



Hogeschool PXL
Departement Healthcare
Opleiding Ergotherapie

Rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) in de praktijk

Door **Joey van Lieshout,**
Jana Maggen,
Agnes Bergmann

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Bachelor in de Ergotherapie
o.l.v. **Els Peters**, promotor

Hasselt, 2017

Dankwoord

We willen graag van deze gelegenheid gebruik maken om de vele personen die hebben meegeholpen aan de realisatie van deze bachelorproef te bedanken voor hun medewerking.

Om te beginnen willen we onze promotor bedanken voor de begeleiding gedurende het hele proces. Wanneer we het even niet meer wisten, maakte ze tijd vrij om onze vragen te beantwoorden. Ze heeft ons ook altijd bijgestuurd waar nodig. Deze begeleiding was zeker een meerwaarde voor deze bachelorproef.

Bovendien willen we het orthopedagogisch centrum bedanken vanwaar de vraag uit de praktijk kwam. Zij stonden de hele periode klaar om onze vragen te beantwoorden en om feedback te geven tijdens het opstellen van de vragenlijst. Ook hebben ze ons de kans gegeven om begeleidingen van RTH in de praktijk mee te volgen.

Bijkomend verdienen ook de verschillende stageplaatsen een dankwoord. Zij hebben ervoor gezorgd dat we een betere en bredere kijk kregen op RTH. Zij stonden klaar om ons de verschillende begeleidingen te laten zien en om mee te werken aan het beantwoorden van de vragenlijst.

Ten slotte willen we ook nog de andere diensten bedanken die hebben meegewerkt aan de vragenlijst. Allemaal samen hebben ze ervoor gezorgd dat onze kennis over RTH werd uitgebreid.

Inhoud

Dankwoord	2
Inhoud.....	3
Trefwoorden	4
Abstract	5
1. Inleiding	6
2. Methode	8
2.1 Literatuurstudie.....	8
2.2 Kwalitatief onderzoek.....	9
2.2.1 Gesprek met een beleidsmedewerker van VAPH en beleidsmedewerkers van verschillende voorzieningen	9
2.2.2 Vragenlijst/semigestructureerd interview	10
2.2.3 Participerende observaties.....	11
3. Resultaten.....	12
3.1 Literatuurstudie.....	12
3.1.1 Perspectief 2020 – Ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap.....	12
3.1.2 Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)	14
3.1.3 Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH).....	14
3.1.4 Niet-Rechtstreeks Toegankelijke hulp	18
3.2 Kwalitatief onderzoek.....	20
3.2.1 Gesprek met beleidsmedewerker van het VAPH.....	20
3.2.2 Gesprekken met beleidsmedewerkers	23
3.2.3 Vragenlijst/semigestructureerd interview	28
3.2.4 Participerende observaties.....	41
4. Discussie	41
5. Conclusie.....	43
Bibliografie.....	45
Bijlagen	I
Bijlage 1: vragenlijst Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH) in de praktijk	I
Bijlage 2: informed consent.....	VI

Trefwoorden

Personen met een (vermoeden van) handicap

Rechtstreeks Toegankelijke Hulp

Autonomie

Ondersteuning

Dienst

Abstract

Inleiding

Rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) is ontstaan om zorg toegankelijker te maken. RTH bestaat uit vijf vormen met respectievelijk het puntenaantal. Elk kalenderjaar krijgt de zorgvrager 8 punten die hij hierin kan besteden. De onderzoeksvraag van deze studie luidt: 'Hoe wordt RTH in de praktijk toegepast door de verschillende Limburgse voorzieningen bij volwassen personen met een (vermoeden van) een beperking?' Het doel van deze bachelorproef was om concrete toepassingen van RTH te achterhalen en in kaart te brengen.

Methode

Er is een literatuurstudie uitgevoerd omtrent RTH op Medline, aangevuld met websites van het VAPH, Vlaamse sociale bescherming, perspectief 2020 en de Rijksoverheid. Vervolgens hebben interviews plaatsgevonden met beleidsmedewerkers van voorzieningen. Nadien is een semigestructureerde vragenlijst opgesteld om de toepassingen van RTH in 17 diensten in kaart te brengen.

Resultaten

De belangrijkste resultaten zijn dat voornamelijk 'mobiele en ambulante diensten' en 'dagcentra' RTH aanbieden. Waarin de meeste ondersteuning wordt geboden op gebied van 'werken'. Ook is opgemerkt dat RTH-aanbieders veel problemen en knelpunten ervaren rond RTH, terwijl anderen vinden dat er meer voordelen aan verbonden zijn.

Conclusie

Uit de resultaten blijkt dat voorzieningen en diensten een verschillende aanpak hebben in het toepassen van RTH. De gebieden waarin ondersteuning wordt geboden, zijn verschillend in de ondervraagde diensten.

Eén van de nadelen dat terugkwam tijdens de bevestigingen was dat er toch ook al wachtlijsten zijn ontstaan. Maakt dit RTH dan nog wel zo rechtstreeks als het zou moeten zijn?

Trefwoorden

Personen met een (vermoeden van) handicap, rechtstreeks toegankelijke hulp, autonomie, ondersteuning, dienst

1. Inleiding

Rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) is beperkte handicap specifieke ondersteuning voor personen met een handicap of een vermoeden van handicap. Deze vorm van ondersteuning is ontstaan om zorg toegankelijker en laagdrempeliger te maken. RTH is voortgevloeid vanuit perspectief 2020 (Vandeurzen, 2010). Perspectief 2020 komt voort uit de Europese rechten van de mens voor personen met een handicap en is een heel belangrijke mijlpaal binnen de opstart van RTH. De doelstelling van Perspectief 2020 is dat personen met een handicap een volwaardige plaats krijgen in de maatschappij. Het zou voor personen met een handicap mogelijk moeten zijn om deel te nemen aan het dagdagelijkse leven. (Van den Broeck, 2017)

RTH is een recente vorm van ondersteuning (dateert van 2013) voor personen die af en toe hulp nodig hebben. Een vermoeden van een handicap is voldoende om recht te hebben op RTH. Er is geen aanvraag voor nodig bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).

RTH bestaat uit vijf vormen met telkens een respectievelijk puntenaantal: ambulante begeleiding (0,155ptn), mobiele begeleiding (0,220ptn), groepsbegeleiding (0,087ptn), dagopvang (0,087ptn) en verblijf (0,130ptn). De zorgvrager krijgt elk kalenderjaar 8 punten die hij/zij hierin kan besteden. Naast deze punten kan er ook nog een eigen bijdrage gevraagd worden door de RTH-aanbieder. Voor deze eigen bijdrage zijn maxima opgesteld: ambulante begeleiding (€5,13), mobiele begeleiding (€5,13), groepsbegeleiding (€5,13), dagopvang (€9,75) en verblijf (€24,52). (VAPH, 2017c)

De richtlijnen omtrent RTH zijn uitgeschreven door het VAPH (VAPH, 2017d). Deze richtlijnen zijn duidelijk, maar de diensten ondervinden knelpunten bij de toepassing ervan in de praktijk. (VAPH, 2017c) Vanuit een gesprek met het orthopedagogisch centrum, die de onderzoeksvraag aanreikte, zijn de volgende knelpunten naar voor gekomen. Elke dienst die RTH aanbiedt, krijgt per kalenderjaar een bepaald aantal personeelspunten. Aan de hand van deze personeelspunten wordt berekend hoeveel tijd het personeel kan besteden aan de uitvoering van RTH. In dit centrum zou het personeel 8 uur per week kunnen werken voor RTH. De administratie en praktische regelingen zorgen echter voor meer werk voor het personeel. Daarnaast heeft de dienst niet genoeg aan het aantal toegekende personeelspunten. Momenteel worden er gemiddeld 1/3 punten meer gebruikt dan er zijn toegekend.

Een ander knelpunt is dat het aanbod binnen RTH erg ruim is. De begeleidingen zijn heel uiteenlopend. Het gaat van een ADL-training, psychosociale ondersteuning, dagbesteding tot ondersteuning bij financiën. Dit centrum vraagt zich dan ook af of het personeel over de competenties beschikt die nodig zijn voor een kwaliteitsvolle begeleiding.

Ook de doelgroep is heel ruim door het feit dat iedereen met een vermoeden van een handicap gebruik kan maken van RTH. Hier zijn geen specifieke criteria aan gekoppeld. Doordat er geen specifieke criteria zijn, moet de aanbieder van RTH kennis hebben over de diverse doelgroepen om een goede begeleiding te kunnen geven. Ook komt de combinatie van een verstandelijke handicap met psychiatrische problemen vaak voor. De combinatie maakt dat de RTH-aanbieder kennis moet hebben van deze verschillende doelgroepen.

Soms is de volledige zorgvraag van de cliënt niet bekend. Wanneer de begeleider dan bij de zorgvrager komt, blijken de situatie en de hulpvraag veel complexer dan eerst werd voorgesteld. Wat ook nog aangehaald wordt als knelpunt, is de duur van een begeleiding. Een RTH-sessie duurt normaal 1 à 2 uur. Soms heeft een persoon echter een begeleiding nodig van maar 30 minuten. Hierdoor is er dan onduidelijkheid over het aantal punten dat vervolgens aangerekend kan worden.

Het systeem is dus onduidelijk voor vele zorgaanbieders en er zijn knelpunten die het toepassen van RTH moeilijker maken. Ten slotte zijn er in de meeste voorzieningen ook al wachtlijsten en kunnen de zorgvragers niet direct geholpen worden.

Vanuit een orthopedagogisch centrum is de vraag gekomen om de concrete toepassingen van RTH in de praktijk binnen verschillende diensten te achterhalen.

In deze studie wordt op de vraag ingegaan door de koppeling en toepassingen tussen de theorie en de praktijk van RTH na te gaan. De onderzoeksvraag luidt: 'Hoe wordt RTH in de praktijk toegepast door de verschillende Limburgse voorzieningen bij volwassen personen met een (vermoeden van) een beperking?'

RTH wordt door middel van een literatuurstudie toegelicht. De richtlijnen omtrent RTH worden beschreven in het theoretisch luik. Daarnaast wordt ook niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (niet-RTH) toegelicht.

In het praktische gedeelte wordt het proces van RTH uitgeklaard aan de hand van observaties tijdens stages. Daarnaast worden er vragenlijsten afgenomen bij verschillende voorzieningen en diensten die RTH aanbieden en aan ons onderzoek willen deelnemen. Deze verzamelde informatie wordt bezorgd aan de verschillende diensten die hebben meegewerkt aan het

onderzoek. Zo kunnen zij zien hoe andere diensten RTH toepassen en kunnen ze het vergelijken met hun eigen situatie.

2. Methode

Binnen het kwalitatief onderzoek zijn er verschillende methodes toegepast om informatie te bekomen omtrent RTH. Er zijn verschillende internetbronnen geraadpleegd en er hebben gesprekken plaatsgevonden met beleidsmedewerkers binnen voorzieningen. Er zijn vragenlijsten afgenomen binnen verschillende diensten van voorzieningen. En ten slotte vonden er participerende observaties plaats binnen enkele diensten van voorzieningen. Dankzij deze triangulatie werd de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

2.1 Literatuurstudie

Voor dit kwalitatief onderzoek werd er wetenschappelijke literatuur gezocht in de databank Medline. Er werden de volgende trefwoorden gebruikt:

- Europa (Europe)
- Primaire/basis gezondheidszorg (Primary Health Care)
- Eerstelijns (Firstline)
- Gezondheidszorg (Healthcare)
- Sociale zekerheid (Social care Services)
- Scandinavië (Scandinavia)
- Lange termijn (Long-term)
- Veroudering (Aging)
- Verzekering (Insurance)
- Gezondheid (Health)
- Sociaal welbevinden (Social welfare)
- Patiëntenparticipatie (Patientparticipation)
- Financiële ondersteuning (Financial support)
- Gezondheidszorgvoorzieningen (Healthcare services)
- Financiële kosten (Financial cost)
- Ondersteuning (Support)
- Zorgverzekering (Health insurance)

Tijdens de zoektocht werd duidelijk dat er geen relevante artikels te vinden waren in kader van deze bachelorproef. Als bijgevolg werd er verdiepende informatie gezocht op websites in binnen- (VAPH, 2017d)(gezondheid, 2017)en buitenland (Rijksoverheid, 2017). Zo werd er meer informatie verkregen over de situaties in het buitenland. Deze informatie is niet verder gebruikt in de resultaten. Op de website van het VAPH werd relevante informatie gevonden. Meer concreet kon vanuit deze website een beter beeld gevormd worden over RTH. Het gaf

inzicht in het theoretisch gedeelte van RTH. Over de werking in de praktijk, op niveau van de diensten, was hier geen informatie over terug te vinden. Meer verdiepende uitleg over het VAPH kan teruggevonden worden op p.14 of op de website (VAPH, 2017c). Ook het ondersteuningsbeleid “Perspectief 2020” is grondig bestudeerd. Meer informatie hierover kan worden teruggevonden op p12.

2.2 Kwalitatief onderzoek

Binnen dit kwalitatief praktijkgericht onderzoek werd er gekozen voor een ‘participatory action research’ design. Dit is een probleemgerichte methode die de cliënt centraal stelt. Het zorgt ervoor dat de huidige situatie ter discussie wordt gesteld. Vanuit een orthopedagogisch centrum in Limburg stelde men zich de vraag hoe RTH in de praktijk toegepast wordt in andere voorzieningen. Om deze vraag te beantwoorden, zijn de volgende stappen uitgevoerd: eerst hebben er gesprekken plaatsgevonden met een beleidsmedewerker van het VAPH en beleidsmedewerkers van andere voorzieningen, hiervoor is een korte vragenlijst opgesteld; vervolgens volgde een proces over het opstellen van de vragenlijst. Bij de diensten die wilden deelnemen aan het onderzoek, is vervolgens de vragenlijst afgenomen; ten slotte was er de mogelijkheid om de uitvoering van RTH te observeren binnen verschillende diensten van voorzieningen die RTH aanbieden.

2.2.1 Gesprek met een beleidsmedewerker van VAPH en beleidsmedewerkers van verschillende voorzieningen

Om na de literatuurstudie nog extra informatie te verkrijgen over RTH, en ter voorbereiding voor het maken van de vragenlijst, vonden er gesprekken plaats met een beleidsmedewerker van het VAPH en beleidsmedewerkers van voorzieningen die RTH aanbieden.

Bij het VAPH is een gesprek gevoerd op 7 november 2016 te Hasselt over RTH en niet-RTH. Het was een explorerend gesprek, zonder vooraf opgestelde vragen.

Na verder overleg met de promotor zijn er afspraken vastgelegd met beleidsmedewerkers binnen verschillende voorzieningen. Ter voorbereiding van deze afspraken, is er een korte vragenlijst opgesteld.

Na de eerste afspraak is er geconcludeerd dat de respondent telkens antwoordde door de vraag toe te passen op de eigen voorziening. Daarom is na deze afspraak de vragenlijst aangepast door

een onderscheid te maken tussen algemene vragen over RTH en specifieke vragen over de voorziening.

2.2.2 Vragenlijst/semigestructureerd interview

Om het praktische gedeelte van dit onderzoek te bekrachtigen, werd er een semigestructureerd interview afgenomen bij diensten die RTH aanbieden. Het interview werd afgenomen aan de hand van een semi-explorerende vragenlijst. Het doel hiervan was om het onderzoeksprobleem beter te kunnen begrijpen. Zo konden alle mogelijke interessante gegevens verzameld worden die van toepassing waren op het onderzoek. De belangrijkste vragen van dit semigestructureerd interview lagen vast, maar er konden ook doorvragen gesteld worden om meer diepgang te verkrijgen. De opbouw van deze explorerende vragenlijst vroeg om een samenwerking met het werkveld. De opgestelde vragenlijst werd meerdere malen verstuurd naar het orthopedagogisch centrum. Op deze manier kon het werkveld, waar de vraag van kwam, de vragenlijst mee vormgeven.

Er werd tevens ook gebruik gemaakt van “Basisboek kwalitatief onderzoek” (Baarda & Bakker, 2013) bij de opstelling van de vragenlijst en het uitschrijven van de methode. Op deze manier werd er getracht een vragenlijst te creëren op maat van de onderzoeksvraag.

Er waren een aantal inclusiecriteria waaraan de zorgverleners/diensten moesten voldoen om respondent te kunnen zijn voor de vragenlijst. Ten eerste moest het een door het VAPH erkende dienst zijn met als doelgroep meerderjarige personen die gebruik maken van RTH. Ten tweede moest de respondent minimum een half jaar ervaring hebben met de uitvoering van RTH.

Daarentegen bestonden er ook exclusiecriteria die van toepassing waren voor de verschillende diensten. De diensten mochten niet enkel RTH aanbieden aan minderjarigen en de diensten mochten zich niet bevinden buiten de provincie Limburg.

Het selecteren van de deelnemende diensten is gebeurd a.d.h.v. een lijst met adressen van de Limburgse diensten die RTH aanbieden. Daarnaast is er op internet gezocht om andere diensten te vinden. Om de respondenten van het interview te verwerven, werd telefonisch contact opgenomen. Hiervoor werd een duidelijke introductie gemaakt over het project. Deze introductie gaf antwoord op verschillende vragen, zoals het doel en de relevantie van het onderzoek. Ook werd vermeld hoeveel tijd de afname van de vragenlijst voor de respondent zou duren en hoe de gegevens verwerkt zouden worden. Wanneer de respondent nog andere vragen had, werden deze ook beantwoord.

Voor het afnemen van de vragenlijst werd voorafgaand toestemming gevraagd. De respondenten werden vooraf op de hoogte gebracht van alle onderzoeksinformatie die voor hen belangrijk was. Op basis hiervan gaven ze hun toestemming voor het onderzoek. Er werd ook toestemming gevraagd om een audio-opname te maken van het gesprek. Voor deze ‘informed consent’ werd een brief opgemaakt, dewelke getekend moest worden door de respondent van de vragenlijst en ook door de onderzoeker die het interview afnam.

Binnen dit onderzoek werd op verschillende manieren rekening gehouden met de betrouwbaarheid. Er werd altijd goed aangegeven in welke context (plaats, tijdstip en omstandigheden) de afname van de vragenlijst plaatsvond. Wanneer er iets speciaal gebeurde, werd dit vermeld (bv. ruzie op het werk,...) omdat dit van invloed kon zijn op de antwoorden. Om de betrouwbaarheid te vergroten werd gebruik gemaakt van dataregistratie, namelijk een audiorecorder. Dit gebeurde enkel wanneer de respondent hier toestemming voor had gegeven. Dit vergemakkelijkte de verwerking van de resultaten, en zo kon aangetoond worden uit welke informatie de conclusies gehaald werden.

De vragenlijst werd steeds op dezelfde manier afgenomen bij de verschillende respondenten. Het afnemen van de vragenlijst werd uitgevoerd aan de hand van een vooropgestelde introductie. Deze werd mondeling toegelicht alvorens het stellen van de vragen. Ook werden er definities opgesteld van verschillende termen die in de vragenlijst gebruikt werden, zodat er geen verwarring kon zijn over de betekenis van deze termen.

Er werd geprobeerd om interviews af te nemen totdat er sprake was van een inhoudelijke verzadiging. Er werden dus interviews afgenomen totdat er geen nieuwe informatie meer verkregen wordt. Pas tijdens de uitvoering hiervan werd bekend hoe groot de steekproef uiteindelijk zou worden.

2.2.3 Participerende observaties

Om nog meer de praktische kant van RTH te kunnen ervaren, hebben alle onderzoekers geobserveerd binnen het orthopedagogische centrum vanwaar de vraag kwam. Daarnaast is er nog gezocht naar andere diensten waar de onderzoekers de werking van RTH konden observeren. Deze diensten moesten ook voldoen aan de inclusie- en exclusiecriteria. Deze zijn geselecteerd uit dezelfde adressenlijst als die van de vragenlijst. De observatiemomenten werden ook, net zoals de interviews, telefonisch geregeld. Alle diensten uit deze lijst zijn gecontacteerd en bij diegene die vrijwillig wilden meewerken, hebben er observaties

plaatsgevonden. Ook is er op internet gezocht om nog extra diensten te kunnen contacteren. Tijdens deze projectstages werd zoveel mogelijk opgeschreven wat er allemaal gebeurd is.

3. Resultaten

3.1 Literatuurstudie

3.1.1 Perspectief 2020 – Ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap

In 2010 was er sprake van een groot aantal personen met een handicap die wachtten op ondersteuning. Met deze ondersteuning wordt er gedoeld op het persoonlijk assistentiebudget (PAB) of zorg in natura die hedendaags niet meer bestaan. Tegelijkertijd wordt de vraag gesteld waar de stijging van de zorgnoden vandaan komt.

Er zijn verschillende verklaringen voor de toename aan zorgnoden en tevens ook de groep personen met een handicap. Er is een toename in het aantal geboortes en hierbij stijgt de levensverwachting mee. De snelle ontwikkeling van de medische wetenschap levert hier zeker een bijdrage aan. Meer dan ooit is er vraag naar arbeids-vervangende activiteiten zoals arbeidszorg, begeleid werk, dagbesteding in een dagcentrum en andere mogelijkheden, voor mensen met een verworven handicap.

De intentie is dat personen met een handicap volwaardig kunnen participeren in de maatschappij. Hierbij zou er sprake zijn van een inclusieve samenleving waarin de persoon met een handicap autonomie heeft over zijn/haar leven.

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

De VN-conventie vertrekt vanuit het burgerschapsmodel. Het burgerschapsmodel is een inclusief model die de kwaliteit van het leven centraal stelt. Het benadrukt de mogelijkheden, de individuele vaardigheden, de persoonlijke autonomie en de sociale solidariteit van de maatschappij. Het zou voor een persoon met een handicap mogelijk moeten zijn om deel te nemen aan het dagdagelijkse leven op alle vlakken. Om dit mogelijk te maken is het van belang dat er beroep wordt gedaan op de mogelijkheden van de cliënt en zijn netwerk. Indien het nodig is kan een cliënt beroep doen op meer gespecialiseerde zorg.

Het is van belang dat personen met een handicap de kans krijgen om zich net zoals personen zonder handicap maximaal te kunnen ontplooiën op alle vlakken. Dit betekent tevens dat

personen met een handicap het heft in eigen handen krijgen. Dit levert een positieve bijdrage aan persoonlijke autonomie en zelfsturing.

De VN-conventie werd op 2 juli 2009 geratificeerd door België. De mensenrechten waren al van toepassing op personen met een handicap, maar omdat het een bijzondere kwetsbare groep is kreeg ze door de VN-conventie een specifieke erkenning.

De VN-conventie hanteert de volgende brede begripsomschrijving van het woord "handicap": *"Person with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others"*. (Vandeurzen, 2010)

Doelstellingen perspectief 2020

Grotendeels kunnen de ideeën die gerealiseerd willen worden vanuit perspectief 2020 omvat worden in twee doelstellingen.

Doelstelling 1: Zorggarantie in 2020 voor de Persoon met een handicap met de grootste ondersteuningsnood onder vorm van zorg en assistentie in natura of in contanten.

De persoon met een handicap kan gebruik maken van handicap specifieke ondersteuning. Deze ondersteuning wordt door het VAPH gefinancierd en draagt bij aan de autonomie en participatie van de persoon met een handicap. Hierbij kan verwacht worden dat er kwaliteitsvolle zorg aangeboden wordt, die tegemoet komt aan de zorgnood van de zorgvrager. Er wordt tevens rekening gehouden met de sociale omgeving en de voorkeuren van de persoon.

Doelstelling 2: Geïnformeerde gebruikers en vraaggestuurde zorg en assistentie in 2020.

Er is sprake van een overgang van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg. Hierbij staat de persoon met een handicap centraal en wordt er uitgegaan van een gezamenlijk gedragen zorg. De zorgvrager krijgt toegang tot informatie betreffende de ondersteuningsmogelijkheden. Er kan door de cliënt beroep gedaan worden op professionele hulp of een vrijwilliger die hiervoor opgeleid is om een proces van vraagverheldering te doorlopen. De persoon met een handicap krijgt middelen aangeboden om de gewenste en noodzakelijke zorg in te kopen. Deze middelen vertalen zich naar een vouchersysteem en een cash-payment systeem. Dit toegekende budget komt overeen met de zorgzwaarte. (Vandeurzen, 2010)

3.1.2 Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)

Personen met een handicap kunnen beroep doen op het VAPH voor ondersteuning. Met behulp van de volgende definitie wordt verwarring en onduidelijkheid rond de term ‘handicap’ vermeden:

‘Elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, en persoonlijke en externe factoren.’

Door deze definitie is het mogelijk dat elke situatie individueel bekeken wordt. Op deze manier kan iemand erkend worden als persoon met een handicap.

Het VAPH streeft ernaar om een positieve bijdrage te leveren aan de mate van participatie van de persoon met een handicap in de maatschappij, en anderzijds om de levenskwaliteit te verhogen en in stand te houden. Dit vraagt een samenwerking met alle partijen om zorgaanbod en zorgvraag op elkaar af te stellen (VAPH, 2017d).

3.1.3 Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH)

RTH werd ontwikkeld voor mensen die zelfstandig kunnen functioneren met een beperkte mate van hulp. Per kalenderjaar worden er 8 punten toegekend aan de cliënt en deze punten mogen naar wens besteed worden binnen de verschillende ondersteuningsfuncties. Voor RTH moet de persoon met (een vermoeden van) een handicap geen aanvraag indienen.

De 5 concentrische cirkels tonen de gedeelde zorg voor personen met een handicap. In kader van cliënt

gecentreerde zorg staat de persoon met een handicap uiteraard in het middelpunt van deze cirkels. De cirkels rond deze persoon zijn de bronnen waarvan hij gebruik kan maken in meer of mindere mate. Het is de bedoeling dat de cliënt gebruik maakt van de eigen mogelijkheden, en beroep doet op het eigen netwerk zoals het gezin, familie en vrienden. Daarnaast kan er beroep gedaan worden op meer gespecialiseerde hulp.

De cliënt maakt niet altijd gebruik van alle hulp binnen deze cirkels en dit hoeft ook niet. Het is van groot belang dat de persoon of de omgeving nadenkt over welke mogelijkheden het kan bieden om toch gebruik te maken van alle concentrische cirkels.(VAPH, 2017b)



Figuur 1: de concentrische cirkels (VAPH, 2017b)

Voorwaarden

Om gebruik te maken van RTH dient men te voldoen aan de volgende voorwaarden:

1. U hebt een (vermoeden van) handicap.
2. U bent jonger dan 65 jaar. Als u al erkend bent als persoon met een handicap door het VAPH dan is deze voorwaarde niet van toepassing.
3. U woont in Vlaanderen of in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Voor volwassenen is een wettelijke domicilie vereist, voor minderjarigen volstaat een feitelijke verblijfplaats in Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.
4. U hebt als minderjarige nog geen persoonlijke-assistentiebudget en u krijgt geen ondersteuning vanuit een multifunctioneel centrum.
5. U hebt als meerderjarige nog geen terbeschikkingstelling van een persoonsvolgend budget (PVB).

RTH en niet-RTH mogen nooit gecombineerd worden. In afwachting op niet-RTH mag de persoon met een (vermoeden van)handicap gebruik maken van RTH. (VAPH, 2017c)

Ondersteuningsfuncties

Binnen RTH kan er een onderscheid gemaakt worden tussen vijf vormen van ondersteuning. Dit worden ook wel “ondersteuningsfuncties” genoemd. De cliënt kan gebruik maken van mobiele begeleiding, ambulante begeleiding, dagopvang en/of verblijf. Een nieuwe ondersteuningsfunctie die vanaf januari 2017 is toegevoegd, is groepsbegeleiding. (VAPH, 2017c)

Begeleiding

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen ambulante begeleiding en mobiele begeleiding. Bij ambulante begeleiding verplaatst de persoon met een handicap zich naar de hulpverlener. Bij mobiele begeleiding verplaatst de hulpverlener zich naar de persoon met een handicap. (VAPH, 2017c)

Dagopvang

Een door VAPH erkende voorziening zorgt voor een zinvolle dagbesteding zoals bijvoorbeeld samen koken of semi-industrieel werk. Dit kan op week- en weekenddagen. Indien de persoon met een handicap het wenst, is het mogelijk om halve dagen te komen. (VAPH, 2017c)

Verblijf

Hiervoor kan de cliënt kiezen wanneer het tijdelijk moeilijk is om in de thuissituatie te blijven. Hier wordt 's avonds, 's nachts en 's ochtends ondersteuning geboden. Nachtopvang is tijdens de week en in het weekend mogelijk. (VAPH, 2017c)

Groepsbegeleiding

Groepsbegeleidingen kunnen zowel mobiel als ambulantly gegeven worden. Dit gaat om algemene psychosociale ondersteuning van minimaal één uur tot maximaal twee uur gegeven aan twee of meer personen met een handicap of hun netwerk. (Bourgeois & Vandeurzen, 2017)

Behalve deze ondersteuningsfuncties spreekt het VAPH ook nog over outreach. Dit is geen ondersteuningsfunctie voor de persoon met een handicap, maar wel voor de hulpverlener. Dit is een kennisoverdracht van minimaal één uur en maximaal twee uur naar een groep van minimaal drie ondersteuners van personen met een handicap die behoefte hebben aan handicap specifieke knowhow. Hierbij kan het gaan om een cliënt, maar ook een bepaalde doelgroep. Outreach kan net zoals de begeleiding ambulantly en mobiel. (VAPH, 2017a)

Puntentelling

RTH kan enkel worden aangeboden door zorgvoorzieningen die erkend zijn door het VAPH. De RTH-dienst wordt uitgedrukt in personeelspunten. De voorzieningen mogen zelf kiezen welke functie er ingezet wordt voor RTH. Aan elke functie is een puntenwaarde gekoppeld, deze puntenwaarde varieert.

Per kalenderjaar wordt de erkende voorziening gesubsidieerd om het aantal toegekende punten te bekostigen.

De 8 punten die de persoon met een handicap krijgt, staan voor 51 begeleidingen of 36 mobiele begeleidingen of 91 dagen dagopvang of 61 nachten verblijf. De persoon kan er ook voor kiezen om ondersteuningsfuncties te combineren.

In de volgende tabel worden de verschillende ondersteuningsfuncties met het bijhorende aantal personeelspunten weergegeven.

Tabel 1: de ondersteuningsfuncties(VAPH, 2016b)(Vandeurzen & Bourgeois, 2017)

Ondersteuningsfunctie	Aantal personeelspunten
Ambulante begeleiding	0,155
Mobiele begeleiding	0,220
Dagopvang (dag)	0,087
Verblijf (nacht)	0,130
Groepsbegeleiding	0,087
Ambulante outreach	0,155
Mobiele outreach	0,220

In de volgende casus wordt een voorbeeld weergegeven hoe de RTH-punten besteed kunnen worden:

Mevr. P, een vrouw van 24 jaar met een vermoeden van een handicap, woont sinds kort alleen in een appartement. Ze heeft altijd bij haar ouders ingewoond, dus nu wil ze extra ondersteuning krijgen. In het begin van het kalenderjaar ontvangt ze 8 punten.

Mevr. P heeft moeite met het organiseren van haar huishouden. Ze weet niet goed wanneer ze welke taken moet uitvoeren en ook met het regelen van haar financiën heeft ze moeilijkheden. Om deze reden zou ze graag om de 14 dagen begeleiding willen krijgen. Per kalenderjaar zijn dit dan 25 begeleidingen. Aangezien ze zelf geen rijbewijs heeft, brengen haar ouders haar naar de begeleiding. Maar bij 5 begeleidingen lukt hen dit niet. Daarom zou mevr. P graag 20 ambulante begeleidingen krijgen en 5 mobiele begeleidingen. Voor de ambulante begeleidingen gebruikt ze 3,100 punten ($=20 \times 0.155$) en voor de mobiele begeleidingen 1,100 punten ($=5 \times 0.22$).

Mevr. P zou ook graag meer sociaal contact hebben met andere personen. Om dit op te lossen kan ze om de 14 dagen dagopvang krijgen, wat neerkomt op 25 dagen per kalenderjaar. Hiervoor gebruikt ze 2,175 punten ($=25 \times 0.087$).

Om nog meer contact te hebben met anderen wilt ze elke maand 1x blijven logeren in een home. Voor deze 12 nachten gebruikt ze 1,560 punten.

Wanneer al deze punten worden opgeteld, heeft ze op jaarbasis 7,935 punten opgebruikt. Dan blijven er nog 0,065 over, maar dit is te weinig om nog een ondersteuningsfunctie te gebruiken.

Via de rekentool op de website van het VAPH kan de persoon met een handicap of de hulpverlener van deze persoon het aantal resterende punten berekenen (VAPH, 2017c). Hiernaast kan de cliënt het aantal punten dat al besteed zijn bekijken via mijnvaph.be.

Eigen bijdrage

Er kan een eigen bijdrage gevraagd worden van de cliënt. Deze kan de cliënt bekostigen met het basisondersteuningsbudget (BOB) indien de persoon hier recht op heeft (gezondheid, 2017). Het BOB wordt op p.19 besproken. Per ondersteuningsfunctie is er door de Vlaamse regering een maximale persoonlijke bijdrage vastgelegd. De erkende voorziening kan er al dan niet voor kiezen om geen bijdrage of een lagere bijdrage te vragen aan de persoon met een handicap die gebruikt maakt van RTH. Indien de persoon met een handicap een halve dag naar de dagopvang komt, wordt de helft van de eigen bijdrage gevraagd. De voorziening die RTH aanbiedt, kan ook nog een vergoeding aanrekenen voor het vervoer van en naar de voorziening. (VAPH, 2017c)

In de volgende tabel worden de verschillende ondersteuningsfuncties met de bijhorende maximale persoonlijke bijdrage weergegeven.

Tabel 2: de eigen bijdrage (VAPH, 2016b) (Vandeurzen & Bourgeois, 2017)

Ondersteuningsfunctie	Maximale persoonlijke bijdrage in 2017
Ambulante begeleiding	Max. 5,13 euro
Mobiele begeleiding	Max. 5,13 euro
Dagopvang (dag)	Max. 9,75 euro
Verblijf (nacht)	Max. 24,52 euro
Groepsbegeleiding	Max. 5,13 euro

3.1.4 Niet-Rechtstreeks Toegankelijke hulp

Naar aanleiding van perspectief 2020 is er het nieuwe systeem “persoonsvolgende financiering”. De door het VAPH erkende personen met een handicap krijgen een budget toegekend en hiermee kunnen zij de gewenste zorg inkopen. Dit wordt ook wel het “persoonsvolgend budget” genoemd. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de individuele zorgvraag van de persoon met een handicap. Dit zorgt tevens ook voor een positieve bijdrage aan de autonomie van de persoon met een handicap. Vanaf 2017 is iedereen die al een PAB- of een persoonsgebonden budget toegekend had, over gegaan naar een PVF. In 2016 zijn er aan

een aantal cliënten PVB toegekend en is een voorlopig budget toegekend aan cliënten die op de wachtlijst staan. Deze tendens van de veranderingen in het zorglandschap heeft als uitgangspunt om de continuïteit van zorg te garanderen.

Persoonsvolgende financiering

Binnen persoonsvolgende financiering is er sprake van een tweedelig trappensysteem. Trap 1 is het basisondersteuningsbudget (BOB) en trap 2 is het persoonsvolgend budget (PVB).

Trap 1: Het basisondersteuningsbudget (BOB)

Dit gaat om een maandelijks bedrag van 300 euro, dat de persoon met een handicap vrij mag besteden. Het is een vast en niet belastbaar bedrag, hiervoor hoeft geen verantwoording afgelegd te worden. De cliënt heeft de keuze om het BOB te gebruiken om de eigen bijdrage van RTH te betalen. In de toekomst is het BOB bedoeld voor mensen met een erkende handicap, met een vastgestelde ondersteuningsnood en voor mensen die geen gebruik maken van niet-RTH. Er moet aan elk van die voorwaarden voldaan worden om in aanmerking te komen voor een BOB.

Trap 2: Het persoonsvolgend Budget (PVB)

Het PVB is bedoeld voor personen die nood hebben aan intensieve of frequente handicap specifieke ondersteuning. PVB is een gepersonaliseerd bedrag dat de persoon met een handicap toegekend krijgt. Met een PVB kan een cliënt zorg en ondersteuning inkopen zoals vrijwilligers, individuele begeleiders, professionele zorgverleners en VAPH vergunde zorgaanbieders

Voor de aanvraag van het PVB bestaat er een bepaald proces. De persoon met een handicap stelt een ondersteuningsplan PVB op of stelt dit op met behulp van een dienst ondersteuningsplan (DOP) of een andere instantie, zoals de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds of de gebruikersorganisaties.

Daarna beoordeelt een erkend multidisciplinair team (MDT) de mate van de handicap. Tevens bepaalt het MDT ook de budgetcategorie. Vervolgens beoordeelt de prioriteitencommissie of de vraag naar een PVB op lange of kortere termijn kan beantwoord worden.

Het PVB is beschikbaar op 3 manieren. De eerste manier is cash. Hierbij krijgt de persoon met een handicap geld waarmee hij/zij de zorg op maat en wens kan inkopen en zelf betaalt. Deze

persoon legt verantwoording af bij het VAPH. De tweede manier is voucher en dit wordt uitgedrukt in personeelspunten. Hierbij koopt de persoon met een handicap de ondersteuning in bij een door het VAPH vergunde zorgaanbieder. De vergunde zorgaanbieder legt dan verantwoording af aan het VAPH.

Een derde vorm is een combinatie van cash en voucher. De persoon met een handicap krijgt en besteedt een deel van het bedrag zelf. De rest wordt betaald met vouchers.(VAPH, 2016a)

3.2 Kwalitatief onderzoek

3.2.1 Gesprek met beleidsmedewerker van het VAPH

Verschil tussen RTH en niet-RTH

Er zijn enkele grote verschillen tussen RTH en niet-RTH. Het eerste grote verschil is of dat er frequente ondersteuning nodig is of niet. Wanneer een persoon weinig ondersteuning nodig heeft, kiest hij/zij best voor RTH. Zowel minder- als meerderjarigen kunnen gebruik maken van RTH. Terwijl niet-RTH (bv. dag-, woon- en individuele ondersteuning) enkel beschikbaar is voor meerderjarigen. Het laatste grote verschil is de toegankelijkheid. Om toegang te krijgen tot RTH zijn er geen wachtlijsten en lange procedures in tegenstelling tot niet-RTH.

Rechtstreeks toegankelijke hulp

RTH is voortgevloeid uit perspectief 2020. Dat komt voort uit de Europese rechten van de mens voor personen met een handicap. Dit is een heel belangrijke mijlpaal binnen de opstart van RTH.

Ook vanuit het idee van de 5 concentrische cirkels is RTH opgestart. Zorg en ondersteuning voor personen met een handicap is een gedeelde verantwoordelijkheid. Deze 5 cirkels stellen deze gedeelde verantwoordelijkheid voor. Natuurlijk is de persoon met een handicap het middelpunt van de cirkels. De andere cirkels zijn de verschillende bronnen die mogelijk zijn voor de persoon. Er hoeft niet in elke cirkel iets uitgevoerd te worden, maar er moet wel eens over nagedacht worden wat de verschillende mogelijkheden zijn. Bv. de familie kan hulp bieden of bepaalde vrienden kunnen dit doen, voor andere zorg is er misschien wel professionele hulp nodig.

RTH is een laagdrempelige ondersteuning. Hiervoor moet de persoon niet de volledige procedure doorlopen zoals bij niet-RTH. Een doktersattest met een vermoeden van een

handicap is eigenlijk al voldoende. Met dit doktersattest kan de persoon met een (vermoeden van) handicap zich aanmelden bij een voorziening die RTH aanbiedt.

RTH is alleen mogelijk bij vergunde zorgaanbieders. Bijvoorbeeld een huishoudhulp via dienstencheques is geen vergunde zorgaanbieder en kan niet worden aangenomen binnen RTH. Al deze informatie is te verkrijgen via de verschillende mutualiteiten. De persoon hoeft dus geen vraag te stellen aan het VAPH. De voorziening die RTH aanbiedt beslist of ze kan tegemoetkomen aan de wensen van de persoon en of de begeleidingen kunnen worden opgestart.

Het VAPH krijgt geen aanvragen binnen van RTH. Zij hebben wel de richtlijnen uitgeschreven. De voorzieningen weten meer omtrent de werking van RTH omdat het dagelijks wordt gebruikt in het werkveld.

De persoon met een (vermoeden van een) handicap krijgt elk kalenderjaar 8 punten. Deze punten worden elk jaar opnieuw toegekend. De punten zijn dus niet over te nemen naar de volgende jaren. De 8 punten zijn vrij besteedbaar in 4 vormen van hulpverlening. De eerste en tweede vorm zijn ambulante en mobiele begeleiding. Deze begeleiding duurt 1-2 uur. De invulling hiervan is uiteenlopend. Het gaat van het leren omgaan met de handicap tot opvoedingsondersteuning, etc. De derde vorm van hulpverlening is de dagopvang. Tijdens deze ondersteuning worden er veel verschillende activiteiten uitgevoerd zoals koken, tekenen, daguitstappen, etc. Afhankelijk van de activiteit gebeurt dit individueel of in groep. De dagopvang is ook mogelijk in halve dagen. De vierde en laatste vorm van hulpverlening die vermeld werd, is het verblijf. De persoon blijft dan overnachten in de voorziening en krijgt 's avonds, 's nachts en 's ochtends ondersteuning.

Een sessie voor begeleiding duurt 1-2 uur. De cliënt moet zich wel aan de duur van de hulpverlening houden. Dus een begeleidingssessie van bv. 20 minuten en hiervoor minder punten inleveren kan niet. Behalve als er met de hulpverlener wordt afgesproken dat 3 sessies van 20 minuten worden aangerekend als 1 uur.

RTH heeft een heel uiteenlopende doelgroep bv. syndroom van Down, autisme, etc. De ondersteuning is vooral gericht op personen die toekomen met beperkte handicap specifieke ondersteuning. Dus de cliënt kan vrij zelfstandig functioneren met steun en begeleiding, maar dit hoeft niet op dagelijkse basis aanwezig te zijn.

Het kan ook gebruikt worden door de mensen die wachtende zijn voor niet-RTH. Ze kunnen dus al gebruik maken van de diensten van RTH totdat er plaats is bij de niet-RTH. RTH en niet-RTH kunnen niet samen gebruikt worden, maar wel elkaar opvolgen. Wanneer de persoon met een (vermoeden van) handicap de niet-RTH volledig zelf betaalt, heeft hij/zij wel recht op RTH.

Een klein stuk van de kosten moet de persoon zelf betalen. Dit kan hij/zij bv. ook doen met het BOB. Maar wanneer de persoon overstapt naar niet-RTH, dan stopt het BOB en de RTH.

De berekening van de punten kan via een handig rekensysteem op de site van het VAPH. De persoon kan het puntensaldo ook altijd navragen bij de RTH-aanbieder.

Overgang van niet-RTH naar RTH is in theorie wel mogelijk. Bv. als de persoon zich uitschrijft in het dagcentrum, is hij/zij deze plaats kwijt en kan er RTH verkregen worden. In praktijk wordt dit niet gedaan omdat de persoon meestal deze hulp nodig heeft en met RTH minder krijgt.

Niet-RTH

Bij het afsluiten van een contract voor niet-RTH wordt hierin vermeld hoe de persoon dit gaat betalen. Hiervoor zijn 2 mogelijkheden. De eerste mogelijkheid is met vouchers. Dit is eigenlijk een soort van puntensysteem. In het contract staat hoeveel punten er uitgegeven zullen worden. Dit is afhankelijk van de budgetcategorie die de persoon met een handicap heeft. Het VAPH betaalt de ondersteuning rechtstreeks aan de vergunde zorgaanbieder en deze zorgaanbieder legt daarbij verantwoording af aan het VAPH. De andere mogelijkheid is betalen met cash. Hierbij krijgt de persoon geld waarmee hij/zij zelf de nodige ondersteuning organiseert en betaalt. De zorgvrager beheert dus het budget en legt zelf verantwoording af bij het VAPH. Er is ook een combinatie van beide mogelijk.

Persoonsvolgende financiering

Het PVF (persoonsvolgende financiering) bestaat uit 2 onderdelen: BOB en PVB.

BOB staat voor basisondersteuningsbudget. Dit budget is bedoeld voor personen met een erkende handicap en een beperkte ondersteuningsnood. Het zal vooral toegekend worden aan personen die lang wachten op ondersteuning van het VAPH. Het is dan een tussenoplossing in afwachting van een eventueel persoonsvolgend budget. Dus ook personen die met een actieve zorgvraag op de Centrale Registratie Zorgvragen staan behoren hieronder. Het is een automatisch toekenningsrecht, waarvoor geen aanvraag ingediend kan worden.

Het basisondersteuningsbudget is een vast bedrag van 300 euro per maand. Dit kan bijvoorbeeld dienen om dienstencheques te kopen voor een poetshulp. Maar het kan ook gebruikt worden om RTH mee te betalen. Het budget is vrij besteedbaar: er hoeven dus geen bonnetjes voor ingediend te worden.

PVB staat voor persoonsvolgend budget. Dit is bedoeld voor personen die door hun handicap intensieve of frequente ondersteuning nodig hebben. Het is een gepersonaliseerd bedrag per jaar, dat varieert van 10.000 tot meer dan 50.000 euro. De uitgaven van dit bedrag moeten wel verantwoord worden. Er moeten dus bewijzen worden binnengebracht met de uitgaven die gedaan zijn. Voor dit budget moet een aanvraag gedaan worden. Hiervoor is er de Dienst Ondersteuningsplan (DOP). Er zijn 2 manieren om het in te vullen: ofwel vult de persoon met een handicap dit zelf in (met ondersteuning van bv. CM) ofwel via het DOP.

Voor een aanvraag moet een ondersteuningsplan voor het persoonsvolgend budget ingediend worden. Hierbij moeten verschillende stappen doorlopen worden.

De aanvraag komt binnen bij het VAPH. Hier wordt beslist of het ondersteuningsplan voldoet aan de eisen. Wanneer het is ingevuld door het DOP, zou het normaal gezien in orde moeten zijn. Als het is ingevuld door de persoon zelf, wordt het extra nagekeken. Wanneer de aanvraag niet in orde is, wordt het teruggestuurd om onvolledige vragen aan te vullen.

Als de aanvraag wel in orde is, gaat de volgende stap via een multidisciplinair team bv. mutualiteit of lijst met erkende diensten. Wanneer de persoon niet gekend is bij het VAPH is een objectivering van de handicap vereist. Er worden dan vragen beantwoord zoals: wie is de persoon, welke beperkingen heeft hij/zij, etc.

Daarna wordt er een beslissing genomen binnen de regionale prioriteitencommissie (RPC). Zij bepalen binnen welke prioriteitengroep de persoon valt (checklist prioritering). Groep 1 is het meest dringend, groep 3 is het minst dringend. Deze prioriteitsbepaling beoordeelt dus of de vraag naar een PVB op korte of op langere termijn beantwoord kan worden (bepaalt de wachttijd).

3.2.2 Gesprekken met beleidsmedewerkers

Toelichting

Om eerst nog extra informatie te verkrijgen over RTH vonden er gesprekken plaats met verschillende beleidsmedewerkers wiens voorziening RTH aanbiedt. Hiervoor is de volgende vragenlijst opgesteld:

Algemeen over RTH

1. Wat is RTH?
2. Wanneer is RTH opgestart?
3. Waarom is RTH opgestart?
4. Wie kan gebruik maken van RTH?
5. Hoe gaat RTH in z'n werk?
6. Hoe worden de punten geregistreerd?
7. Hoe kan de dienst weten of de persoon al punten heeft opgebruikt?
8. Hoe kunnen personen gebruik maken van RTH?
9. Welke ondersteuningsfuncties zijn er?
10. Welke disciplines kunnen RTH verlenen? (maatschappelijk werker, ergotherapeut, psycholoog, verpleegkundige,...)
11. Wat zijn de voor- en nadelen van RTH?
12. Wat zijn de knelpunten die u ervaart wanneer u RTH uitvoert?
13. Vindt u dat er voldoende ondersteuning is voor het uitvoeren van RTH? (wetgeving, praktische uitvoering,...)

Over de dienst

1. Is er extra personeel in dienst genomen toen de RTH werd opgestart?
2. Welke taken voert deze dienst uit omtrent RTH?
3. Welke disciplines voeren RTH uit in deze dienst?
4. Heeft er binnen uw overkoepelende organisatie een overleg plaatsgevonden over hoe RTH uitgevoerd moet/kan worden binnen de diensten?

Tijdens deze gesprekken is het volgende te weten gekomen omtrent RTH:

Organisatie 1

RTH wordt begin dit jaar (2017) gestart met als doel personen van buitenaf de hulp aanbieden waar ze nood aan hebben. Het is opgestart omdat er veranderingen zijn doorgevoerd in niet-RTH. Toen RTH opgestart werd, is iedereen op de hoogte gebracht binnen de dienst. Er heeft echter geen overleg plaatsgevonden binnen de koepelorganisatie of tussen andere diensten die er al meer ervaring mee hebben. De ondersteuningsfuncties die worden aangeboden zijn: verblijf, dagbesteding, mobiele/ambulante begeleidingen. Als de aanvraag voor RTH binnenkomt, bekijkt de sociale dienst waar de persoon de beste begeleiding kan krijgen en vervolgens wordt de persoon gekoppeld aan deze ondersteuningsfunctie. De sociale dienst is

dus het centrale punt waaruit alles verdeeld wordt. De voordelen van RTH die ervaren worden is dat het een laagdrempelige vorm van ondersteuning is, en mensen die beperkte hulp nodig hebben kunnen deze hulp toch krijgen. Verder werden er twee nadelen benoemd. Enerzijds het registreren van de punten. Bv. als iemand bij de voorziening komt, weten ze niet waar ze de punten moeten noteren. Ook weten ze niet hoe ze het kunnen zien of iemand al punten heeft opgebruikt. Anderzijds ondervinden ze moeilijkheden wanneer een nieuw persoon aangemeld wordt. Er moet dan uitgezocht worden of de persoon recht heeft op RTH of een andere vorm van ondersteuning.

Organisatie 2

Algemeen over RTH

RTH is laagdrempelige zorg en is opgestart in 2012. Dat wil zeggen dat een persoon met een vermoeden van een handicap hier ook terecht kan. Maar tegelijkertijd is het ook beperkt omdat iedereen maar 8 punten krijgt om voor RTH te gebruiken.

In principe is het voor mensen die voldoende hebben aan beperkte ondersteuning. Ze hoeven dus niet de hele procedure te doorlopen. Het is dezelfde ondersteuning als bij niet-RTH, maar dan minder frequent.

Dit is ook ondersteuning op vrijwillige basis. Als de persoon het niet wilt, gebeurt het niet. Niet-RTH kan verplicht worden maar dit geldt enkel voor de minderjarige. De verplichting kan opgelegd worden door bv. de rechtbank.

Wanneer in het verleden iemand ondersteuning nodig had, kreeg deze persoon direct het hele totaalpakket. Wanneer ze het gingen aanvragen, kregen ze een PEC-ticket (Provinciale Evaluatiecommissie). Hierop stond alles waar de persoon recht op had. Alles wat hierop stond werd ook opgebruikt, terwijl het misschien niet nodig was.

Eén van de voordelen van RTH is dat het een heel laagdrempelige ondersteuning is. Hierdoor moet de persoon niet de hele procedure doorlopen. Het is voldoende om een vermoeden van een handicap te hebben. Als er ruimte is binnen de voorziening kan het snel opgestart worden. Er moeten minder documenten ingevuld worden, waardoor het makkelijker is om op te starten. Er zijn minder lange wachtlijsten in vergelijking met niet-RTH. De personen die RTH gebruiken, hebben minder het gevoel dat ze een etiket krijgen opgeplakt. Het geeft mensen die niet zoveel ondersteuning nodig hebben een kans.

Er zijn ook nadelen verbonden aan het toepassen van RTH. Soms komen er dossiers binnen waarbij de hulp die verkregen wordt tijdens RTH te beperkt is en de zorgvraag hierdoor hoger wordt. De persoon is gebonden aan 8 punten en dat is niet altijd voldoende voor iedereen.

Wanneer de personeelspunten op zijn, kan er in principe verder gedaan worden met de begeleidingen, maar dan werkt de organisatie gratis. Per jaar krijgt de organisatie een aantal personeelspunten. Hiervoor krijgen ze de financiële middelen om RTH uit te voeren. Dus als ze erover gaan werken ze gratis. De persoon die RTH gebruikt, kan niet over zijn/haar 8 punten gaan.

Op dit moment doen de voorzieningen meer dan de toegekende punten, om aan te tonen dat ze meer punten nodig hebben (= uitbreidingsbeleid).

De Vlaamse overheid heeft een computerprogramma voorzien waarin de begeleidingen geregistreerd moet worden. Het programma is vervolgens gelinkt met de overheid. Dit wordt doorgestuurd naar het VAPH. Sessies die minder dan een uur duren, worden gecompenseerd met langere sessies (door een inschatting te maken).

Ze hebben nu een nieuwe tool van VAPH waar voor elke persoon een RTH-teller in staat. Zo kan er gezien worden of iemand zijn punten verbruikt heeft. Telkens nadat een begeleiding geregistreerd wordt, komen de punten erbij op de teller.

Qua wetgeving worden de hulpverleners erg vrij gelaten. Sommige zaken zijn vast bepaald (zoals de punten). Verder is er weinig wetgeving.

Over de voorziening

Voordat er binnen deze voorziening RTH werd opgestart, was er al lang de mobiele begeleiding. Dus in dit opzicht is er niet veel verschil met niet-RTH. Ze overleggen wel telkens het aantal punten en hoe ze verdeeld gaan worden.

In de voorziening wordt verblijf, dagopvang en mobiele begeleiding aangeboden, maar er wordt voornamelijk mobiele begeleiding aangeboden. Dit wordt gedaan door bijvoorbeeld: mobiele begeleiders, begeleiders in de leefgroep, pedagogen, maatschappelijk werkers en maatschappelijke assistenten.

Voor het opstarten van RTH bij een cliënt wordt er een checklist gebruikt. Hierin staan de basisgegevens van de persoon, de diagnose of vermoeden, de hulpvraag en de nodige

ondersteuning. Daarna gaan ze kijken wat voor profiel de persoon heeft en in welke dienst deze persoon terecht kan komen. Wanneer de voorziening ziet dat er toch meer ondersteuning nodig is, raden ze aan om niet-RTH op te starten.

In de voorziening is er geen extra personeel in dienst genomen toen RTH werd opgestart. De werkdruk verhoogt, maar komt bovenop wat er al gedaan werd. De doelgroep breidt ook steeds uit, wat niet vanzelfsprekend is. Wat het ook niet gemakkelijk maakt, is dat de dossiers zo uiteenlopend zijn.

Het is moeilijk om extra personeel in te zetten met de punten die ze krijgen per jaar.

Organisatie 3

RTH is een laagdrempelige ondersteuning waar geen aanvragen voor gedaan moeten worden bij de subsidiërende instantie. In de klassieke thuisbegeleiding werd reeds in hoofdzaak volgens de principes van RTH gewerkt. Wat er nu verandert is, is dat het aantal begeleidingen beperkt is tot 8 punten per jaar per cliënt waarbij elke begeleiding een eigen puntenwaarde heeft bv. 0,22 voor mobiel en 0,155 voor een ambulante begeleiding. Administratief moeten al de begeleidingen geregistreerd worden in de databank van het VAPH.

In deze voorziening wordt gewerkt omtrent mobiele, ambulante, groepsbegeleiding en outreach. Voornamelijk wordt er gewerkt rond mobiele begeleiding in de vorm van thuisbegeleiding.

Volgens de regelgeving van RTH kan elke persoon met een beperking of handicap worden begeleid. Binnen deze voorziening houdt men vast aan de doelgroepen waarvoor de thuisbegeleiding is ontstaan nl. mentale, motorische, meervoudige handicap of niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Wanneer er een aanmelding komt van een cliënt die in een andere doelgroep valt vb. autisme of een sensorische handicap wordt hij verwezen naar de andere diensten die hiervoor de nodige expertise hebben. De begeleidingen duren tussen de 1 à 1,5 uur. De bedoeling is om jezelf als begeleider overbodig te maken en de zelfzorg van het gezin te vergroten zodat ze zonder de begeleiding verder kunnen. Om het verbruik van de punten van de cliënten te kunnen raadplegen, wordt er gebruik gemaakt van de databank van het VAPH. Het gebeurt echter vaak dat er geen verbinding gemaakt kan worden of dat de databank overbelast lijkt te zijn.

De teams zijn multidisciplinair samengesteld: pedagogen, psychologen, orthopedagogen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, maatschappelijk werkers en logopedisten. De visie van de

begeleiders en de dienst is dat, het goed uitvoeren van de expertise in het vakgebied belangrijker is dan de kwantiteit van het aantal cliënten.

De voordelen die worden ervaren zijn dat de toegang voor elke cliënt veel vlotter en makkelijker verloopt. Het doel van de overheid is dat personen die minder begeleiding nodig hebben, wegblijven uit de grotere, meer frequente en intensievere hulp.

In het landschap kunnen heel wat voorzieningen ook het aanbod van RTH doen. Het aanbod is niet doelgroep gebonden en in die zin kunnen we dat breedsporig RTH aanbod noemen. De thuisbegeleiding die van vroeger uit doelgroep specifiek werkte en een kwalitatief aanbod van begeleiding wilt bieden, heeft nood aan gekwalificeerd personeel nl. zowel bachelors als masters om hun expertise te kunnen uitvoeren.

Conclusie

Tijdens het gesprek met organisatie 1 werd er vermeld dat er nog maar 1 maand RTH werd uitgevoerd. Daarom waren de antwoorden op de vragen eerder beknopt.

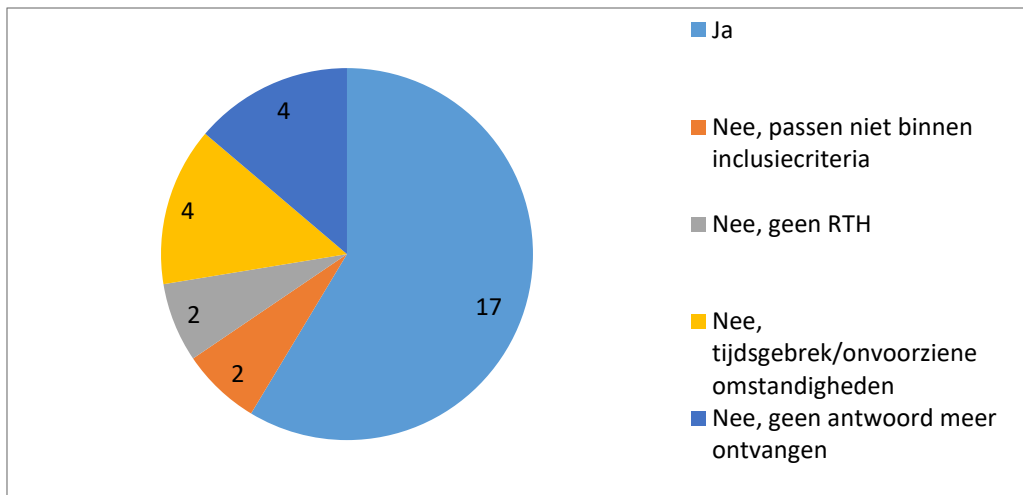
Na deze gesprekken werd opgemerkt dat alle organisaties dezelfde mening hebben in kader van de laagdrempelige hulpverlening en toegankelijkheid voor de cliënt. De duur van de begeleiding wordt bewust tussen de 1 à 2 uur gehouden om verwarring rond het verbruik van de punten te voorkomen. Verder wordt er bemerkt dat er zich ook problemen voordoen bij twee van de drie organisaties wat betreft de opvolging en registratie van de punten.

3.2.3 Vragenlijst/semigestructureerd interview

Aantal deelnemers

In het totaal zijn er 29 hulpverleners gecontacteerd, hiervan wilde er 17 deelnemen aan het onderzoek.

Om een beter zicht te verkrijgen over het aantal gecontacteerde diensten en diens deelname is er een cirkeldiagram opgesteld. Hierin kan het aantal respondenten afgelezen worden die toegestemd hebben om deel te nemen aan het onderzoek en de respondenten die niet deelnamen aan het onderzoek en diens redenen.

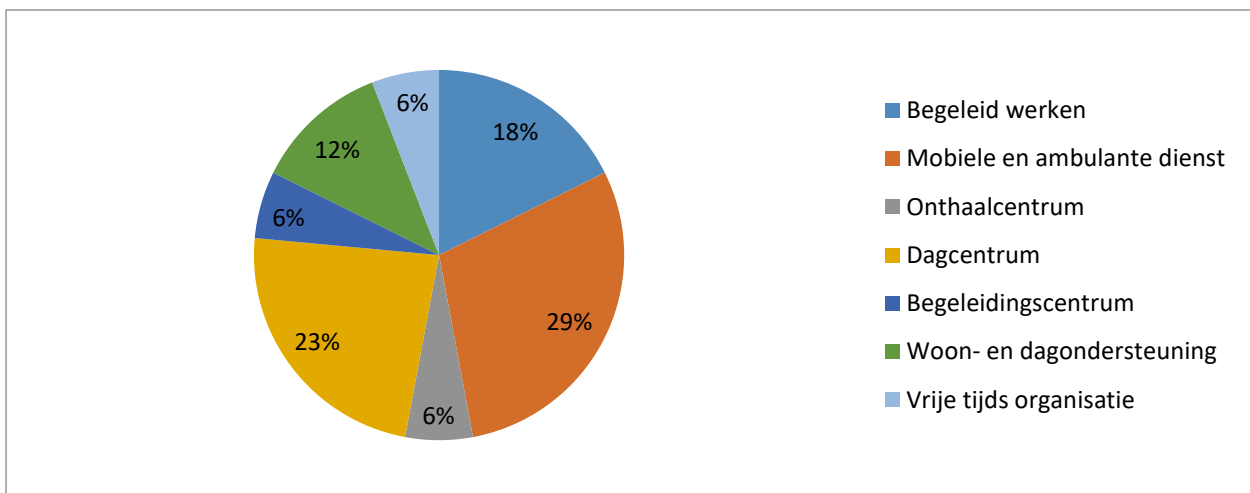


Figuur 2: Aantal deelnemers

Na het afnemen van de verschillende vragenlijsten, hebben we op de volgende vragen een duidelijker antwoord kunnen geven in kader van RTH:

Welke diensten bieden RTH aan?

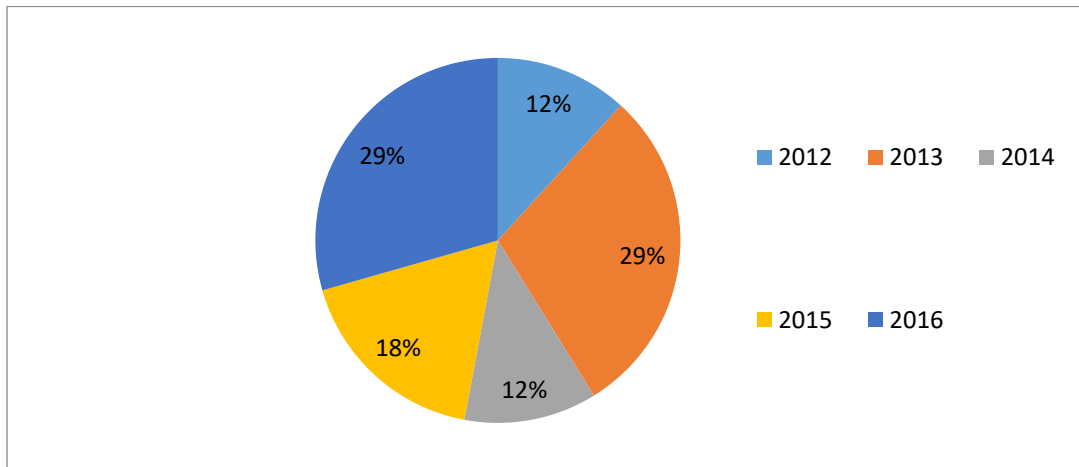
RTH wordt voornamelijk aangeboden door ‘mobiel en ambulante dienst’ en ‘dagcentrum’.



Figuur 3: diensten die RTH aanbieden

Vanaf welk jaar heeft de dienst personeelspunten voor RTH gekregen?

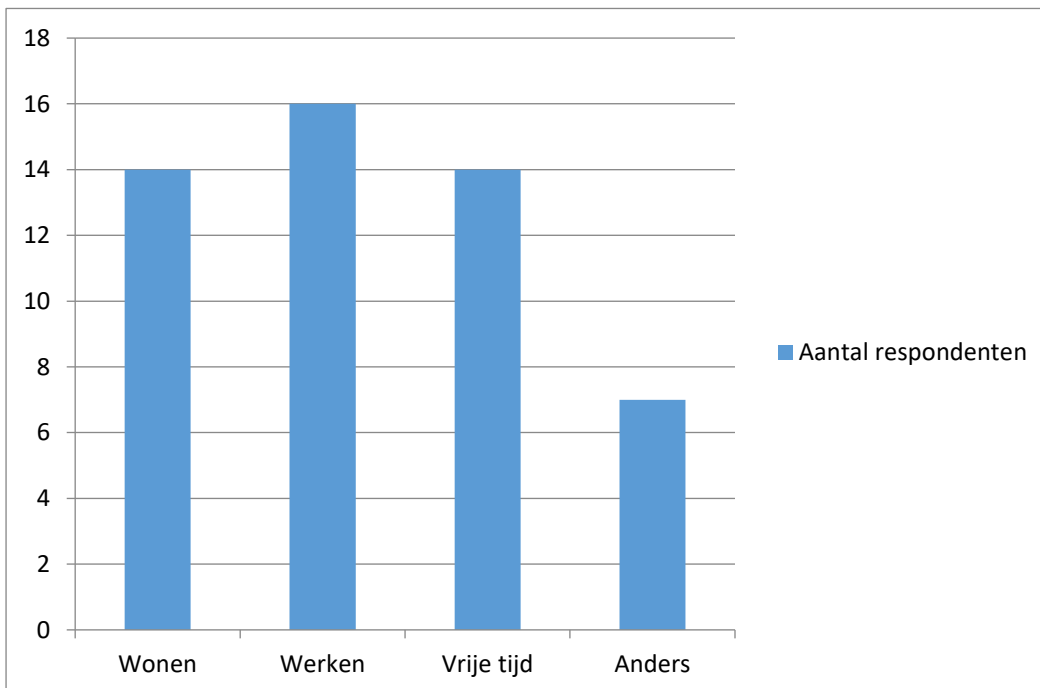
De meeste diensten kregen in 2013 of in 2016 RTH-punten toegekend door het VAPH.



Figuur 4: jaartallen wanneer de diensten personeelspunten gekregen hebben

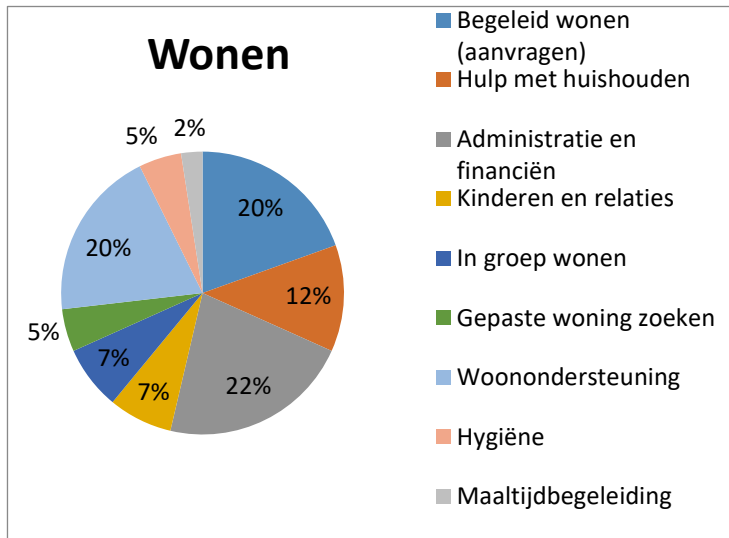
Op welke gebieden wordt ondersteuning geboden?

Uit het onderzoek blijkt dat 16 diensten ondersteuning bieden op gebied van 'werken'. Gevolgd door respectievelijk: 'wonen', 'vrije tijd' en 'anders'.

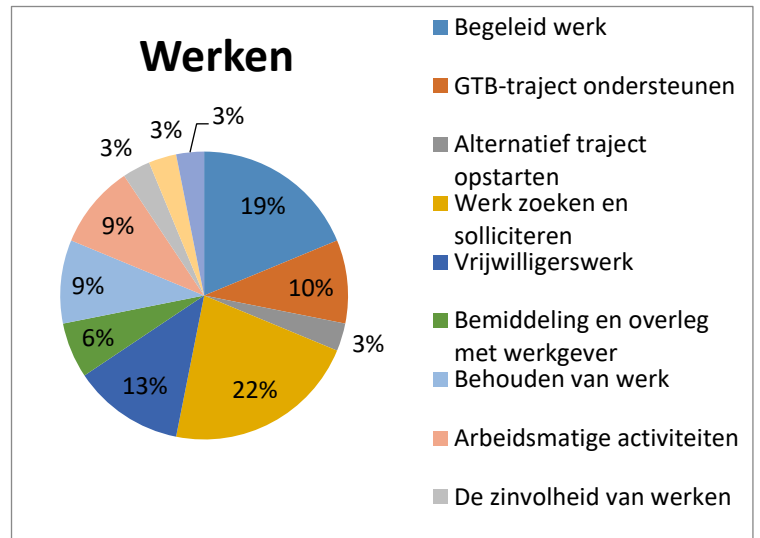


Figuur 5: gebieden van ondersteuning

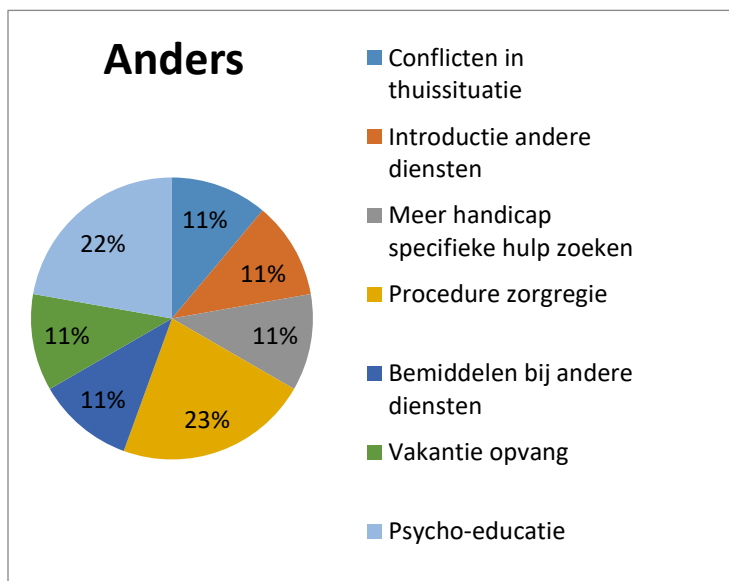
Bij het toetsen van deze vraag werd er telkens aan de deelnemer gevraagd om voorbeelden en uitleg te geven bij de verschillende gebieden waarin ondersteuning geboden wordt. Hierdoor zijn er op elk van deze gebieden verschillende subcategorieën ontstaan. In onderstaande figuren kan men aflezen rond welke subcategorieën het meest gewerkt wordt.



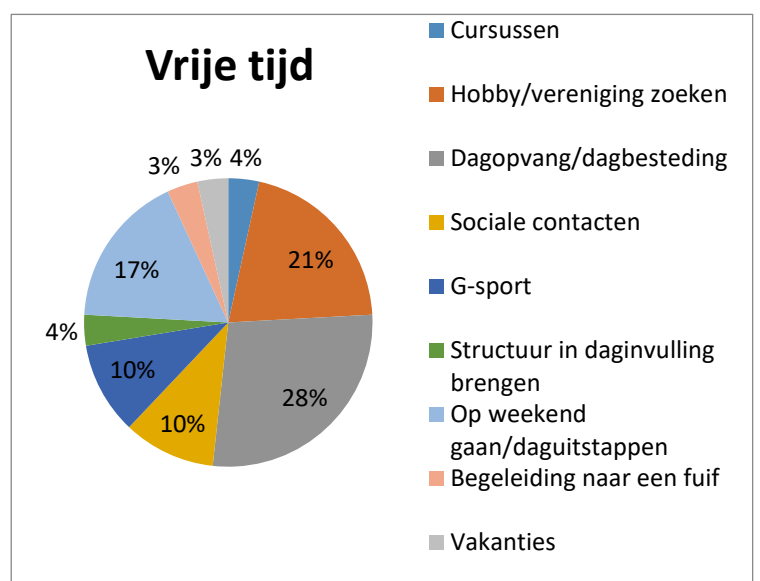
Figuur 6: gebied 'wonen'



Figuur 7: gebied 'werken'



Figuur 8: gebied 'anders'

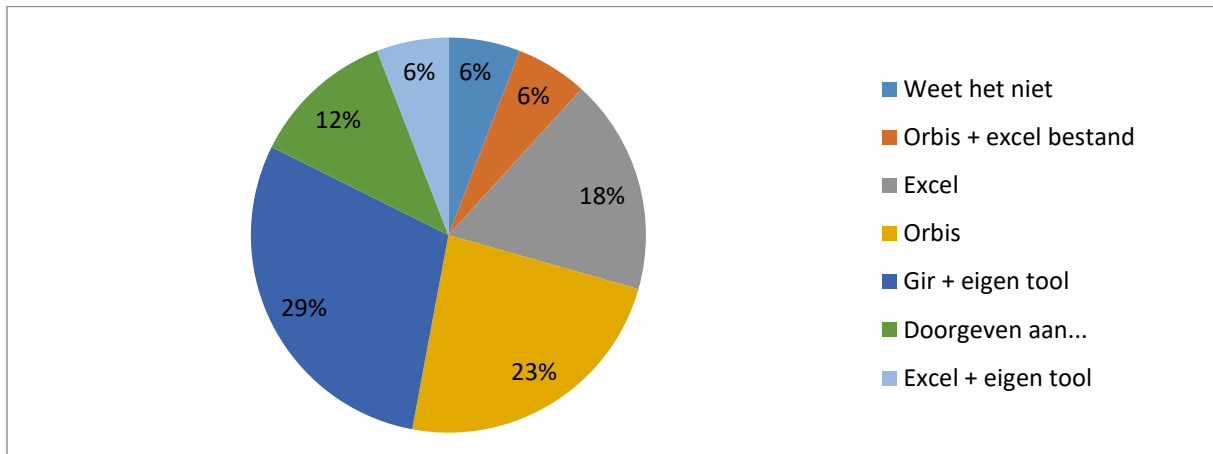


Figuur 9: gebied 'vrije tijd'

Welk hulpmiddel/tool wordt gebruikt bij de registratie van RTH?

Uit de resultaten is gebleken dat er voornamelijk gebruik gemaakt wordt van het 'GIR en eigen tool' om RTH te registreren. Echter wordt er bemerkt dat er bij het gebruik van databank 'Orbis' minder gebruik wordt gemaakt van een eigen Excel bestand of eigen tool. Ook wordt er gezien

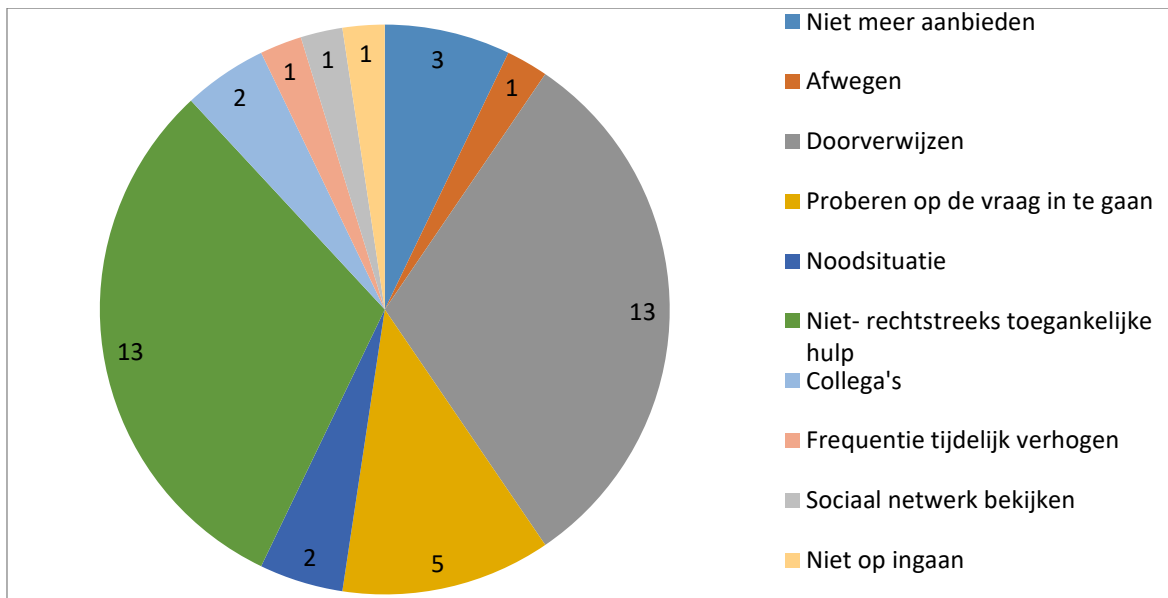
dat een groot aandeel gebruik maakt van een 'Excel bestand' alvorens deze maandelijks door te geven aan het VAPH.



Figuur 10: hulpmiddelen/tools voor de registratie

Hoe wordt er omgegaan met een plots verhoogde zorgvraag?

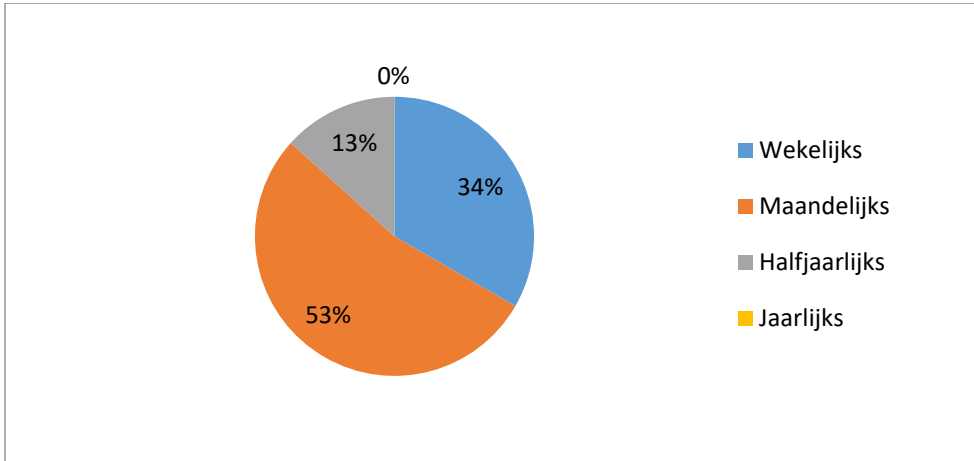
De resultaten van het onderzoek tonen aan dat wanneer de zorgvraag van de cliënt verhoogd gedurende het jaar, er door 13 diensten wordt doorverwezen naar andere diensten of dat de overstap naar niet-RTH wordt gemaakt. Vijf diensten gaven aan soms ook verder in te gaan op de zorgvraag van de cliënt.



Figuur 11: mogelijkheden bij een plots verhoogde zorgvraag

Wordt er op systematische wijze overlegd binnen de dienst omtrent RTH?

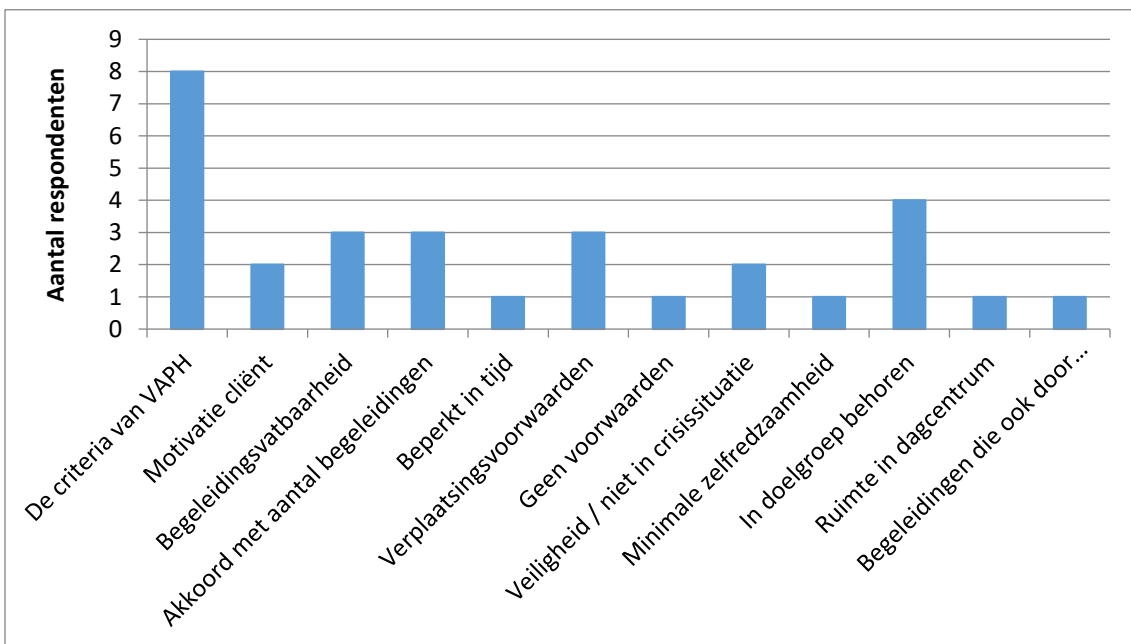
Wanneer er bevestigd werd of er op een systematische wijze overlegd wordt binnen de dienst, gaf 88% (15/17) van de deelnemers het antwoord 'ja'. Vervolgens werd gevraagd hoe frequent dit gebeurt. Dit is af te lezen in de volgende cirkeldiagram. Hierin kunnen we ook zien dat 0% van de deelnemers een 'jaarlijks' overleg hebben.



Figuur 12: frequentie overleg omtrent RTH

Wat zijn de inclusiecriteria om RTH te kunnen verkrijgen binnen de dienst?

Naast de criteria van het VAPH, worden ook verschillende inclusiecriteria gesteld vanuit de dienst. Eén respondent geeft aan dat 'begeleidingen die ook door andere instanties worden opgenomen, gaan wij niet overnemen'. Alle inclusiecriteria zijn af te lezen in het volgende staafdiagram.



Figuur 13: inclusiecriteria RTH

Is er een visietekst rond RTH?

76,5% van de deelnemers geven aan geen visietekst omtrent RTH hebben. Vaak wordt er wel bij verteld dat deze in ontwikkeling is.

Wat zijn de voordelen en nadelen van RTH?

Na het onderzoek is naar voren gekomen dat er diverse antwoorden verkregen zijn. Hierbij geeft 70% (12/17) van de deelnemers aan dat RTH 'soepel en flexibel is en dat er makkelijk te combineren valt tussen verschillende ondersteuningsfuncties'. Ook geeft 70% aan dat RTH 'laagdrempelig' is. 47% geeft aan dat 'iedereen met vermoeden van een handicap een kans krijgt op ondersteuning' en 41% geeft aan dat er 'geen lange procedure aan vooraf gaat'.

Echter wordt er ook opgemerkt dat er veel nadelen bij deze voordelen gepaard gaan nl. 94% van de deelnemers geeft aan dat 'de vraag van RTH groter is dan het aanbod'. 35% van de deelnemers geeft ook aan dat er 'lange wachtlijsten' aanwezig zijn bij de dienst. 23% van deze deelnemers melden hierbij dat 'de hulp moeilijk in te schatten valt' en dat er 'wachtrijen bij de dienst zijn'.

17% geeft ook aan dat de overstap van RTH naar niet-RTH moeilijk is, ook geeft 17% aan dat de 'werkdruk verhoogd' is. Echter geeft 6% ook aan nog geen nadelen ervaren te hebben.

Alle voordelen en nadelen zijn terug te vinden in de volgende tabel.

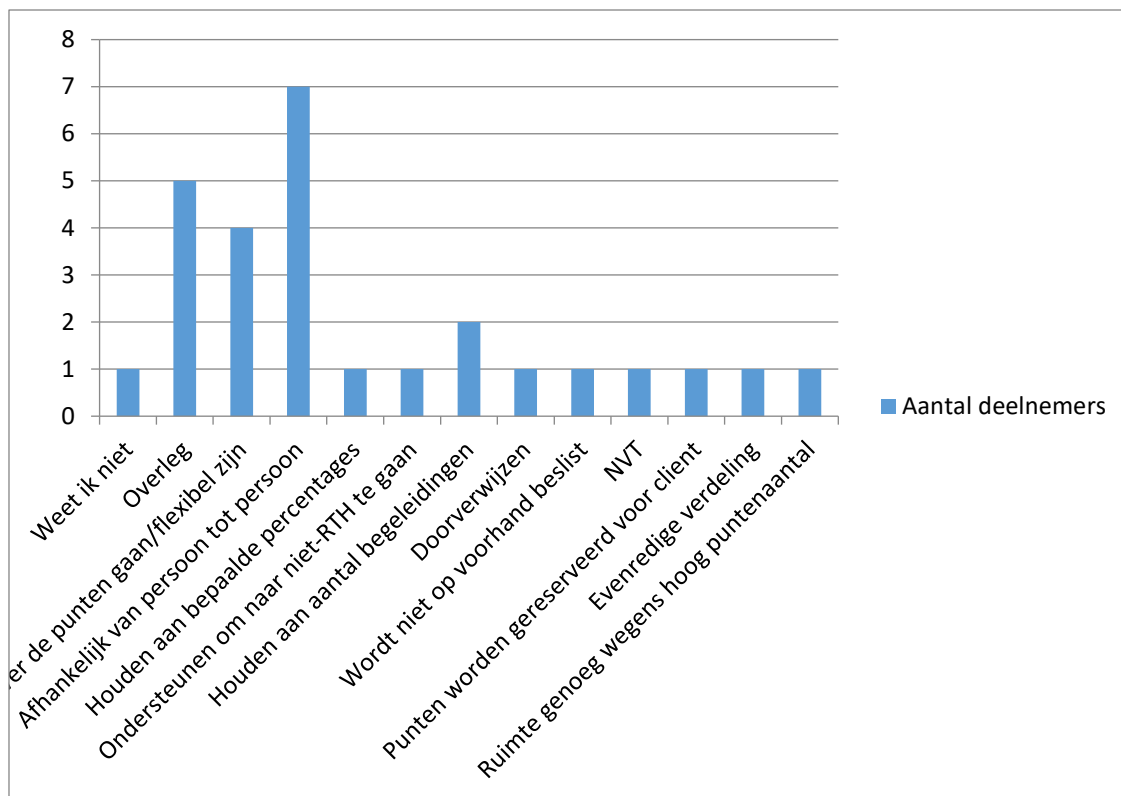
Tabel 3: voordelen en nadelen van RTH

Voordelen	Nadelen
Iedereen met vermoeden van handicap krijgt een kans (8/17)	Hulp is moeilijk in te schatten (4/17)
Niet zolang moeten wachten (3/17)	Cliënten overschatten zich (1/17)
Geen lange procedure (7/17)	Vraag > aanbod (beperkte middelen/punten) (16/17)
Soepel en flexibel > makkelijk combineren (12/17)	Geen prioriteiten (2/17)
Laagdrempelig (12/17)	Niet regiogebonden (1/17)
Applicatie VAPH (1/17)	Onduidelijk (1/17)
Dienst kan zelf prioriteit bepalen (2/17)	Meer coördineren en tellen (2/17)
Cliënt heeft eigen beslissing (1/17)	Lange wachtlijsten (6/17)

Makkelijk samenwerken met andere diensten (1/17)	Verplichte overstap van niet-RTH naar RTH (1/17)
Niet regiogebonden (1/17)	Betalend (1/17)
Duidelijk kader (1/17)	Niet overal aanbod van RTH (1/17)
Beperkte administratie (5/17)	Kwaliteitsverlies in begeleidingen (2/17)
Een ambulante dienst kan snel RTH opstarten (ondernemend) (2/17)	Overstap van RTH naar niet-RTH is moeilijk (3/17)
Voldoende voor veel cliënten (2/17)	Moeilijk opstarten als er geen ambulante dienst is (1/17)
Voldoende punten als dienst om mensen te helpen (1/17)	Verhoogde werkdruk (3/17)
Verlichting voor het netwerk (1/17)	Weinig ruimte voor opleiden nieuw personeel (1/17)
Gemakkelijk voor de cliënt (1/17)	BOB is er niet voor iedereen (1/17)
Minder confronterend (1/17)	Zeer beperkt in tijd (1/17)
Geen routine (1/17)	Geen garantie van continuïteit zorg (1/17)
	Proces naar PVB gaat niet sneller (1/17)
	Het penhouderschap (1/17)
	Algemene bekendheid ontbreekt (1/17)
	Doelgroep gaat lossen om met begeleidingen (1/17)
	Geen evaluaties (1/17)
	Geen nadelen (1/17)

Hoe worden de personeelspunten verdeeld over de cliënten?

In het onderzoek tonen de resultaten aan dat 41% (7/17) aangeeft dat dit ‘afhankelijk is van persoon tot persoon’. 29% (5/17) geeft aan dat dit gebeurt ‘door middel van een overleg binnen de dienst’. Echter geeft 23% (4/17) aan dat ze ‘over de punten gaan wanneer de punten op zijn’ of ‘zoeken een flexibele oplossing zodat de cliënt toch geholpen wordt’. Alle antwoorden in kader van de verdeling zijn terug te vinden in de volgende staafdiagram.



Figuur 14: verdeling personeelspunten

Hoe komen de cliënten bij de dienst terecht?

Na het vragen hoe de cliënten bij de dienst terecht komen, geven 12 deelnemers aan dat deze van het 'DOP' komen. 15 deelnemers geven aan dat de cliënten via de 'school' komen, 11 deelnemers geven aan dat de cliënten via het OCMW komen, 8 deelnemers geven aan dat deze via het CAW komen, 10 deelnemers geven aan dat de cliënten vanuit een overschakeling van niet-RTH komen. Echter geven 14 deelnemers aan dat cliënten ook via andere manieren bij de dienst terecht komen. Deze andere manieren zijn af te lezen in volgend schema.

Tabel 4: manieren om bij een dienst terecht te komen

Begeleid wonen, sociale dienst van de voorziening
Eigen cliënten die zeggen 'ik heb nog iemand die hulp nodig heeft, kan die bij u terecht?', dus cliënten die doorverwijzen.
Ook Kind & Gezin, andere diensten begeleid wonen, of andere VAPH diensten, sommige mensen lezen het op de website, thuisbegeleidingsdiensten, CLB
NOC, soms rechtstreeks van thuis uit, bewindvoerders, huisdokers
CLB, huisartsen, Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

Centrum voor Kinderzorg en Gezinondersteuning, alle andere diensten die werken met volwassenen met een beperking
Thuisbegeleiding van andere diensten
Contactpersonen
Arbeidsinitiatief
Eigen initiatief
Doorverwijzing vanuit de psychologie
Doorverwijzing door dokter
Collega-diensten, Huisartsen, Sociale dienst
Familie rechtstreeks, mutualiteiten, sociaal assistenten
Psychiatrie, zelfstandig
Revalidatiecentra, CLB, doorverwijzing
Mutualiteit, eigen initiatief

Wat is de gemiddelde duur van een begeleiding (mobiel/ambulant)?

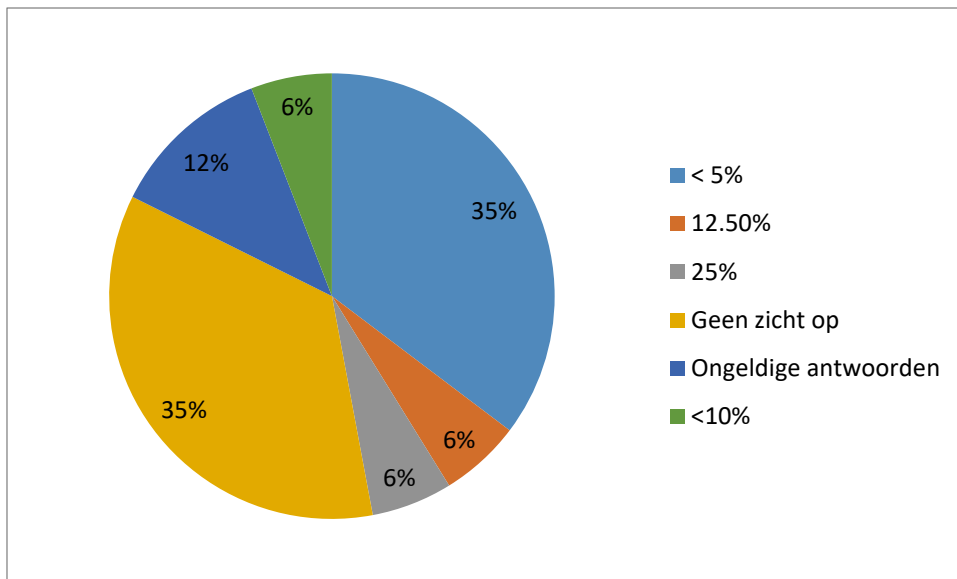
Na het vragen wat de gemiddelde duur van begeleiding is geeft 77% aan dat dit tussen de 1 à 2 uur ligt, 11,5% geeft aan dat dit afhankelijk is van de begeleiding en persoon. Bij de overige 11,5% was deze vraag niet van toepassing omdat hier niet omtrent begeleiding (mobiel/ambulant) wordt gewerkt.

Hoe wordt omgegaan met een begeleiding die minder dan één uur duurt?

Wanneer er vervolgens gevraagd werd wat er gedaan werd als een begeleiding maar 15 minuten duurt gaf 59% van de deelnemers aan dat ze dit samentellen. Hiervan geeft 40% aan dat ze ‘contactmomenten’ bij elkaar tellen om zo tot een sessie te komen, 10% hiervan geeft aan dat ‘een kort telefoontje niet als contactmoment’ geteld wordt. 35% geeft echter aan dat het ‘niet voorkomt’ dat een sessie minder dan één uur duurt. De overige 6% gaf aan dat dit ‘niet van toepassing’ was omdat er geen mobiele/ambulante begeleidingen gegeven werden.

Hoeveel procent van de RTH-cliënten maakt gebruik van een basisondersteuningsbudget?

In het onderzoek komt naar voren dat 35% van de respondenten aan gaf dat ‘minder dan 5% van de cliënten’ gebruik maken van een BOB, 35% gaf ook aan dat ze dit niet wisten. 6% gaf aan dat dit ‘1 van de 8’ cliënten is (12,50%) een andere 6% gaf aan dat dit ‘rond de 25%’ is. Ook gaf 6% aan dat dit ‘<10%’ is. De overige deelnemers gaven een ongeldig antwoord.



Figuur 15: aantal 'BOB'

Matrix belangrijkste resultaten

Om de belangrijkste gegevens in kaart te brengen is er een matrix opgesteld, hierbij wordt per afgenomen vragenlijst het volgende in kaart gebracht; de doelgroep van de dienst, de aangeboden ondersteuningsfuncties, de meest voorkomende combinaties van ondersteuningsfuncties, waar de meeste punten naartoe gaan en of er een eigen bijdrage gevraagd wordt.

Tabel 5: matrix met de belangrijkste gegevens

	Doelgroep	Aangeboden ondersteuningsfuncties	Meest voorkomende combinaties	Waar gaan de meeste punten naartoe?	Persoonlijke bijdrage?
Vragenlijst 1	Meervoudige beperking	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Begeleiding (mobiel/ambulant) en dagopvang (dag)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Ja
		Dagopvang (dag)			
		Verblijf (nacht)			
Vragenlijst 2	Verstandelijke beperking (licht, matig)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Begeleiding (mobiel/ambulant) en dagopvang (dag)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Ja
	Lichamelijke beperking	Outreach (mobiel/ambulant)			
	Zintuiglijke beperking				
	Meervoudige beperking				
Vragenlijst 3	Verstandelijke beperking (licht, matig, ernstig, diep)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Dagopvang (dag) en verblijf (nacht)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Ja
	Lichamelijke beperking	Groepsbegeleiding			
	Zintuiglijke beperking	Dagopvang (dag)			
	Psychische beperking	Verblijf (nacht)			
	Meervoudige beperking				
Vragenlijst 4	Verstandelijke beperking (licht, matig)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Dagopvang (dag) en verblijf (nacht)	Dagopvang (dag)	Ja
		Dagopvang (dag)			
		Verblijf (nacht)			
Vragenlijst 5	Verstandelijke beperking (licht)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Begeleiding (mobiel/ambulant) en dagopvang (dag)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Ja
		Groepsbegeleiding			
		Dagopvang (dag)			
		Verblijf (nacht)			
		Outreach (mobiel/ambulant)			

Vragenlijst 6	Verstandelijke beperking (licht, matig)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Begeleiding (mobiel/ambulant) en dagopvang (dag)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Nee
	Lichamelijke beperking	Groepsbegeleiding			
	Zintuiglijke beperking	Dagopvang (dag)			
	Psychische beperking	Outreach (mobiel/ambulant)			
	Meervoudige beperking				
Vragenlijst 7	Verstandelijke beperking (licht, matig)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Begeleiding (mobiel/ambulant) en dagopvang (dag)		
	Lichamelijke beperking	Dagopvang (dag)	Begeleiding (mobiel/ambulant) en verblijf (nacht)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Ja
	Zintuiglijke beperking	Verblijf (nacht)			
	Psychische beperking				
	Meervoudige beperking				
Vragenlijst 8	Zintuiglijke beperking	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Begeleiding (mobiel/ambulant) en dagopvang (dag)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Ja
	Meervoudige beperking	Dagopvang (dag)			
		Outreach (mobiel/ambulant)			
Vragenlijst 9	Verstandelijke beperking (licht, matig)	Begeleiding (mobiel/ambulant)		Dagopvang (dag)	Nee
	Zintuiglijke beperking	Dagopvang (dag)	Begeleiding (mobiel/ambulant) en dagopvang (dag)		
	Psychische beperking				
	Meervoudige beperking				
Vragenlijst 10	Verstandelijke beperking (licht, matig)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Begeleiding (mobiel/ambulant) en outreach (mobiel/ambulant)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Ja
	Lichamelijke beperking				

	Zintuiglijke beperking				
	Psychische beperking				
	Meervoudige beperking				
Vragenlijst 11	Meervoudige beperking	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Begeleiding (mobiel/ambulant) en dagopvang (dag)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Ja
		Groepsbegeleiding			
		Dagopvang (dag)			
		Verblijf (nacht)			
		Outreach (mobiel/ambulant)			
Vragenlijst 12	Verstandelijke beperking (licht, matig, ernstig)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	/	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Ja
		Dagopvang (dag)			
		Verblijf (nacht)			
Vragenlijst 13	Verstandelijke beperking (matig, ernstig, diep)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Dagopvang (dag) en verblijf (nacht)	Verblijf (nacht)	Ja
	Meervoudige beperking	Dagopvang (dag)			
		Verblijf (nacht)			
Vragenlijst 14	Verstandelijke beperking (licht, matig)	Groepsbegeleiding	/	Dagopvang (dag)	Ja
	Lichamelijke beperking	Dagopvang (dag)			
	Zintuiglijke beperking				
	Psychische beperking				
Vragenlijst 15	Verstandelijke beperking (matig, ernstig)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Dagopvang (dag) en verblijf (nacht)	Verblijf (nacht)	Ja
		Dagopvang (dag)			
		Verblijf (nacht)			
Vragenlijst 16	Verstandelijke beperking (licht, matig, ernstig, diep)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Begeleiding (mobiel/ambulant) en outreach (mobiel/ambulant)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Ja
	Lichamelijke beperking	Groepsbegeleiding			

	Psychische beperking	Outreach (mobiel/ambulant)			
	Meervoudige beperking				
Vragenlijst 17	Verstandelijke beperking (licht, matig, ernstig, diep)	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Begeleiding (mobiel/ambulant) en groepsbegeleiding	Begeleiding (mobiel/ambulant)	Ja
	Lichamelijke beperking	Groepsbegeleiding			
	Psychische beperking	Outreach (mobiel/ambulant)			
	Meervoudige beperking				

3.2.4 Participerende observaties

Om een nog beter beeld te krijgen van RTH in de praktijk, hebben er een aantal observaties plaatsgevonden in 8 verschillende diensten. Er zijn een aantal verschillen waargenomen, maar ook een aantal overeenkomsten. Het is opgevallen dat RTH op verschillende manieren toegepast kan worden. Er zijn grote diensten waarbij RTH-cliënten mee instromen in het dagcentrum bij de andere cliënten. Maar er zijn ook kleinere diensten waarbij er enkel een groep is van RTH-cliënten. Wat er nog opviel, was dat er in de kleinere diensten meer flexibiliteit was binnen de dagwerking. Er was meer vrije keuze omtrent de activiteiten die de cliënten uitvoerden. Een derde verschil viel op bij de registratie van de punten. Sommige begeleiders moesten zelf registreren. Anderen gaven het aantal begeleidingen door aan een ander personeelslid en dan deed hij/zij de registratie.

Iets wat overal terugkwam, was dat de begeleiders te horen kregen hoeveel cliënten of begeleidingen ze nog kunnen bijnemen. En dat zij dit dan moeten invullen. Ook werd er in elke geobserveerde dienst een eigen bijdrage gevraagd aan de RTH-cliënten. De mobiele begeleidingen die werden geobserveerd, hadden ook steeds overeenkomstige onderwerpen nl. financiën en het organiseren van het huishouden.

4. Discussie

Het doel van deze bachelorproef was om de concrete toepassingen van RTH te achterhalen en in kaart te brengen. Tijdens de literatuurstudie werd er opgemerkt dat er weinig literatuur beschikbaar is in het kader van RTH. Hierdoor kan er niet vergeleken worden tussen verschillende artikels. Met gevolg dat er vooral een vergelijking gemaakt moet worden tussen de gevonden literatuur en de resultaten uit het praktijkonderzoek. Tijdens het uitschrijven van de literatuurstudie is er een knelpunt ervaren omtrent de hiërarchie binnen de verschillende zorginstanties. Wat is een voorziening? Wat is een dienst? Wie is wie? Naarmate het onderzoek vorderde, ontstond hier wel meer duidelijkheid over.

In de literatuur wordt vermeld dat RTH een laagdrempelige vorm van hulpverlening is die snel toegankelijk is voor de cliënt. Echter wordt er bemerkt dat er in de praktijk wachtlijsten zijn binnen de diensten. Met gevolg dat de RTH-cliënten op een wachtlijst staan van enkele maanden en dus niet direct geholpen kunnen worden. Ook staat er in de richtlijnen dat personen met een (vermoeden van) een beperking 8 punten krijgen toegewezen per kalenderjaar. Echter

blijkt dat deze punten niet volledig gebruikt kunnen worden bij eenzelfde dienst omdat deze over onvoldoende personeelspunten beschikt om alle cliënten te voorzien van zorg op maat. Doorheen het hele proces werden steeds aanpassingen doorgevoerd rond RTH, bijvoorbeeld de nieuwe ondersteuningsfunctie “groepsbegeleidingen”. Ook was er sprake van een verandering omtrent de eigen bijdrage. Hierdoor moet de actualiteit omtrent RTH nauwlettend in het oog gehouden worden.

Tijdens de bevragingen is er bemerkt dat sommige diensten veel problemen en knelpunten ervaren rond RTH terwijl andere diensten vinden dat er meer voordelen aan verbonden zijn. Echter wordt er opgemerkt dat er vaker geen visietekst omtrent RTH vanuit de dienst is opgesteld, hierdoor kan het moeilijker zijn om bepaalde grenzen te leggen op vlak van doelgroep of handelen uit expertise.

Een groot knelpunt tijdens de start van het onderzoek was dat RTH een onbekend gegeven was voor de onderzoekers. De onbekendheid gaf als bijgevolg voor de onderzoekers dat een groot deel van de tijd ging naar het begrijpen van de theoretische achtergrond van RTH. Het gesprek met het VAPH heeft gezorgd voor een duidelijker zicht op RTH. Tijdens het gesprek werd er frequent afgeweken naar niet-RTH. Met gevolg dat er geen concreet antwoord werd gegeven op de oorspronkelijke vragen in kader van RTH.

Na het gesprek met het VAPH is er een bezoek gebracht aan de eerste beleidsmedewerker in een voorziening die RTH aanbiedt. Hier werd de afspraak plots doorgegeven aan de dienstdoende stagiair in deze voorziening. Met gevolg dat er geen concrete antwoorden geleverd konden worden op de desbetreffende vragen. Na deze afspraak is er geconcludeerd dat de opgestelde vragen uitgebreid moesten worden om meer informatie te kunnen verkrijgen. Na dit proces zijn er 2 bevragingen uitgevoerd in andere voorzieningen waaruit meer bruikbare informatie is verkregen.

De eerste voorlopige versie van de vragenlijst is ontstaan met behulp van de literatuurstudie. In overleg met het werkveld en de promotor werd er geconcludeerd dat de vragenlijst te weinig diepgang toonde. Na meerdere keren een overleg gehad te hebben, is er een definitieve vragenlijst opgesteld. Deze werd gebruikt tijdens de verschillende bezoeken aan de diensten die RTH aanbieden.

Voor de bevragingen werden er afspraken gemaakt, echter werden deze verschillende keren geannuleerd vanuit het werkveld. Hierdoor zijn deze diensten niet in het praktische gedeelte van het onderzoek opgenomen.

De respondenten van de vragenlijst zijn willekeurig geselecteerd. Dit kan een nadeel zijn voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. Er zijn 29 hulpverleners gecontacteerd die RTH aanbieden. Hiervan hebben er 17 toegestemd om deel te nemen aan het onderzoek. Rekening houdend met het aantal RTH-aanbieders in Limburg, is dit een goed resultaat.

De taken die een ergotherapeut kan uitvoeren binnen RTH zijn afhankelijk van de werksetting. Binnen de ondersteuningsfunctie 'begeleiding' kan de ergotherapeut bijvoorbeeld werkbegeleiding uitvoeren of ondersteuning bieden bij de financiën, Dit is ook zo binnen groepsbegeleiding. Binnen de dagopvang kan de ergotherapeut worden ingezet om zinvolle dagbesteding aan te bieden. Ook bij verblijf kan de ergotherapeut een rol hebben. Dit kan bijvoorbeeld 's ochtends en 's avonds tot uiting komen tijdens ADL. Maar ook tijdens het eten en dagdagelijkse activiteiten.

De taken van de ergotherapeut binnen RTH kunnen ook ingedeeld worden volgens de verschillende levensgebieden: wonen, werken en vrije tijd.

In toekomstige onderzoeken kan er verdieping gezocht worden binnen RTH voor minderjarigen. Ook kan RTH ruimer onderzocht worden door de situatie in andere provincies te bekijken.

Het onderzoek was gericht op de meningen en antwoorden van de hulpverleners, maar kan in de toekomst ook bekeken worden vanuit het standpunt van de cliënt.

5. Conclusie

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: 'Hoe wordt RTH in de praktijk toegepast door de verschillende Limburgse voorzieningen bij volwassen personen met een (vermoeden van) een beperking?' Om deze vraag te beantwoorden is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd omtrent de toepassingen van RTH in de praktijk. Uit de resultaten blijkt dat vele voorzieningen en diensten een andere aanpak hebben in het toepassen van RTH. De gebieden waarin ondersteuning wordt geboden, zijn verschillend in de ondervraagde diensten. Maar ook het hulpmiddel voor de registratie is niet in elke dienst hetzelfde. Wat nog verschillend is, is de flexibiliteit omtrent het inzetten van de punten. Enkele diensten geven

aan over hun puntenaantal te gaan wanneer dit nodig is, terwijl andere diensten zich houden aan het aantal erkende RTH-punten.

Er is ook opgemerkt dat de RTH-aanbieders veel problemen en knelpunten ervaren rond RTH, terwijl anderen vinden dat er meer voordelen aan verbonden zijn. Eén van de nadelen dat terugkwam tijdens de bevestigingen was dat er in de meeste diensten toch ook al wachtlijsten zijn ontstaan. Maakt dit RTH dan nog wel zo rechtstreeks als het zou moeten zijn?

Bibliografie

- Baarda, B., & Bakker, E. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Bourgeois, G., & Vandeurzen, J. (2017). *Besluit van de Vlaamse Regering*. Brussel. Agentschap zorg en gezondheid (2017). De Vlaamse Sociale Bescherming. Geraadpleegd op 11 januari via <http://vlaamsesocialebescherming.be/>
- Rijksoverheid. (2017). Rijksoverheid. Geraadpleegd op 2 oktober 2016 via <https://www.rijksoverheid.nl/>
- Van den Broeck, S. (2017). *Perspectief 2020 in de praktijk*. Geraadpleegd op 30 september 2016 via <http://www.perspectief2020.be/nieuws/perspectief-2020-in-de-praktijk>
- Vandeurzen, J. (2010). *Perspectief 2020 - Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap*.
- Vandeurzen, J., & Bourgeois, G. (2017). *Besluit Vlaamse Regering: principiële goedkeuring*. Vlaamse Regering.
- VAPH. (2016a). *Brochure persoonsvolgende financiering*. Brussel: VAPH.
- VAPH. (2016b). *Richtlijnen rechtstreeks toegankelijke hulp*. Brussel: VAPH.
- VAPH. (2017a). *Erkenning en vergunning*. Geraadpleegd op 30 september 2016 via [http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/7725338-Dienst+rechtstreeks+toegankelijke+hulp+\(RTH\).html](http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/7725338-Dienst+rechtstreeks+toegankelijke+hulp+(RTH).html)
- VAPH. (2017b). *Persoonsvolgende financiering (PVF)*. Geraadpleegd op 30 september 2016 via <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/9671459>
- VAPH. (2017c). *Rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH)*. Geraadpleegd op 30 september 2016 via <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/10165432-Rechtstreeks+toegankelijke+hulp.html>
- VAPH. (2017d). *VAPH - Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap*. Geraadpleegd op 30 september 2016 via <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/11151-home.html>

Bijlagen

Bijlage 1: vragenlijst Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH) in de praktijk

Allereerst bedankt voor uw deelname aan de vragenlijst omtrent RTH. Uw deelname is vrijblijvend en anoniem.

Wij, 3 studenten ergotherapie, maken onze bachelorproef omtrent RTH.

In deze vragenlijst krijgt u enkele vragen omtrent uw functie in kader van RTH en enkele vragen omtrent de procedure van RTH. Na het afnemen van de vragenlijsten verwerken wij deze informatie om de praktische uitvoering in kaart te brengen. Wanneer ons onderzoek ten einde is, krijgt u een exemplaar van onze bachelorproef. Om praktische redenen bestaat onze vragenlijst uit vier onderdelen. We hebben een onderscheid gemaakt tussen informatie over u als hulpverlener, de dienst, de toepassingen van RTH en de financiële gegevens. Achteraan de vragenlijst staan enkele termen ter verduidelijking.

Deze vragenlijst bestaat uit open vragen en meerkeuzevragen. Bij meerkeuzevragen mag u enkel kiezen uit de aangeboden opties, u mag geen extra toelichting geven. Open vragen geven de gelegenheid om uw antwoord toe te lichten.

Alle vragen en antwoorden worden mondeling toegelicht. Dit dient om de betrouwbaarheid van ons onderzoek te vergroten. Indien nodig kan er ook extra uitleg gegeven worden over de vraag. Indien u het antwoord niet weet of twijfelt over het antwoord, is dit geen probleem. Deze vraag wordt overgeslagen en u krijgt de gelegenheid om objectieve gegevens op te zoeken.

a) Algemene gegevens hulpverlener RTH

1. Streep door wat niet van toepassing is: Man/vrouw
2. Wat is uw functie, binnen de dienst waarin u tewerkgesteld bent?
3. Welke (basis)opleiding heeft u gevolgd?
4. Hoeveel jaar werkervaring heeft u?
5. Hoelang hebt u al ervaring in het toepassen van RTH? (uitdrukken in jaren en maanden)
6. Welke ondersteuningsfuncties biedt u aan (meerdere keuzes mogelijk)?
 - A. Begeleiding (mobiel/ambulant)
 - B. Groepsbegeleiding
 - C. Dagopvang (dag)
 - D. Verblijf (nacht)

- E. Outreach (mobiel/ambulant)
- F. Geen

7. Aan welke doelgroep biedt u RTH aan (meerdere keuzes mogelijk)?

- A. Verstandelijke beperking
 - a. Licht: IQ 50-55 tot ongeveer 70-75
 - b. Matig: IQ 35-40 tot 50-55
 - c. Ernstig: IQ 20-25 tot 35-40
 - d. Diep: IQ lager dan 20-25
- B. Lichamelijke beperking
- C. Zintuiglijke beperking
- D. Psychische beperking
- E. Meervoudige beperking
- F. Niet van toepassing

b) Algemene gegevens dienst

8. In wat voor een dienst bent u tewerkgesteld?

9. Is er binnen de dienst een visietekst rond RTH?

- A. Ja (kunt u deze bezorgen)
- B. Nee

10. Sinds wanneer heeft de dienst personeelspunten gekregen om RTH aan te bieden (jaar)?

11. Kunt u bij benadering het percentage van personeel geven dat betrokken is bij RTH, binnen uw dienst.

- A. 0-25%
- B. 25-50%
- C. 50-75%
- D. 75-100%

12. Hoe komen cliënten bij de dienst terecht?

- A. DOP
- B. School
- C. OCMW
- D. CAW
- E. Overschakeling vanuit niet-RTH
- F. Andere, namelijk:

13. Aan welke doelgroep biedt de dienst RTH aan?

- A. Verstandelijke beperking
 - a. Licht: IQ 50-55 tot ongeveer 70-75
 - b. Matig: IQ 35-40 tot 50-55
 - c. Ernstig: IQ 20-25 tot 35-40
 - d. Diep: IQ lager dan 20-25
- B. Lichamelijke beperking
- C. Zintuiglijke beperking
- D. Psychische beperking
- E. Meervoudige beperking

14. Welke ondersteuningsfuncties biedt de dienst aan (meerdere keuzes mogelijk)?

- A. Begeleiding (mobiel/ambulant)
- B. Groepsbegeleiding
- C. Dagopvang (dag)
- D. Verblijf (nacht)
- E. Outreach (mobiel/ambulant)

15. Naar welke ondersteuningsfunctie(s) gaan de punten vooral naar toe?

- A. Begeleiding (mobiel/ambulant)
- B. Groepsbegeleiding
- C. Dagopvang (dag)
- D. Verblijf (nacht)
- E. Outreach (mobiel/ambulant)

c) Rechtstreeks toegankelijke hulp – praktisch

16. Op welke gebieden biedt de dienst ondersteuning en kunt u hier enkele voorbeelden van geven? (meerdere keuzes mogelijk):

- A. Wonen; bv...
- B. Werken; bv...
- C. Vrije tijd; bv...
- D. Anders, nl...

17. Worden er ondersteuningsfuncties gecombineerd?

- A. Ja, welke worden het meest gecombineerd (meerdere keuzes mogelijk)?
 - a. Begeleiding (mobiel/ambulant)
 - b. Groepsbegeleiding
 - c. Dagopvang (dag)
 - d. Verblijf (nacht)
 - e. Outreach (mobiel/ambulant)
- B. Nee

18. Welk hulpmiddel wordt er binnen de dienst gebruikt voor de berekening en de registratie van RTH?

19. Komen er wel eens situaties voor waarbij er meer hulp nodig is dan de oorspronkelijke zorgvraag?

- A. Ja, hoe wordt hiermee omgegaan:
- B. Nee

20. Zijn er bepaalde voorwaarden binnen de dienst, om gebruik te mogen maken van RTH?

21. Welke pro's en contra's worden ervaren binnen RTH?

22. Wordt er op systematische wijze overlegt binnen de dienst omtrent RTH?

- A. Ja
 - a. Wekelijks
 - b. Maandelijks
 - c. Halfjaarlijks
 - d. Jaarlijks
- B. Nee

23. Komt de dienst toe met de toegekende punten per kalenderjaar, om te verdelen over de cliënten?
A. Ja
B. Nee, hoe wordt dit opgelost?
24. Op welke manier worden de RTH-punten verdeeld over de cliënten?
25. Hoelang duurt een begeleiding (ambulant/mobiel) gemiddeld, binnen de dienst?
26. Wat wordt er binnen de dienst gedaan als een cliënt 15 minuten begeleiding nodig heeft (bijv. sessies samen tellen,...)?

d) Financiële gegevens

27. Hoeveel cliënten die gebruik maken van RTH hebben een Basisondersteuningsbudget?
28. Wordt er binnen de dienst een eigen bijdrage gevraagd aan de persoon die gebruik maakt van RTH?
A. Ja
B. Nee

e) Terminologie

Dienst: Een organisatie die deel uitmaakt van een grotere organisatie.

Meervoudige beperking: Combinatie van een verstandelijke en lichamelijke beperking

De niveaus van verstandelijke handicap worden als volgt onderscheiden (APA, 2004; WHO, 2002)

- Licht: IQ 50-55 tot ongeveer 70-75 of bij volwassenen een verstandelijke ontwikkelingsleeftijd tussen 9 en 12 jaar
- Matig: IQ 35-40 tot 50-55 of bij volwassenen een verstandelijke ontwikkelingsleeftijd tussen 6 en 9 jaar
- Ernstig: IQ 20-25 tot 35-40 of bij volwassenen een verstandelijke ontwikkelingsleeftijd tussen 3 en 6 jaar
- Diep: IQ lager dan 20-25 of bij volwassenen een verstandelijke ontwikkelingsleeftijd beneden 3 jaar.

Ambulante begeleiding: de algemene psychosociale ondersteuning van minimaal één uur en maximaal twee uur, waarbij de persoon met een handicap of zijn netwerk zich naar de hulpverlener verplaatst

Mobiele begeleiding: de algemene psychosociale ondersteuning van minimaal één uur en maximaal twee uur, waarbij de hulpverlener zich naar de persoon met een handicap of zijn netwerk verplaatst

Groepsbegeleiding: de algemene psychosociale ondersteuning van minimaal één uur en maximaal twee uur van twee of meer personen met een handicap of hun netwerk

Dagopvang: de ondersteuning overdag voor een aangepaste opvang of een aangepaste dagbesteding

Verblijf: het verblijf met overnachting, met inbegrip van de opvang en ondersteuning gedurende de ochtend en de avonden

Ambulante outreach: de kennisoverdracht van minimaal één uur en maximaal twee uur naar een groep van minimaal drie ondersteuners van personen met een handicap die behoefte hebben aan handicap specifieke knowhow en waarbij de ondersteuners zich naar de hulpverlener (RTH) verplaatsen

Mobiele outreach: de kennisoverdracht van minimaal één uur en maximaal twee uur naar een groep van minimaal drie ondersteuners van personen met een handicap die behoefte hebben aan handicap specifieke knowhow en waarbij de hulpverlener (RTH) zich naar de ondersteuners verplaatst

Dagcentrum: in een dagcentrum kan de volwassene terecht voor activiteiten als atelierwerking, tuinbouw of semi-industrieel werk. Daarnaast bieden de dagcentra in een aantal gevallen training of therapie op diverse domeinen aan: kinesitherapie, logopedie, ergotherapie, zelfredzaamheidstraining, sociale vaardigheidstraining, ontwikkeling van arbeidsgerichte vaardigheden, emotionele ondersteuning, enz.

Begeleid wonen: volwassenen die zelfstandig wonen, doch gedurende een beperkt aantal uren per week nood hebben aan ondersteuning, kunnen beroep doen op een dienst voor begeleid wonen. Ook mensen die nog thuis wonen, kunnen in het systeem van begeleid wonen stappen in voorbereiding op een meer zelfstandige woonvorm.

Begeleid werken: het gaat hier om het begeleiden (door een dagcentrum of eventueel een tehuis voor niet-werkenden) van onbezoldigde arbeidsmatige prestaties, die door de persoon met een handicap vrijwillig en op zijn vraag worden geleverd. Indien nodig begeleidt men de persoon ook op de werkvloer zelf (i.c. een sociale voorziening of een culturele organisatie, een particulier of een bedrijf).

Bijlage 2: informed consent

Onderzoek: RTH in de praktijk

Onderzoekers: Joey van Lieshout, Willemijn Bergmann, Jana Maggen

In te vullen door de deelnemer:

Ik verklaar op een duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem aan anderen bekend gemaakt zullen worden.

Ik sta toe dat het audiomateriaal uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen. Ook kan ik voor, tijdens en na het onderzoek vragen stellen over het onderzoek.

Naam deelnemer:

Instelling deelnemer:

Handtekening deelnemer:

Naam onderzoeker:

Handtekening onderzoeker:

Datum: