je u op de zorg die de persoon nodig had, wat is belangrijk voor die persoon? Dat was eigenlijk puur, welke zorg heeft die nodig? Wat is belangrijk om goede kwaliteit van leven te geven? Daar vertrokken we uit. Je zat op dezelfde stoel als de zorggebruiker, familie. Nu doet je dat stukje van zorg, maar op een bepaald moment komt je op de prijs. Wat kost het hier om te komen wonen? Ik verzeker u vanaf het moment dat je over geld begint krijgt je een heel ander gesprek. Nu ik moet wel zeggen, vanaf het moment dat ik voelde dat het niet evident was om die gesprekken te doen heb ik dat wel samen met onze directeur gedaan. Waar ik voel van dat is toch wel heel erg*

*lastig, dat gaat mijn relatie met die familie heel erg beschadigen of niet ten goede komen naar de toekomst toe dan helpt de directeur, die pakt een stuk financieel over.”*

De andere vijf voorzieningen vragen zich ook af of hun relatie met de families niet in gedrang komt door deze onderhandelingen.

Uit de verzamelde data blijkt dat de verschillende organisaties meer gaan inzetten op hun PR-functie. Dit wil zeggen dat ze zich meer gaan profileren naar de buitenwereld toe. Hetgeen wat nodig is omdat de voorzieningen geen subsidies meer gaan krijgen van de overheid. De personen met beperking zelf of hun bewindvoerder hebben het budget in handen.

#### 4.3.5 Persoonsvolgende financiering

Alle organisaties hadden zowel positieve als negatieve kritiek op deze hele omwenteling. De positieve punten waren:

- De differentiatie binnen de budgetten zijn goed.
- Personen kunnen zelf hun zorgpakket samenstellen.
- Combinatie tussen voorzieningen en reguliere werking.

Negatieve zaken die werden aangehaald:

- Solidariteit komt onder druk te staan.
- Het individueel toekennen van budgetten aan mensen die het niet meer kunnen.
- Concurrentie tussen voorzieningen. Het wordt meer een marktprincipe.
- De schotten tussen doelgroepen vervagen.
- Budgetten zijn niet voor iedereen toereikend.
- Mensen met de zwaarste zorgnood blijven in de kou staan.
- Verschillen in zorg door de verschillende budgetten.
- Wachtlijsten gaan niet meteen verdwijnen.
- De flexibiliteit binnen de voorzieningen op vlak van zorg voor de gebruikers zal minder worden.
- Verdwijnen van het gereserveerd zakgeld.
- Overvraging van de DOP's.

Uit de verzamelde data blijkt dat de voorzieningen allemaal zitten met praktische vragen rond de PVF. Omdat er nog geen uitvoeringsbesluiten zijn vanuit de Vlaamse Overheid, zijn deze organisaties nog zoekende naar hun toekomstige werking.

## **4.4 Conclusies en aanbevelingen**

### **4.4.1 Conclusies**

Uit de bevraging rond de algemene gegevens komt voort dat er grote verschillen zijn tussen de voorzieningen. Zowel qua opvangmogelijkheden(dagbesteding, woonopvang, kortverblijf,..) als op het vlak van het aantal beschikbare plaatsen. Dit aantal heeft een invloed op de grootte van de sociale dienst. Als we een gemiddelde nemen van het aantal gasten per maatschappelijk assistent dan komen we op 40 gasten per MA. Aangezien dit een gemiddelde is zijn er ook sociale diensten die er meer gasten op na houden. Op gebied van werkbelasting kan dit al tellen, vanuit de voorzieningen zijn er echter geen punten van kritiek gekomen.

We zien dat doorheen de jaren de werking van de sociale dienst over het algemeen is veranderd. Waar dat ze voordien instonden voor alle communicatie naar de ouders toe is dat langzamerhand overgegaan op de leefgroepen. De voornaamste reden hiervoor is dat de rechtstreekse communicatie meer op de voorgrond kwam. Het verzorgend personeel werkte dagdagelijks met de gasten, zij kenden hen dan ook het beste.

Vanuit dit inzicht kunnen we stellen dat de brugfunctie van de meeste sociale diensten tussen familie en voorziening meer verschoven is naar de leefgroep. Uit de resultaten blijkt wel dat de SD de communicatie naar ouders toe wel nog begeleid waar nodig. Als er bijvoorbeeld delicate kwesties besproken moeten worden dan vraagt de LG wel nog om advies aan de SD. We kunnen dus stellen dat de SD niet meer de brug is tussen organisatie en familie, maar eerder de reling. Een houvast en vertrouwenspersoon voor beide partijen.

In het kader van de communicatie tussen LG en familieleden hebben we ook het AB-schap onderzocht. Elke organisatie beschikt over aandachtsbegeleiders binnen de LG. Deze begeleiders zijn de voornaamste contactpersonen voor de desbetreffende ouders. Twee van de geïnterviewde voorzieningen beperken echter het takenpakket van de AB. Zij vonden dat er veel miscommunicatie was tussen de LG en familieleden. Wanneer ze moesten ingrijpen was de afstand inmiddels te groot tussen de sociale dienst en de gezinnen. De SD van deze voorzieningen beschikken wel nog over de brugfunctie.

Daarnaast merken we verschillen op tussen de structuur van de sociale diensten. Vijf organisaties beschikken over een reguliere SD met een diensthoofd. Één voorziening heeft bewust de overgang gemaakt van SD tot zorgconsulentendienst. Omdat hun doelgroep nog

veel kan en zelf wil. Zij wilde graag naast de persoon met beperking staan, vandaar de omschakeling. De andere voorzieningen werken met een doelgroep die meer zorg nodig heeft en waar de zelfstandigheid beperkt is. Hier gebeurt het merendeel van de communicatie tussen familie en sociale dienst, dus niet tussen de PmH en sociale dienst.

De voorzieningen waren unaniem over de gevolgen van de PVF. Ze gaan zich meer moeten profileren en de sociale diensten zullen ook meer gaan moeten inzetten op hun PR-functie. Een goede reputatie creëren en behouden gaat volgens de organisaties een belangrijk aandachtspunt zijn. Daarnaast zal het voor de SD een bijkomende taak worden om de individuele dienstverleningsovereenkomsten af te sluiten met de ouders of bewindvoerder. Uit onderzoek blijkt dat elke voorziening dit ook aangeeft.

Over de persoonsvolgende financiering zelf stelden alle geïnterviewde voorzieningen zich vragen over de praktische uitwerking van het decreet. Mensen zijn vragende partij achter duidelijkheid aangezien er nog geen uitvoeringsbesluiten zijn vanuit de Vlaamse Overheid. Vanuit de resultaten kunnen we ook besluiten dat de voorzieningen niet enkel vragen hebben, maar ook kritisch zijn t.o.v. deze nieuwe omwenteling. Ze hebben zowel positieve als negatieve punten.

De **positieve punten** kunnen we als volgt samenvatten: Er komt differentiatie in de budgetten. Mensen met een zware zorgnood, krijgen ook een hoger budget. De PmH kan zelf zijn zorgpakket samenstellen, op die manier kan er flexibel gebruik gemaakt worden van het zorgaanbod van voorzieningen en het aanbod van reguliere voorzieningen(vb.: thuiszorg).

Hier volgt een overzicht van de **negatieve punten** die we als volgt omschrijven: De voorzieningen vrezen dat de solidariteit onder druk komt te staan. Nu krijgen voorzieningen evenveel subsidies voor personen die in een nursingtehuis zitten als personen die in dagbesteding verblijven. Wat maakt dat het stuk dat voorzieningen over hebben van de minder zorgbehoevende, kunnen integreren bij de meer zorgbehoevende. Dit gaat dus niet meer het geval zijn.

De PVF zal volgens de voorzieningen voor concurrentie zorgen. Organisaties gaan afhankelijk zijn van de budgetten die ze krijgen van PmH. Dit betekent dat ze ook mensen moeten gaan aantrekken. Ze vrezen voor vermarkting van de zorg.

Uit berekeningen die organisaties hebben gedaan blijkt dat de budgetten niet toereikend zijn voor elke gast. Sommige gasten hebben zo een zware zorgnood, dat het hoogste budget van de PVF niet volstaat om deze zorg te bekostigen.

Doordat er verschillen in budgetten zijn komen er ook verschillen tussen het zorgaanbod per bewoner. Dat kan er voor zorgen dat er differentiatie komt in het activiteitenpakket per bewoner. Zo creëer je ongelijkheid.

Daarnaast gaan de wachtlijsten niet meteen verdwijnen. Het gaat een andere soort van wachtlijst zijn door het toekennen van de prioriteiten door het RPC. Mensen met een prioriteit één zullen sneller geholpen worden dan iemand met prioriteit 3.

Waar dat vroeger mensen, die al gebruik maakte van zorg in een voorziening, makkelijker konden switchen tussen opvangmogelijkheden, gaat dit in de toekomst moeilijker worden.

#### 4.4.2 Aanbevelingen

Naast de conclusies die ik heb getrokken uit de resultaten ga ik ook een aantal aanbevelingen voorstellen. Deze aanbevelingen richt ik zowel tot het beleidsniveau als tot het niveau van de organisatie, in dit geval Sint-Oda.

- In het kader van de persoonsvolgende financiering zou er ondertussen al wat meer duidelijkheid mogen komen vanuit de Vlaamse Overheid. Zowel de organisaties als het netwerk van de personen met een beperking zijn op zoek naar antwoorden. Familieleden zijn ongerust over de komende verandering en brengen deze over naar de sociale dienst, maar ook zij kunnen voorlopig niet alles beantwoorden. Mijn eerste aanbeveling luidt: “Zorg voor duidelijkheid.”
- Op vlak van het afsluiten van de individuele dienstverleningsovereenkomst stel ik voor dat de sociale dienst dit samen met directie doet waar nodig. De sociale dienst moet een vertrouwde dienst zijn voor het netwerk van de PmH. De impact van het financieel gedeelte kan groter zijn als men zou denken. De volgende aanbeveling: “Voorkomen is beter dan genezen.”
- Hoewel dat het besef er is binnen de sociale dienst van St.-Oda wil ik toch deze suggestie maken. De sociale dienst bestaat op dit moment uit vijf werkrachten, maar hun uren zijn niet op elkaar afgestemd, waardoor er minder formele en informele overlegmomenten kunnen plaatsvinden. Dit zou enerzijds het teamgevoel versterken

en anderzijds kunnen ze zich sterker profileren als dienst binnen de werking van Sint-Oda.

- Dit is belangrijk, zeker met de komst van de persoonsvolgende financiering. Waar men zich duidelijk moet manifesteren als een warme en toegankelijke dienst.
- De sociale dienst staat op dit moment wat meer langs de zijlijn op vlak van de communicatie naar ouders toe. Ze zijn als het ware de coach van het LG-personeel. Er worden verschillende initiatieven ondernomen door de SD om deze coaching op zo een effectieve manier te doen. De SD organiseert vorming rond hoe communiceren met ouders, geven LG advies wanneer er moeilijkheden zijn. Maar ik stel voor om terug meer betrokken te geraken bij het netwerk rond de persoon met een beperking. Dus niet enkel de reling van de brug, maar nog iets meer.
- Om te voorkomen dat de sociale dienst achter de feiten zou lopen stel ik voor om een informaticatool binnen de logboeken te ontwikkelen waardoor de SD sneller kan achterhalen wanneer ze best kunnen inspringen. Dit staat dan in relatie met die grotere betrokkenheid.
- De laatste aanbeveling gaat over het toekomstig takenpakket van elke maatschappelijk assistent op zich. Ik stel voor dat taken worden gekoppeld aan competenties. Elke MA heeft haar kwaliteiten, het lijkt mij een goed idee om ook gebruik te maken van deze competenties.

## **5. Kritische reflectie**

### **5.1.1 Inleiding**

In dit deel vindt u mijn kritische kijk op het doorlopen proces als onderzoeker, het eindproduct en mezelf. Ik beëindig deze bachelorproef met mijn eigen visie over de persoonsvolgende financiering en de werking van de sociale dienst.

### **5.1.2 Kritische blik op het doorlopen proces**

Mijn keuze voor een stageplaats binnen de gehandicaptensector was een sprong in het diepe. Ik was nog nooit in die mate in aanraking gekomen met dit werkveld. Met als gevolg dat ik met een beperkte kennis gestart ben aan mijn stage. Ondanks dat we gedurende het eerste semester van het academiejaar ingewijd werden in de wereld van de persoonsvolgende financiering en Perspectief 2020, bleek dat er nog een groot verschil zat tussen de theorie en de praktische uitwerking. Omdat ik min of meer een leek was binnen de gehandicaptensector heb ik in overleg met mijn stagementor mijn onderzoeksvraag bepaald.

Ik had al wat kennis opgedaan over de persoonsvolgende financiering, maar dat was onvoldoende om aan dit onderzoek te beginnen. Door de vormingen die ik heb kunnen volgen en het feit dat het een heel actueel thema was gedurende deze stage heb ik mezelf kunnen bijscholen. Ik zat dus op de juiste plaats en het juiste moment om deze bachelorproef te realiseren.

Omdat de sociale dienst binnen Sint-Oda zelf nog zoekende was naar hun toekomstige werking, kon mijn bachelorproef van nut zijn voor hen. Gedurende de eerste weken van mijn stage werd het onderzoeksprobleem, de doelstelling en onderzoeksvraag al snel duidelijk.

Daarna ben ik op zoek gegaan naar welke en hoeveel personen ik ging bevragen. Op advies van de stagementor ben ik respectievelijk twee personen binnen de sociale dienst gaan bevragen en daarnaast nog twee personen op directieniveau. Deze mensen hadden immers veel kennis van zaken i.v.m. de persoonsvolgende financiering en daar bovenop bakken ervaring.

Toen ik mijn interviews had gedaan en uitgeschreven zat ik op een dood punt. Op dat moment heb ik ook meteen een afspraak gemaakt met mijn bachelorproefbegeleidster. Zij had mij de tip gegeven om nog andere organisaties binnen VZW Stijn te bevragen anders zou mijn onderzoek niet zwaar genoeg doorwegen.



Vol goede moed ben ik hiermee gestart. Ik had het voordeel om te werken binnen deze VZW. Al mijn contactnamens verliepen vlot en ondanks de drukke periode kon ik relatief snel bij hen terecht voor een interview.

Door het kleine oponthoud zat ik voor mezelf wel wat achter op schema. Daarom dat ik een tandje heb bij gestoken gedurende de paasvakantie. In totaal heb ik tien interviews afgenomen, elk gesprek nam een vijftigtal minuten in beslag. Dat zorgde natuurlijk wel voor wat typewerk om ze allemaal uit te schrijven.

Eens alle data verzameld was kon ik aan de slag gaan om het geheel te gaan analyseren. Ik maakte gebruik van mijn topiclijst om de verkregen data te ordenen. Daarbij moest ik wel zorgvuldig te werk gaan zodat ik de gegevens bij de juiste topic voegde.

Toen ik mijn data-analyse af had kon ik starten met het oplijsten van de resultaten. Dankzij mijn topiclijst was dit relatief eenvoudig. Het grote werk was ondertussen al gedaan, daarna was het gewoon een kwestie van de juiste conclusies te trekken en haalbare aanbevelingen te doen.

Als ik terugkijk op deze drukke periode dan kon ik het mezelf toch makkelijker maken. Door sneller de afspraak te maken met mijn bachelorproefbegeleiderster had ik al wat drukte kunnen vermijden. Daarnaast duurde het wel even voor dat ik mijn doel voor ogen had. In het begin ging het niet vooruit met het theoretisch gedeelte, na de afspraak met de bachelorproefbegeleidster en advies van mijn stagementor is alles in een stroomversnelling gekomen. Uiteindelijk heb ik alles op tijd kunnen inleveren, dus, ik ben een tevreden man.

### 5.1.3 Beperkingen van het onderzoek

Ik heb het gevoel dat ik nog dieper op het onderzoek zou kunnen zijn ingegaan als ik sneller een doel voor ogen had. De combinatie van een onderzoek voeren en met voldoende engagement je stage doen is veeleisend en maakt dat je aantal uren voor het schrijven van een bachelorproef beperkt zijn.

Ik heb enkel binnen VZW Stijn voorzieningen geïnterviewd. Dit was een bewuste keuze, maar dit zorgt ervoor dat mijn resultaten en conclusies gebaseerd zijn op hun mening. Hierdoor kan het zijn dat mijn onderzoek niet representatief is voor elke sociale dienst binnen de gehandicaptensector.

Daarnaast heb ik ook 4 interviews binnen Sint-Oda zelf gedaan. Wat maakt dat de resultaten wat meer gekleurd zijn. In totaal heb ik zeven organisaties geïnterviewd binnen de gehandicaptensector dus het kan zijn dat dit ook een invloed heeft op de representativiteit van het onderzoek.

Ik beseft heel goed dat de persoonsvolgende financiering pas start in januari van volgend jaar. Dus wat nu de concrete impact gaat zijn en hoe alles georganiseerd gaat worden is nog een vraag. De organisaties binnen VZW Stijn beschikken wel over heel wat expertise wat maakt dat deze resultaten toch kwaliteitsvol zijn.

#### 5.1.4 Eigen visie

In het kader van perspectief 2020 waar dat personen met een beperking meer rechten en plichten krijgen vind ik dit een logisch gevolg. Dat zij een eigen budget krijgen wat ze zelf kunnen spenderen kan ik alleen maar toejuichen. De flexibiliteit om enerzijds gebruik te kunnen maken van een gespecialiseerde voorziening en anderzijds van de reguliere werking is een mooi initiatief. Maar dit geldt voor mij enkel voor diegene die nog zelf die beslissingen kunnen maken. Voor mensen met een matig tot diep mentale handicap vind ik dit geen vooruitgang. Zij hebben de mogelijkheden niet om zelf beslissingen te maken, dus wordt alles eigenlijk boven hun hoofd beslist.

Daarnaast is het nog maar de vraag of er budget voor iedereen gaat zijn. Steeds vaker komt de vraag voorbij of dit alles geen besparingsmaatregel is. Nu als we kijken naar het basisondersteuningsbudget (BOB), waar dat de persoon met een beperking met 300€/maand het laantje wordt ingestuurd, dan zou je bijna kunnen denken van wel. De uitgave van het BOB moet immers niet verantwoord worden. Daar zou toch wat aan gedaan moeten worden om misbruik tegen te gaan.

De zorggarantie voor mensen die al in de zorg zitten verdwijnt ook voor een stuk. Waar dat personen bijvoorbeeld vijf dagen per week in een voorziening verblijven en ze willen naar zeven dagen gaan dan moeten ze heel de procedure (ondersteuningsplan, MDT,...) terug doorlopen. Je hebt dan wel de procedure noodsituatie, maar dan moet deze wel goedgekeurd worden natuurlijk.

Uiteindelijk hoop dat deze omschakeling vlot gaat verlopen, maar ik sta er toch wat sceptisch tegen over.

De sociale dienst gaat een belangrijke rol spelen in het plaatje van de persoonsvolgende financiering. Zij zullen samen met ouders de individuele dienstverleningsovereenkomst bespreken. Binnen deze overeenkomst zit ook het kostenplaatje van de zorg op jaarbasis.

Het gaat afwachten worden wat het effect zal zijn van deze onderhandeling op de relatie tussen sociale dienst en het netwerk van personen met een beperking. Ik hoop net zoals ik aangegeven heb binnen mijn aanbevelingen dat ze deze besprekingen samen organiseren met iemand van directie. Op die manier blijft hun positie als partner van ouders behouden.

Zoals we gezien hebben in het onderzoek is de sociale dienst zich steeds meer gaan profileren als een coachende dienst. Ik vind het een positieve zaak dat leefgroepen advies krijgen rond communicatie met ouders. Maar toch vind ik dat we niet alles uit handen mogen geven. Wanneer we onszelf meer langs de zijlijn plaatsen heeft dit volgens mij negatieve gevolgen op de relatie met leefgroepen en familieleden. Het is dan moeilijker om te interveniëren wanneer er een probleem zich voordoet.

Ik ben er van overtuigd dat de sociale dienst van Sint-Oda een zeer bekwame dienst is. Dat is nu het geval en zal met al de ontwikkelingen ook zo blijven. Voor hen is het ook nog zoeken naar hun concrete toekomstige werking. Maar met de ervaring en het engagement van de individuele werkrachten zal deze dienst één zijn waar mensen ook met de komst van de persoonsvolgende financiering op zullen kunnen rekenen.

### 5.1.5 Algemeen besluit

Binnen dit eindwerk heb ik getracht om een antwoord te formuleren op mijn onderzoeksvraag: Welk effect heeft de persoonsvolgende financiering op de werking van de sociale dienst?

Doordat ik deze bachelorproef geschreven heb in functie van mijn stageplaats lag mijn focus ook op de bruikbaarheid voor de sociale dienst van Sint-Oda. Zowel in het theoretisch gedeelte als in het praktisch aspect zijn bepaalde elementen duidelijk gericht op deze voorziening.

Omdat ik gedurende mijn stage veel in aanraking kwam met de persoonsvolgende financiering en het een actueel thema was dat op de voet gevolgd werd, vond ik het interessant om dit te onderzoeken.

De financiering en alles wat daarbij hoort zal het onderwerp blijven binnen het gehele werkveld. Er is nood aan een goede voorbereiding om de overgang zo vlot mogelijk te laten verlopen. Als ik binnen VZW Stijn kijk dan wordt dit door alle voorzieningen gedragen. Personeel wil op de hoogte zijn en blijven, vormingen worden met de nodige leergierigheid gevolgd.

Daarnaast vind ik dat er nog meer duidelijkheid nodig is vanuit de Vlaamse Overheid zodat iedereen die betrokken is binnen de sector weet wat hem of haar te wachten staat. Wanneer dit gebeurd zal ook de sociale dienst zijn toekomstplaatje kunnen afwerken en operationaliseren. Een werking die blijft inzetten op de relatie ouder-sociale dienst. Deze dienst staat in vele gevallen in voor het eerste contact, het lijkt mij nuttig om dit contact op een warme manier te onderhouden.

Ten slotte hoop ik dat heel de gehandicaptensector door de persoonsvolgende financiering geen markt wordt. Mensen gaan een eigen budget ter beschikking krijgen voor de aankoop van zorg. Voor de personen met een beperking die deze mogelijkheden niet hebben om hun eigen zorgpakket samen te stellen, hoop ik dat hun ouder of bewindvoerder kijkt naar de zorg die nodig is en niet naar het financiële aspect.

## **Bibliografie**

Baarda, B. (2014). *Handeleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Gi, L. (2014). *Oda aan Stijn*. Overpelt: Uitgegeven in eigen beheer.

Sint-Oda. (2010). *Taken sociale dienst*.

Sint-Oda. (2016). *Voorstelling dienstverleningsaanbod*. Opgeroepen op februari 15, 2016, van Stijn: <http://www.stijn.be/index.php?LOC=ODA&PAG=voorstelling>

Ter Haar, A. (1992). *Gewoon in beeld. Visies op de beeldvorming over mensen*. Leuven: Garant.

Van Gennep, A. (2001). *Beperkte burgers: over volwaardig burgerschap voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Swp B.V.

Vandeurzen, J. (2010). *Nieuw ondersteuningsbeleid voor Personen met een Handicap*. Brussel, België.

Vandeurzen, J. (2015, februari). *Vlaams beleid voor personen met een beperking: invoering van het decreet persoonsvolgende financiering*. België.

VAPH. (2007). *Persoonsvolgende Budget*. Opgeroepen op maart 28, 2016, van VAPH: <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/10829797-Persoonsvolgend+Budget+%28PVB%29.html>

VAPH. (2007). *Perspectief 2020*. Opgeroepen op maart 30, 2016, van VAPH: <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/5146351-Perspectief+2020.html>

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2007). *Basisondersteuningsbudget*. Opgeroepen op maart 28, 2016, van VAPH: <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/10829732-Basisondersteuningsbudget+%28BOB%29.html>

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2007). *Persoonsvolgende Financiering*. Opgeroepen op maart 28, 2016, van VAPH: <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/9671459-Persoonsvolgende+Financiering+%28PVF%29.html>

Walbers, D. (2014, oktober 21). Toekomst overleg sociale dienst. Overpelt, Limburg, België.

Wuyts, B. (2010). Beeldvorming en participatie van mensen met een handicap: Een historisch perspectief in de West-Europese samenleving. België.

## Bijlagen

### Bijlage 1: Strategiekaart VZW Stijn 2016-2020

# Strategiekaart vzw Stijn 2016-2020

## **UITDAGING 1: We zijn warme zorgaanbieders**

We zorgen voor een hartelijk welkom en bieden keuze binnen een breed aanbod van ondersteuningsvormen. In dialoog met de zorgvrager komen we tot een individueel akkoord en tot duidelijke afspraken over de ondersteuning. We activeren het netwerk van de zorgvrager. We zorgen voor een warme sfeer en benadrukken het belang van het solidair samenleven.

## **UITDAGING 2: We zijn een toonaangevend werkgever**

We voeren een personeelsbeleid dat professionaliteit met menselijkheid combineert. We zijn bekommerd om het fysieke en mentale welbevinden van onze personeelsleden en waken, in dialoog met de werknemer en zorgvrager, over de werkbelasting. We geven medewerkers ruimte en groeikansen. We stimuleren hen om initiatieven en verantwoordelijkheid te nemen. We komen op voor onze personeelsleden. We hebben bijzondere aandacht voor de vaak moeilijke positie van onze leidinggevenden. We appreciëren de inzet van onze medewerkers.

## **UITDAGING 3: we zijn sociale ondernemers**

We ontwikkelen nieuwe initiatieven ten behoeve van onze (toekomstige) cliënten. We ontplooiën activiteiten die, rechtstreeks maar ook onrechtstreeks, ten goede komen van mensen met langdurige zorgnoden. We werken hiervoor samen met partners van binnen en buiten de zorg. We streven naar verbetering en efficiëntiewinsten waar mogelijk. We hebben hierbij bijzondere aandacht voor de logistieke diensten, die we liefst intern houden. We werken goed samen binnen vzw Stijn zonder de positieve effecten van autonomie van de dienstencentra en afdelingen uit het oog te verliezen.

## Uitdaging 1: We zijn warme zorgaanbieders

### Wegwijzer 1:

We zorgen, vanaf het eerste contact, voor een warm welkom. Het onthaal is laagdrempelig en professioneel. Cliënten worden vlot en goed op weg geholpen. We maken de vraag en de mogelijkheden van de cliënt en zijn netwerk duidelijk. De keuzemogelijkheden zijn divers.

### Wegwijzer 2:

De kwaliteit van leven van de persoon met een handicap is het vertrekpunt van onze zorg. In de hele organisatie voelen we hartelijkheid, respect en geloof in mogelijkheden. Hierdoor geven we "net dat tikkeltje meer".

### Wegwijzer 3:

De ondersteuning die we bieden is transparant. De wederzijdse verwachtingen worden doorgesproken, zo duidelijk mogelijk geformuleerd en geregeld bijgesteld.

### Wegwijzer 4:

We activeren het netwerk van de cliënt. We zijn specialist in het zoeken en het versterken van partners in de zorg. Vrijwilligers zijn belangrijk!

### Wegwijzer 5:

We stimuleren overal waar zorggebruikers samenleven, -wonen of -werken, een cultuur van een open dialoog en solidariteit.

## Uitdaging 2: We zijn een toonaangevend werkgever

### Wegwijzer 6:

We zoeken in dialoog naar het evenwicht tussen werk en gezin en staan daarbij open voor nieuwe werkvormen. We hebben aandacht voor het fysieke en mentale welbevinden van de medewerkers en zijn bereid, samen met hen, te zoeken naar mogelijkheden om dit welzijn te verbeteren. We komen op voor ons personeel en onze vrijwilligers.

### Wegwijzer 7:

We informeren onze medewerkers en investeren in contacten en uitwisseling tussen verschillende diensten, dienstencentra, locaties en afdelingen. Via onderlinge contacten vergroten we de betrokkenheid, geven we inspraak en groeikansen en zorgen we voor informatiedoorstroming, personeelsdoorstroming en vorming.

### Wegwijzer 8:

We hebben aandacht voor de leidinggevenden en ondersteunen hen. We stimuleren leidinggevenden om voldoende aanwezig te zijn op de werkvloer maar ook om voldoende afstand te nemen om het overzicht te bewaren. Onze leidinggevenden zijn betrokken, weten waarover het gaat, en krijgen de ruimte om te ontplooiën en beslissingen te nemen.

### Wegwijzer 9:

We creëren ruimte voor zelfontplooiing en hebben oog voor talent. Personeelsleden en vrijwilligers ervaren dat hun inzet wordt opgemerkt en naar waarde wordt geschat. We creëren een cultuur waarbij appreciatie kan getoond worden op verschillende creatieve manieren.



## Uitdaging 3: We zijn sociale ondernemers

### **Wegwijzer 10:**

We gedragen ons op alle echelons als sociale ondernemers. We geven teams de hiervoor noodzakelijke ruimte, vrijheid en verantwoordelijkheid. We nemen initiatief, zijn creatief in het zoeken naar oplossingen, zoeken naar externe partners enz. We ontwikkelen nieuwe activiteiten om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en om tegemoet te komen aan onbeantwoorde zorgnoden. We zijn daarnaast ook bereid bepaalde deskundigheden te vermarkten indien we op die manier extra inkomsten kunnen genereren die we herinvesteren in de zorg.

### **Wegwijzer 11:**

We spelen in op de ontschotting binnen de welzijnssector, zonder onze kernopdracht (zorg voor personen met een handicap) te verwaarlozen. We staan open voor gemeenschappelijke projecten met partners uit verschillende sectoren.

### **Wegwijzer 12:**

De interne ondersteunende diensten zijn minstens marktconform qua prijs en kwaliteit. We reorganiseren waar nodig om de effectiviteit en efficiëntie van de diensten te verbeteren. Waar de prijs en kwaliteit niet marktconform is en blijft, stoten we af.

We proberen ondersteunende processen (logistiek, huisvesting, informatica, sociaal secretariaat, onderhoud, wasserij, keuken, boekhouding enz.....) binnen de organisatie te behouden en zelfs uit te bouwen. Zo garanderen we dat ze zorg ondersteunend blijven en op maat van onze behoefte. Zo houden we competenties intern.

### **Wegwijzer 13:**

We zorgen voor een positieve, open en gerichte communicatie naar de brede bevolking en potentiële zorgvragers. We gebruiken alle relevante communicatiekanalen die beschikbaar zijn. We zorgen ervoor dat cliënten de weg naar ons vinden. We zorgen ook voor een efficiënte interne informatiedoorstroming.

## **Bijlage 2: Functieprofiel personeel sociale dienst**

### **1 FUNCTIEDOEL**

De sociale dienst heeft als doel het ondersteunen en optimaliseren van de onderlinge relaties tussen bewoner, familie/wettelijk vertegenwoordiger en instelling.

### **2 POSITIE OF PLAATS IN DE ORGANISATIE**

- De sociale dienst maakt deel uit van de bewonersgerichte stafdiensten.
- Het personeel legt verantwoording af aan het hoofd van de dienst.

### **3 KWALIFICATIEVEREISTEN OF 'GELIJKWAARDIG NIVEAU'**

- Bachelor in maatschappelijk werk of sociale verpleegkunde.

### **4 RESULTAAT EN TAAKOMSCHRIJVING**

#### **4.1 Resultaat 1: Er heerst een open en gezond communicatieklimaat tussen de instelling en de familie/wettelijke vertegenwoordigers**

##### *Taken*

- Ondersteuning bieden voor het in stand houden, bevorderen of verbeteren van relaties.
- Indien nodig het ontwikkelen of herstructureren van relaties, vertrekkende vanuit de persoon met een handicap of zijn/haar familie/wettelijke vertegenwoordigers.
- Een luisterend oor bieden en trachten in te leven om de kwaliteit van de relatie te verbeteren.
- Opvolgen en afhandelen van klachten van gebruikers.
- Familie/wettelijke vertegenwoordigers informeren over het wel en wee van hun zorggebruiker (op vlak van communicatie, voedingsgebeuren, gehoor, therapieverloop ...). Hierbij rekening houdend met de privacy van de zorggebruiker en het beroepsgeheim.
- Een open communicatie voeren met alle betrokken partijen.
- Actief deelnemen aan de procedure zorgplanning door uitnodigen van familie/wettelijk vertegenwoordigers voor de bewonersbespreking met achteraf bezorgen van zorgplan en bijhouden van de anamnese.
- Rapporteren over en bespreken van de sociale evolutie van elk kind (logboek, stafvergadering, oudergesprekken).
- Opvolgen van bewoners via logboek en leefgroepbezoeken.
- Uitwisselen van de nodige actuele informatie aan bewonersadministratie en aan externe instanties (o.a. VAPH).

## **4.2 Resultaat 2: Familie/wettelijke vertegenwoordigers worden ondersteund op het vlak van administratieve zaken en sociale problematieken**

### *Taken*

- Informeren over en/of begeleiden van familie/wettelijke vertegenwoordigers bij administratieve formaliteiten (bespreken, informeren, doorverwijzen, adviseren, eventueel begeleiden van externe consultaties ...).
- Ondersteunen van familie/wettelijke vertegenwoordigers bij overlijden van bewoner.
- Persoonlijk onthalen en nauw begeleiden van familie/wettelijke vertegenwoordigers bij intake en beëindiging van de zorgverlening.
- Samenstellen en beheren van het sociale dossier.
- Organiseren van ouderinfosessies. Informeren van familie/wettelijke vertegenwoordigers over extern georganiseerde infosessies.

## **4.3 Resultaat 3: Elke familie/wettelijk vertegenwoordigers kunnen, al dan niet op vraag, op sociaal vlak, opgevolgd en begeleid worden, aanvullend op de zorg die de ouders voorzien en binnen de verantwoordelijkheden van de instelling**

### *Taken*

- Opstellen en nastreven van lange termijn doelstellingen met betrekking tot de bewoner en het gezin.
- Ondersteunen van ouders/familie bij het verwerkingsproces door organiseren van regelmatige contacten.
- Opvolgen van het nemen van de eindverantwoordelijkheid door familie of wettelijk vertegenwoordigers.
- Het gezin ondersteunen in de thuisopvang van hun familielid door aanreiken van praktische hulpmiddelen, organiseren van externe hulp en aanreiken van pedagogische adviezen.
- Inschakelen van juridische instanties (o.a. V.A.C., jeugdrechtbank, jeugdbescherming ...) bij vermoeden of feiten van misbruik of geweld.

#### **4.4 Resultaat 4: Leefgroepen worden ondersteund in hun relatie met de familie/wettelijke vertegenwoordigers en kunnen met hun vragen over maatschappelijk/sociale materie terecht bij het personeel sociale dienst**

##### *Taken*

- Informeren van collega's sociale dienst (o.a. via rapportage in het logboek), vanuit het eigen team en vanuit andere disciplines, over de bewoners (communicatie en voeding, maar ook gedrag, activiteiten ...).
- Verzorgen van de informatiedoorstroming op sociaal vlak, zowel binnen de afdeling als van en naar externe zorgverleners (artsen, paramedici).
- Informeren over en/of begeleiden van leefgroepen bij administratieve formaliteiten (bespreken, informeren, doorverwijzen, adviseren, eventueel begeleiden van externe consultaties ...).
- Beschikbaar stellen van de nodige sociale informatie voor bevoegden binnen de dienst of instelling.
- Begeleiden van begeleiders en therapeuten bij sociale problematieken.
- Ondersteunen van leefgroepeteams bij overlijden van bewoners.
- Geven en organiseren van vormingen op vlak van sociale problematieken en context.

#### **4.5 Resultaat 5: De laatste wijzigingen op juridisch en maatschappelijk vlak blijven als parate kennis aanwezig binnen de instelling**

##### *Taken*

- Opvolgen van wijzigingen in het maatschappelijk landschap.
- Instaan voor een constante groei in kennis door het bijwonen van studiedagen en doornemen van literatuur.

#### **4.6 Resultaat 6: Er wordt binnen de instelling een beleid gevoerd dat aandacht heeft voor het sociale netwerk van de bewoners en voor inspraak en tevredenheid van de familie/wettelijk vertegenwoordigers**

- Organiseren en voorzitten van een wettelijk inspraakorgaan zoals de gebruikersraad.
- Ondersteunen van instellingsgebonden initiatieven zoals broers-zussenwerking.
- Verdedigen van de belangen van de gebruikers en hun netwerk.
- Periodiek afnemen van een tevredenheidsonderzoek bij de gebruikers hun familie/wettelijk vertegenwoordigers.

- Openstaan voor en behandelen van klachten cf. met de klachtenprocedure van het kwaliteits-handboek.
- Actief deelnemen aan interne Centrale Ondersteuningscellen of aan externe overlegorganen

## **5 BESCHRIJVING KERNCOMPETENTIES VZW STIJN**

### **5.1 Competentie 1: Respectvol bejegenen van personen met een handicap**

Op een gelijkwaardige manier omgaan met de persoon met een handicap, de waardigheid en de rechten van de personen met een handicap respecteren (die minimaal vervat liggen in de Grondwet en de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens en van de VN-verklaring (resolutie 3447-9.12.1975)).

#### *Indicatoren*

- Houdt rekening met de verwachtingen en de wensen, de eigenheid en de privacy van personen met een handicap.
- Dringt eigen normen en waarden niet op aan de persoon met een handicap.

### **5.2 Competentie 2: Hartelijk en geëngageerd zijn**

Openstaan voor contact met zorggebruikers en hun sociaal netwerk. Taken opnemen in plaats van ze te laten liggen voor anderen, ongevraagd extra dingen aanbieden.

#### *Indicatoren*

- Gaat op een plezierige, hulpvaardige en vriendelijke manier contacten aan en onderhoudt deze.
- Werkt met hart en ziel.
- Werkt niet enkel om eigen doelen te realiseren, maar ook ten dienste van anderen.

### **5.3 Competentie 3: Open communicatie**

Correct met elkaar communiceren over goede en lastige zaken, ook over gevoelens, ongeacht het thema of de gesprekspartner.

#### *Indicatoren*

- Ontvangt en geeft op een opbouwende manier feedback.
- Reageert op de boodschap en niet op de boodschapper.

- Brengt anderen op de hoogte waarmee je bezig bent en waar je naartoe wilt.
- Luistert wanneer het nodig is.
- Ziet het effect van de eigen communicatie op anderen en kan hierop reageren.
- Gaat een vervelend of pijnlijk gesprek niet uit de weg.
- Brengt een moeilijke boodschap op een rustige manier.

#### **5.4 Competentie 4: Betrouwbaar en integer zijn**

Rechtschapen en eerlijk zijn. De werkelijkheid (inclusief de risico's en minder mooie kanten) correct weergeven. Zich houden aan de algemene en professionele gedragsnormen. Verantwoordelijkheid nemen voor het eigen handelen.

##### *Indicatoren*

- Komt afspraken na.
- Geeft eerlijk informatie door.
- Draagt de gevolgen van het eigen handelen.
- Is het vertrouwen waard.

## **6 BESCHRIJVING FUNCTIESPECIFIEKE COMPETENTIES**

### **6.1 Competentie 1: Methodisch en systematisch werken**

Structuur in de eigen werking brengen door verbanden en logische conclusies te trekken en hierin op adequate wijze doelen en prioriteiten bepalen.

##### *Indicatoren*

- Volgt afspraken en regels consequent op.
- Stelt prioriteiten en maakt keuzes.
- Kan de opgestelde manier van werken motiveren.
- Werkt met concrete doelstellingen en methodiek, aangepast aan de situatie.
- Maakt bij problemen een analyse van mogelijke oorzaken en kan hierover redeneren.

## **6.2 Competentie 2: Zelfstandig en verantwoordelijk werken**

Stellen van hoge eisen aan zichzelf en aan de resultaten die men wil bereiken. Zichzelf ontwikkelen om kwaliteit te leveren. Zelf iets ondernemen.

### *Indicatoren*

- Neemt verantwoordelijkheden op.
- Durft nieuwe eigen ideeën uit te testen.
- Neemt initiatieven uit eigen beweging.
- Is tijdig aanwezig en beschikbaar gedurende de voorziene werktijd.
- Is ordelijk en consequent in de totale sociale administratie.
- Handelt correct en binnen de afgesproken kaders.

## **6.3 Competentie 3: Constructief samenwerken**

Bijdragen aan een gezamenlijk resultaat, ook wanneer het een onderwerp betreft dat niet in het persoonlijk belang is.

### *Indicatoren*

- Neemt actief deel aan overleg.
- Komt op voor eigen mening.
- Luistert en houdt rekening met de mening van collega's.
- Verdeelt taken en voert ze uit.
- Neemt initiatief.
- Neemt adviezen van collega's ter harte en voert ze uit.
- Is flexibel en springt in voor collega's qua uren, taken ...
- Voert een aantal taken zelfstandig uit.

## **6.4 Competentie 4: klantgericht zijn**

Op een actieve wijze anticiperen op de uitgesproken en onuitgesproken behoeften van de gebruiker en zijn netwerk.

### *Indicatoren*

- Heeft oog voor klachten en wensen van de zorggebruikers en hun familie/wettelijk vertegenwoordigers.
- Luistert empathisch en peilt naar behoeften die verscholen liggen achter uitgesproken wensen.

- Tracht een gerelateerd probleem aan de sector, van de familie/wettelijk vertegenwoordigers van de zorggebruiker, op te lossen, verwijst eventueel door of zoekt zelf hulp.

- Bouwt aan een blijvende relatie met de zorggebruikers en hun netwerk.

### **6.5 Competentie 5: inlevingsvermogen hebben**

In staat zijn rekening te houden met de omstandigheden waarin mensen zich soms bevinden en zich kunnen voorstellen hoe ze zich daarbij zullen voelen. Daar begrip voor hebben en tonen.

#### *Indicatoren*

- Houdt rekening met de omstandigheden waarin een ander zich bevindt.

- Kan luisteren en eigen inzichten herzien.

- Kan het vertrouwen wekken van de ander en komt over de brug.

- Weet gebruikers te binden door goed naar ze te luisteren.

- Verdedigt de rechten van derden.

- Kan zich inleven in de leefwereld van de zorggebruiker en zijn/haar familie/wettelijk vertegenwoordigers.

### **6.6 Competentie 6: evenwichtig zijn**

Onder variërende omstandigheden emotioneel evenwichtig blijven en in staat zijn om in zijn rol te blijven.

#### *Indicatoren*

- Bewaart een inwendige kalmte in moeilijke omstandigheden.

- Blijft zichzelf en slaat niet in paniek.

- Blijft de juiste prioriteiten stellen.

- Blijft in alle omstandigheden met de voeten op de grond.

- Bewaart zijn gevoel voor humor en relativeert.

- Plaatst moeilijke situaties in hun juiste context.



### **Bijlage 3: Topiclijst**

<b>Topics</b>	<b>Vragen</b>
<b>Algemeen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Voor welke doelgroepen heeft u een aanbod?</li><li>• Over welke soort van opvangvormen beschikt u?</li><li>• Hoeveel personen worden hier opgevangen?</li></ul>
<b>Werking</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoe zag de sociale dienst er vroeger uit op vlak van personeel en structuur?</li><li>• Waaruit bestond het vroegere takenpakket?</li><li>• Ziet u verschillen in het takenpakket van vroeger en dat van nu? Zo ja, wat zijn dan de grootste verschillen?</li><li>• Uit welke taken bestaat uw huidige werking?</li><li>• Hoe gaat u toekomstige takenpakket eruit zien met de persoonsvolgende financiering?</li><li>• Gaat deze werking een invloed hebben op de relatie met uw cliënten?</li></ul>
<b>Aandachtsbegeleiderschap</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beschikt uw organisatie over een aandachtsbegeleider binnen de leefgroepen? Zo ja, waaruit bestaat zijn/haar takenpakket?</li><li>• Hoe is het AB-schap tot stand gekomen?</li></ul>
<b>Persoonsvolgende financiering</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hoe kijkt u aan tegen de PVF? Voordelen/Nadelen?</li></ul>

(Leeg blad)

(Onbedrukte kaft)