



# Persoonsvolgende financiering en armoede

De gevolgen van PVF voor personen in armoede



ZORGONDERZOEK & CONSULTANCY

LUCAS  
Centrum voor Zorgonderzoek &  
Consultancy  
Minderbroedersstraat 8 bus 5310  
3000 Leuven  
Tel. + 32 16 37 34 31  
[www.kuleuven.be/lucas](http://www.kuleuven.be/lucas)

**PERSOONSVOLGENDE FINANCIERING  
EN ARMOEDE  
DE GEVOLGEN VAN PVF VOOR PERSONEN IN ARMOEDE**

Evelien Demaerschalk

Prof. dr. Koen Hermans

Leuven  
juli 2018

## **Colofon**

### **Opdrachtgever**

Caritas Vlaanderen vzw  
Sector Samenlevingsopbouw

### **Onderzoeksleiding**

Prof. dr. Koen Hermans

### **Financiering**

Caritas Vlaanderen vzw

### **Wetenschappelijk medewerker**

Evelien Demaerschalk

### **Interviewer**

Evelien Demaerschalk

### **Administratieve ondersteuning**

Lut Van Hoof, Manuela Schröder

**Leuven, juli 2018**

# Inhoud

<b>Inleiding</b>		<b>9</b>
<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>De persoonsvolgende financiering</b>	<b>11</b>
1	Het VN verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap	11
2	Het Vlaamse ondersteuningsbeleid	11
3	Trap 1: het basisondersteuningsbudget	12
4	Trap 2: het persoonsvolgend budget	13
4.1	Een nieuwe aanvraag PVB indienen	13
4.2	Een automatische omschakeling PVB voor bestaande zorgvragen	15
4.3	Een PVB besteden	15
5	Woon- en leefkosten	16
6	Geplande evaluaties en aanpassingen	17
6.1	Armoedetoets	17
6.2	Geplande correcties en evaluaties	18
7	Eerste bevindingen uit onderzoek	18
7.1	Randvoorwaarden en principes PVF	18
7.2	Impact op kwaliteit van leven	19
7.3	BOB	20
7.4	PVB	20
7.4.1	Het traject	20
7.4.2	De keuzes	20
8	Kritische bedenkingen omtrent PVF	21
<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>Armoederisico van personen met een handicap</b>	<b>23</b>
1	Definitie van armoede	23
2	Het multidimensionaal karakter van armoede	23
3	De link tussen handicap en armoede	24
4	Non take-up bij PmH	25
4.1	Definitie en stadia van non take-up	26
4.2	Oorzaken van non take-up	26
4.3	Non take-up bij IVT/ITT	27
4.4	Non take-up bij de verhoogde kinderbijslag	28
4.5	Maatregelen om non take-up te verminderen	29
5	Gevolgen van armoede	29
6	Kwetsbare groepen	30
7	Maatregelen om de non take-up van PVF te verminderen	30

<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Methodologie</b>	<b>31</b>
1	De onderzoeksvraag	31
2	Het richtinggevend schema om non take-up in het PVF-systeem te onderzoeken	31
3	Fase 1: inventaris drempels en knelpunten met professionals	32
4	Fase 2: ervaringen van PmH in armoede	32
5	Drempels naar handicapspecifieke hulp voor personen in armoede	33
6	PmH met ervaring PVF traject	34
7	PmH met ambulante/mobiele begeleiding	34
8	PmH met (te) hoge woon- en leefkosten	36
9	Fase 3: expertengroep	36
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Resultaten</b>	<b>37</b>
1	Ervaring professionals uit handicap specifieke hulp	37
1.1	Hoge drempels bij start traject	37
1.2	Ruime budgetten bij de hoogste categorieën en risico op overconsumptie	39
1.3	Invulling van de bewindvoering	40
1.4	Budget besteden geeft stress	41
1.5	Gevolgen voor vergunde zorgaanbieders	41
2	Ervaringen van de medewerkers van laagdrempelige diensten	42
2.1	‘Handicap’ vaak niet duidelijk	42
2.2	Andere thema’s vaak prioritair	43
2.3	Thema handicap moeilijk bespreekbaar	43
2.4	Beperkte kennis van handicap specifieke hulp in eerste lijn	43
2.5	Weinig toegankelijke opvang	44
2.6	Soms geen recht hebben op hulp	44
3	Ervaring van personen in armoede	44
3.1	Geeft stress	44
3.2	Herziening is een last	44
3.3	Onzekerheid	45
3.4	Negatieve beeldvorming DOP	45
3.5	Weinig steun en informatie bij sociaal netwerk	45
3.6	Eenzaamheid en isolement	46
3.7	Beperkte kennis van rechten en hulpverlening	47
3.8	Bewindvoerders zijn slecht bereikbaar	47
3.9	Te grote budgetten	48
4	Bemerkingen en aanvullingen uit de expertengroep	48
4.1	Van een medische naar een sociale kijk?	48
4.2	Interpretatie zorgcirkels soms onduidelijk	48

4.3	Niet iedereen is mee met PVF	49
4.4	Stappen naar betrokken bewindvoerders	49
4.5	Woon- en leefkosten te hoog?	49
4.6	Betere samenwerking met 0 <sup>e</sup> en 1 <sup>e</sup> lijn	49
4.7	Identificeer kwetsbare groepen	50
4.8	Voorzieningen investeren tijd en geld in nieuwe zorgvragen	51
4.9	Verhoog het inkomen	51
4.10	Betaalbaar wonen	51
5	Algemene drempels en knelpunten in PVF voor PmH	52
5.1	Schema non take-up PVF	52
5.2	Aanvraagprocedure zorgt voor stress, onzekerheid en wachten	54
5.3	PVB besteden is veel administratie, geeft stress	54
5.4	Lage inkomens worden duidelijk	54
5.5	Professionals als netwerk	54
6	Specifieke drempels en knelpunten in PVF voor PmH in armoede	55
6.1	Grote drempels bij PVF opstart en aanvraag herziening	55
6.2	Bewindvoering is een probleem	55
7	Beschermende factoren	56
<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Casussen woon- en leefkosten</b>	<b>59</b>
1	Casus 1	59
1.1	Kenmerken van de voorziening	59
1.2	Traject naar woon- en leefkosten	59
1.2.1	Gevolgde principes	59
1.2.2	Menukaart opstellen	60
1.2.3	Drie scenario's	60
1.2.4	Uiteindelijke keuze	60
1.3	Enkele concrete situaties	61
1.3.1	Probleemdossiers	61
1.3.2	Aandachtdossiers	61
1.3.3	Ter nazicht	62
1.4	Geplande aanpak	63
2	Casus 2	63
2.1	Kenmerken voorziening	63
2.2	Traject naar woon- en leefkosten	63
2.2.1	Gevolgde principes	64
2.2.2	Bepaling woonkosten	64
2.2.3	Bepaling leefkosten	65
2.2.4	Solidariteitsfonds	66
2.3	Enkele concrete situaties	66
2.4	Geplande aanpak	68

3	Bemerkingen omtrent woon- en leefkosten	69
	3.1 Focusgroep met toeleiders	69
	3.2 Focusgroep met aanbieders	70
4	Grotere impact voor?	71
5	Tot slot	71
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>Actiepunten</b>	<b>73</b>
<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Conclusie</b>	<b>79</b>

## Lijst tabellen

Tabel 1	Stappen van invoering BOB in Vlaanderen.	13
Tabel 2	Budgetcategorieën PVF in zorggebonden punten en euro's.	15
Tabel 3	Bevraagde voorzieningen personen met vermoeden van handicap	33
Tabel 4	Kenmerken geïnterviewde PmH	35
Tabel 5	Inkomen, financiële bijdrage 2017 en woon- en leefkosten 2018 voor de probleemdossiers uit casus 1.	61
Tabel 6	Inkomen, financiële bijdrage 2017 en woon- en leefkosten 2018 voor de aandachtossiers uit casus 1.	62
Tabel 7	Inkomen, financiële bijdrage 2017 en woon- en leefkosten 2018 voor de dossiers ter nazicht uit casus 1.	62

## Lijst figuren

Figuur 1	Ondersteuningsbronnen voor persoon met een handicap. Via <a href="http://www.vaph.be">www.vaph.be</a>	12
Figuur 2	Beïnvloedende factoren van non-take-up (Van Oorschot, 1991)	26
Figuur 3	Schema met de vier domeinen van PVF.	32
Figuur 4	Schema non-take up ingevuld samen met de stuurgroep, focusgroep met aanbieders en toeleiders.	53



## Terminologie

BOB	Basisondersteuningsbudget
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CRZ	Centrale registratie zorgvragen
DMW	Diensten Maatschappelijk Werk van de zorgkas
DOP	Diensten ondersteuningsplan
EU SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
FAM	Flexibel aanbod meerderjarigen
FPC	Forensisch psychiatrische centrum
GBO	Geïntegreerd Breed Onthaal
GES	Gedrags- en emotionele stoornis
KVG	Katholieke vereniging gehandicapten
IDO	Individuele dienstverleningsovereenkomst
ITT	Integratietegemoetkoming
IVT	Inkomenvervangende tegemoetkoming
MDT	Multidisciplinaire teams
MFC	MultiFunctioneel centrum
NAH	niet aangeboren hersenletsel
nRTH	niet rechtstreeks toegankelijke hulp
PEC	Provinciale Evaluatiecommissie
PmH	Persoon met een handicap
PAB	Persoonlijk assistentiebudget
PVB	Persoonsvolgend budget
PVF	Persoonsvolgende financiering
REMI	Referentiebudgetten voor een menswaardig inkomen
RPC	Regionale prioriteiten commissie
RTH	Rechtstreeks toegankelijke hulp
VAPH	Vlaams agentschap personen met een handicap
VFG	Vereniging personen met een handicap
VIPA	Vlaams Infrastructuurfonds voor persoonsgebonden aangelegenheden
ZIN	Zorg in natura
ZZI	Zorgzwaarte instrument

## Inleiding

Iedereen heeft recht op ondersteuning en moet deze kunnen organiseren zoals hij dit zelf goed acht. Personen met een handicap (PmH) moeten zo veel mogelijk gewoon zelfstandig in de samenleving kunnen leven, en de samenleving moet hun participatie en integratie garanderen. Hiermee volgt Vlaanderen het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Dit verdrag stelt, vertrekkend vanuit het burgerschapsmodel, de rechten van een PmH centraal: recht op zelfstandig wonen en deelname aan de samenleving, recht op werk, recht op onderwijs, recht op toegankelijkheid, recht op gelijkheid, enz. Personen met een handicap zijn niet langer afhankelijk van anderen maar bepalen zelf hoe hun leven er moet uitzien. Het burgerschapsmodel is een inclusief sociaal model, dat de klemtoon legt op de mogelijkheden, de individuele vaardigheden, de persoonlijke autonomie en de sociale solidariteit.

Het Vlaams Agentschap Personen met een Handicap hanteert een ruime definitie van handicap:

*"Elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, en persoonlijke en externe factoren." (VAPH, 2004<sup>1</sup>)*

Tot eind 2016 financierde de Vlaamse overheid rechtstreeks de voorzieningen en andere vergunde zorgaanbieders. In dit oude zorgvormensysteem was het aanbod duidelijk omschreven in zorgvormen zoals tehuizen voor werkenden, begeleid en beschermd wonen. Er waren zo een bepaald aantal beschikbare plaatsen beschikbaar en de PmH dienden zich aan te passen aan het bestaande aanbod. Dat het bestaande aanbod onvoldoende was bewezen de meer dan 20.000 PmH die op de wachtlijst stonden voor handicapspecifieke hulp.

Dit model van aanbodgestuurde zorg en ondersteuning behoort sinds begin 2017 tot het verleden. Om PmH toe te laten zelf hun ondersteuning te organiseren voerde minister van Welzijn Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen in 2017 het systeem in van de persoonsvolgende financiering (PVF). Een nieuw systeem dat effect zal hebben op het leven van een aanzienlijke groep Vlamingen. In 2017 werden 24.200 budgethouders geteld, daarnaast maakten nog eens 7.230 personen gebruik van de RTH. Schattingen geven aan dat ongeveer 13.000 personen op de wachtlijst staan, waarvan een groot deel wel al professionele ondersteuning of een basisondersteuningsbudget krijgt. De vraag naar professionele handicapspecifieke ondersteuning is de laatste 10 jaar sterk toegenomen, onder andere door innovaties in de geneeskunde (bv. vroeggeboortes en niet aangeboren hersenletsel), een betere diagnosestelling (bv. autisme spectrum stoornis), maar ook door maatschappelijke veranderingen. Het nieuwe PVF-systeem is een hele omwenteling in de sector. Aanvraagprocedures veranderen, voorzieningen worden sociale ondernemers en PmH moeten zelf hun budget leren inzetten en beheren. Een grote ommekeer die vraagt om tijd, bestuderen, bijsturen en aanpassen.

In dit onderzoeksproject in opdracht van Caritas en de Sector Samenlevingsopbouw willen we inzoomen op de specifieke situatie van PmH die leven in armoede. Dit onderzoeksproject werd uitgevoerd een jaar na de uitrol van het nieuwe PVF-systeem. Veel PmH, voorzieningen en professionals zitten in de overgangsfase

---

<sup>1</sup> artikel 2, 2° van het basisdecreet van het VAPH (7 mei 2004)

naar het nieuwe systeem en het is evident dat de uitrol van zo'n omvangrijke stelselwijziging leidt tot implementatieproblemen en kinderziektes. Dit project heeft niet als doel hun huidige situatie sinds de invoer van PVF te vergelijken met het vorige financieringssysteem. Wel willen we nagaan hoe PmH die leven in armoede dit nieuwe systeem ervaren, welke drempels en knelpunten zij ondervinden en welke mogelijke oplossingen hieraan tegemoet kunnen komen.

We kiezen ervoor om in dit project gebruik te maken van de term 'handicap'. Deze term krijgt de voorkeur in internationale beleidsteksten (bv. de VN-conventie ter bescherming van de rechten van mensen met een handicap), in de Vlaamse regelgeving als bij organisaties die de belangen van deze personen behartigen (zoals KVG en VFG). De veel gebruikte term 'beperking' is volgens belangenorganisaties net te ruim. Een beperking kan op verschillende vlakken bestaan, ook financieel, sociaal, in communicatie, een bepaalde vaardigheid, etc. en net doordat beperkingen sterk variëren in ernst zijn beperkingen veelal te compenseren. Zoals de definitie van het VAPH aangeeft gaat het bij handicap net over een langdurig en belangrijk participatieprobleem te wijten aan de beperking(en). Door gebruik te maken van de term 'handicap', ligt de focus net op deze specifieke groep, de participatieproblemen die ze ondervinden en de nood aan maatregelen om de handicap te compenseren<sup>2</sup>.

Het eerste hoofdstuk van dit rapport geeft een korte beschrijving van het PVF-systeem, de regelgeving, zijn verschillende budgetten, en eerste bevindingen uit onderzoek. In een tweede hoofdstuk geven we inzicht in de specifieke situatie van PmH die leven in armoede. In hoofdstuk drie beschrijven we de methodologie die gevolgd werd. Hoofdstuk vier beschrijft vervolgens de resultaten. In hoofdstuk vijf staan we stil bij twee casussen van voorzieningen die reeds de overstap maakten naar woon- en leefkosten. In hoofdstuk zes formuleren we concrete actiepunten voor PmH in armoede. Hoofdstuk zeven vat vorige hoofdstukken samen in de vorm van een conclusie.

---

<sup>2</sup> <https://kvg.be/standpunten/mindervalide-beperking-of-handicap-wat-is-het-nu-kvg-roept-op-tot-correct-woordgebruik/>

# Hoofdstuk 1 De persoonsvolgende financiering

## 1 Het VN-verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap

In 2006 keurde de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties unaniem het Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap goed. België ratificeerde het verdrag in 2009.

Het verdrag betekent een paradigmashift in het denken over handicap. Van een medisch model stapt men over naar het burgerschapsmodel dat benadrukt dat iedereen recht heeft op (specifieke) ondersteuning om gelijkwaardig te kunnen participeren in de gewone samenleving en om er een eigen bijdrage te leveren. De maatschappij moet deze participatie mogelijk maken door een beleid van gelijke kansen en inclusie. Het Verdrag huldigt als centrale principes: inclusie, persoonlijke autonomie en volledige participatie. De grondbeginselen van het verdrag zijn: respect voor de inherente waardigheid en persoonlijke autonomie; non-discriminatie, volledige en daadwerkelijke participatie; respect voor verschillen en aanvaarding dat personen met een handicap deel uitmaken van de mensheid en menselijke diversiteit; gelijke kansen; toegankelijkheid; gelijkheid man en vrouw; respect voor de zich ontwikkelende mogelijkheden van kinderen met een handicap.

Het Verdrag preciseert dat een PmH moeten kunnen genieten van alle mensenrechten: recht op gelijkheid en non-discriminatie, recht op toegankelijkheid, recht op onderwijs, recht op werk, recht op gelijkheid voor de wet, recht op vrijheid en veiligheid van de persoon, recht op zelfstandig wonen en deel uitmaken van de maatschappij, enz. Het is de taak van de overheid om deze rechten te realiseren.

## 2 Het Vlaamse ondersteuningsbeleid

De krijtlijnen van het nieuwe Vlaamse ondersteuningsbeleid werden vastgelegd in het plan 'Perspectief 2020' dat geënt is op twee doelstellingen:

- in 2020 zorggarantie realiseren voor personen met een handicap met de grootste ondersteuningsnood onder de vorm van zorg en assistentie in natura of in contanten;
- in 2020 genieten geïnformeerde gebruikers van vraaggestuurde zorg en assistentie in een inclusieve samenleving.

De Vlaamse overheid kiest resoluut voor een vraaggestuurde financiering om beide doelstellingen te realiseren. Hiermee volgt Vlaanderen het voorbeeld van Australië, Nederland, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk waar personen met een handicap eveneens een eigen budget kregen toebedeeld.

De concrete uitrol van het PVF-systeem ging van start in 2016. Ook al dateren eerste stappen reeds van het decreet Persoonsgebonden Budget van 2001 en staat het PVF-systeem ingeschreven in het VAPH-openingsdecreet van 2004. Het duurde tot 2008 vooraleer een eerste test plaats vond met een steekproef van 140 personen.

Zorg en ondersteuning voor personen met een handicap is een gedeelde verantwoordelijkheid. Vijf concentrische cirkels visualiseren die gedeelde verantwoordelijkheid. In het middelpunt staat de PmH, omringd door verschillende mogelijke bronnen van ondersteuning. Deze bronnen zijn samen maar ook onafhankelijk van elkaar inzetbaar, om tegemoet te komen aan de specifieke vraag van de persoon met een handicap.



Figuur 1 Ondersteuningsbronnen voor persoon met een handicap. Via [www.vaph.be](http://www.vaph.be)

Het PVF-systeem bestaat uit twee trappen: trap 1 het basisondersteuningsbudget en trap 2 het persoonsvolgend budget. We starten dit hoofdstuk met een korte beschrijving van deze twee stappen. Vervolgens staan we stil bij enkele andere veranderingen die het PVF-systeem met zich mee brengt.

### 3 Trap 1: het basisondersteuningsbudget

Het basisondersteuningsbudget (BOB) is:

- een vast bedrag van € 300 per maand;
- voor personen met een erkende handicap;
- en een beperkte ondersteuningsnood;
- om hun eigen netwerk, vrijwilligers, thuishulp, poetshulp en professionele zorgverleners (RTH);
- te betalen voor praktische hulp.

BOB heeft als doel om PmH en hun omgeving in staat te stellen om zorg en ondersteuning laagdrempelig te organiseren, zonder dat ze beroep moeten doen op intensieve zorg en ondersteuning.

BOB heeft volgende formele voorwaarden:

- ✓ Aangesloten zijn bij een zorgkas;
- ✓ Legaal verblijf in België;
- ✓ 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen en/of Brussel wonen of sociaal verzekerd door lidstaat EU of EER;
- ✓ < 65 jaar bij indicatiestelling VAPH;
- ✓ geen gebruik nRTH;
- ✓ geen gevangenschap (ook niet forensische psychiatrische centra).

De uitbetaling gebeurt door de zorgkassen die in opdracht van de Vlaamse overheid de Vlaamse sociale bescherming organiseren. Zij nemen hiervoor zelf contact op met de PmH.

De invoering van het BOB liep in verschillende stappen, weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 Stappen van invoering BOB in Vlaanderen.

Wanneer?	Wie?	Aantal personen
Sept 2016	Meerderjarigen op wachtlijst gehandicaptenzorg (CRZ) op 31/12/2014 en 1/1/2016	5400
Jan 2017	Kinderen en jongeren tot 21 jaar met handicap en erkende vraag voor jeugdhulp	3000
Sept 2017	Kinderen en jongeren ≤ 25 waarvan handicap erkend door FOD SZ Tot 21jaar: minstens 12 ptn op bijkomende of verhoogde kinderbijslag 21-25jaar: minstens 12 punten bij ITT Jongeren met ITT van minst 12 pnt	6000

## 4 Trap 2: het persoonsvolgend budget

Voor PmH die door hun handicap intensieve en frequente ondersteuning nodig hebben is er het persoonsvolgend budget (PVB), dit is:

- een te verantwoorden budget;
- om eigen netwerk, vrijwilligers, thuishulp, individuele begeleiding, vervoersbedrijf en professionele zorgverleners;
- te betalen voor dagondersteuning, woonondersteuning, individuele psychosociale begeleiding, individuele praktische hulp, individuele ondersteuning en oproepbare permanentie.

Het PVB heeft volgende formele voorwaarden:

- ✓ vanaf 17 jaar;
- ✓ VAPH-erkenning;
- ✓ < 65 jaar bij eerste VAPH-aanvraag.
- ✓ wonen in Vlaanderen of Brussels hoofdstedelijk gewest

### 4.1 Een nieuwe aanvraag PVB indienen

Meerderjarigen met een intensieve zorgvraag die in 2016 nog geen gebruik maakten van een dienst nRTH kunnen sinds 1 april 2016 een PVB aanvragen.

Een nieuwe aanvraag doorloopt verschillende stappen:

#### Stap 1: Vraagverheldering

Welke hulp krijgt iemand vandaag al en welke ondersteuning wil hij

#### Stap 2: Ondersteuningsplan PVB invullen

Dit kan een PmH zelf doen, samen met een mantelzorger via mijnvaph.be, en met hulp van een handleiding op de website. PmH kunnen ook de hulp inroepen van een Dienst Ondersteunings-plan (DOP) of de Dienst Maatschappelijk Werk (DMW) van een zorgkas.

Het ondersteuningsplan bevat vier delen:

- (1) identificatiegegevens
- (2) huidige situatie
- (3) vraag naar zorg en ondersteuning
- (4) je proces van vraagverheldering.

Vervolgens moet het ondersteuningsplan naar het VAPH voor goedkeuring.

**Stap 3:** Multidisciplinair verslag laten opmaken

Een goedgekeurd ondersteuningsplan moet vervolgens naar een multidisciplinair team (MDT). Dit MDT onderzoekt de situatie, bekijkt de handicap en ondersteuningsnood en meet de zorgzwaarte door middel van het zorgzwaarte instrument (ZZI). Zij maken een verslag op voor het VAPH en kennen een budgetcategorie toe.

Vervolgens beoordeelt een Regionale Prioriteitencommissie (RPC) en de Provinciale Evaluatiecommissie (PEC) de aanvraag<sup>3</sup>. Zij beslissen over: de erkenning, vervulling voorwaardes PVB, budgetcategorie, prioriteitengroep.

Er zijn vier voorrangprocedures bij prioritering:

- Spoedprocedure (bij snel degeneratieve aandoeningen)
- Noodsituatie (bv. als netwerk valt plots weg)
- Maatschappelijke noodzaak (bv. bij misbruik of verwaarlozing)
- Overgang minderjarigen-meerderjarigen (voor continuïteit zorg en ondersteuning)

De zorgzwaarte van elke persoon met een handicap wordt uitgedrukt aan de hand van drie parameters: de nood aan ondersteuning door personen (begeleidingsintensiteit of B), de nood aan permanentie overdag (P) en de nood aan ondersteuning of permanentie 's nachts (nachtpermanentie of N). Elke dimensie is verder onderverdeeld in categorieën. Het multidisciplinair team stelt op basis van de begeleidings- en permanentienoden een budgetcategorie voor. Er zijn 12 budget categorieën van 10.000 tot 85.000 euro per jaar.

---

<sup>3</sup> RPC en PEC worden in 2019 samengevoegd in een Vlaamse Toeleidingscommissie (VTC)

Tabel 2 Budgetcategorieën PVF in zorggebonden punten en euro's.

Budgetcategorie PVB	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

#### 4.2 Een automatische omschakeling PVB voor bestaande zorgvragen

Voor meerderjarige personen die op 1 januari 2017 reeds zorg ontvingen van een nRTH dienst gebeurde er een automatische omschakeling. Hiervoor maakten de vergunde zorgaanbieders in 2017 geactualiseerde gegevens over aan het VAPH. De PVB van hun gebruikers worden berekend op basis van de zorg die ze reeds ontvingen. Kreeg iemand 7/7 ZIN bij een voorziening of hadden ze wekelijks contact met een dienst Begeleid Wonen dan wordt hun PVB berekend op basis van deze hulp.

Wil iemand zijn zorgvraag wijzigen, dan is de te volgen aanvraagprocedure afhankelijk van het effect van de gewijzigde situatie. Vereist de gewijzigde situatie een aanpassing van het eerder toegekende budget, dan dient iemand de aanvraagprocedure voor een 'nieuw' PVB te doorlopen zoals beschreven in 4.1. Momenteel heeft 28% van de personen in de prioriteitengroepen al een PVB dat niet aangepast is aan hun verwachtingen.

Is een aanpassing vereist van de prioritering maar niet van het toegekende budget, dan kan iemand een herziening aanvragen van de prioriteitengroep. Er is in dit geval geen nood aan een nieuw ondersteuningsplan. Wel moet het MDT over de relevante informatie beschikken en deze overmaken aan het VAPH zodat zij de te wijzigen prioriteit kunnen inschatten.

#### 4.3 Een PVB besteden

Met een PVB kan een PmH zorg inkopen bij een vergunde zorgaanbieder. Dit kan hij doen in cash of met voucher. Het is aan de vergunde zorgaanbieder om als sociaal ondernemer te bepalen of hij enkel met cash, enkel met voucher of een combinatie van beide werkt. Het besluit legt geen verplichting op.

Een voucher houdt voor de vergunde zorgaanbieder een loonkost dekkende subsidie in. Dit is niet het geval bij cash. Het VAPH betaalt aanvullend organisatie gebonden kosten.



Bijstandsorganisaties begeleiden een PmH bij de opmaak en de besteding van hun PVB. Er zijn vijf vergunde bijstandsorganisaties: Absoluut vzw, ZOOM vzw, Alin vzw, My Assist vzw en Onafhankelijk Leven. Deze zijn vergund en gefinancierd door het VAPH. Ze ontvangen financiering afhankelijk van het aantal PmH dat bij hen aangesloten is.

## 5 Woon- en leefkosten

PVF maakt een duidelijke opsplitsing tussen zorggebonden kosten en woon- en leefkosten. Zorggebonden kosten moet een PmH betalen met zijn BOB of PVB. De 'normale' woon- en leefkosten dienen met eigen inkomen gefinancierd.

Dit is een grote verandering, zowel voor vergunde zorgaanbieders als voor PmH. In het vroegere systeem was de financiële bijdrage in voorzieningen nRTH geplafonneerd tot € 34,7 per dag. Bij PmH met een beperkt inkomen, was de persoonlijke bijdrage beperkt door middel van een gewaarborgd of gereserveerd persoonlijk inkomen (GPI), afhankelijk van de aard van de handicap en de aard van de ondersteuning. Voor personen bij wie het inkomen te laag was om dit GPI over te houden, kwam het VAPH tussen in de persoonlijke bijdrage. Een niet te onderschatten bijdrage, in 2010 bijvoorbeeld kwam het VAPH voor bijna 15.000 PmH gedeeltelijk of volledig tussen, en dit voor een totaalbedrag van een € 12.536.672<sup>4</sup>. Dit werd ook wel de 'OCMW-functie' van het VAPH genoemd en valt dus weg bij de omschakeling naar PVF. Dit kan gevolgen hebben voor de betaalbaarheid van de woon- en leefkosten van personen met een beperkt inkomen.

Met PVF gaan vergunde zorgaanbieders, als sociale ondernemers, nu zelf de woon- en leefkosten in hun voorziening berekenen. Het VAPH werkt hiervoor aan richtlijnen. Vergunde zorgaanbieders krijgen tot 2021 om over te schakelen. Het VAPH omschrijft de woon- en leefkosten als volgt ([www.vaph.be](http://www.vaph.be)):

### Woonkosten:

- huurprijs kamer/studio/appartement en eventuele gemeenschappelijke ruimtes;
- vergoeding van normale en kleine herstellingen aan de woning (onderhoud, nazicht installaties, kleine reparaties);
- vergoeding voor nutsvoorzieningen (water, elektriciteit, gas).

### Leefkosten:

- tv, internet, telefoon;
- abonnementen;
- voeding en drank;
- kleding;
- gezondheid en persoonlijke verzorging (medicatie, verzorgingsproducten,...);
- was- en strijkservice;
- onderhoud en schoonmaak van de woning en de gemeenschappelijke ruimtes;
- ontspanning (uitgaan, vakantie, uitstappen ...);
- vervoer (fietsonderhoud, abonnement openbaar vervoer ...);
- verzekeringen.

---

<sup>4</sup> Parlementaire vraag 830 van Mieke Vogels aan Jo Vandeurzen

Elke vergunde zorgaanbieder bepaalt zelf hoe hij de woon- en leefkosten berekent. In de individuele dienstverleningsovereenkomst (IDO) moet wel omschreven staan welke kosten er gedekt zijn. Het VAPH adviseert om dit samen met het collectief overlegorgaan (de gebruikersraad) te doen.

Een gelijkaardige regeling was al terug te vinden in het vroegere beschermd wonen: werkingskosten van de begeleiding gesubsidieerd door het VAPH en woon- en leefkosten betaald door de bewoner met eigen inkomsten. Er was geen systeem voor gegarandeerd zakgeld voorzien. Onderzoekers van het HIVA (Hedebouw & Peetermans, 2009) gingen na of het inkomen van de bewoners voldoende was om deze kosten te kunnen dragen. Het inkomen van de bewoners was gemiddeld € 1,106 per maand. Het merendeel van de bewoners ontvangt een uitkering, voor 80% is dit een IVT/ITT. Niet onbelangrijk om te vermelden is dat in dit onderzoek het IVT en ITT samen werden geteld. Het zorgspecifieke ITT wordt dus opgeteld bij het inkomen. De helft van de bewoners woont in een kamer en deelt basisvoorzieningen en algemene kosten met andere bewoners. Ook al spenderen de bewoners 30% van hun inkomen aan wonen, verklaren de onderzoekers deze relatief lage woonkost doordat het belangrijk aandeel 'sociale' huurders (panden van de voorziening meegerekend) en het feit dat een groot aandeel bewoners op een kamer woont. Mede hierdoor slagen bewoners uit beschermd wonen er gemiddeld in om rond te komen. De provincie waar de woning gelegen is blijkt eveneens een sterke invloed te hebben. De diensten zien toe op de uitgaven en gingen op voorhand de financiële haalbaarheid van het beschermd wonen na. De financiële situatie hangt volgens de onderzoekers samen met een inbreng van het sociale netwerk. Ouders en andere familieleden of kennissen nemen namelijk vrij regelmatig een deel van de woonkosten (18%) en leefkosten (20.9%) voor hun rekening. Bij 45.5% van de bewoners neemt de zorgaanbieder direct of indirect sommige woonkosten ten laste zoals klusjes, onderhoud tuin. Bij 33.8% van de bewoners gebeurt dit ook voor leefkosten (vervoer naar dagcentrum, goedkope maaltijden. 36.2% van de begeleiders geeft aan dat hun gebruiker bespaart. Dit is vooral het geval voor kledij, reizen en uitgaan (Hedebouw & Peetermans, 2009).

## **6 Geplande evaluaties en aanpassingen**

### **6.1 Armoedetoets**

De Vlaamse Overheid wil een inclusief beleid voeren. Nieuwe regelgeving mag geen doelgroepen uitsluiten maar zeker ook geen armoede creëren. Daarom is de armoedetoets sinds 2014 verankerd in het beleid van de Vlaamse Overheid. Met een quickscan gevolgd door een meer diepgaande analyse moet de armoedetoets nagaan of de regelgeving geen onbedoelde effecten heeft voor personen in armoede. Een armoedetoets is een participatief proces waarbij minstens het Netwerk tegen Armoede en het Vlaams Armoedesteunpunt (VLAS) betrokken zijn. Ook andere actoren met ervaringskennis en wetenschappelijke ervaring kunnen worden meegenomen in deze oefening.

Voor het PVF gebeurde slechts een beperkte armoedetoets. Het Vlaams Armoede steunpunt (VLAS) oordeelde dat de vooropgestelde timing voor de armoedetoets zoals meegedeeld door het Departement WVG te beperkt was om een degelijke en wetenschappelijk gefundeerde analyse te kunnen uitvoeren. Het VAPH stelde als alternatieve piste een adviesnota voor door Professor Emeritus Jef Breda, actief lid van de Taskforce PVF. De inhoud van deze tekst werd niet vrijgegeven. De beleidsmakers geven aan dat er bij de armoedetoets geen participatie was van personen in armoede zelf omwille van tijdsgebrek<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Commissievergadering Welzijn Volksgezondheid en Gezin, 5 juli 2016

## 6.2 Geplande correcties en evaluaties

De komende jaren (2018-2022) staan twee correctierondes PVB op de agenda. Deze hebben als doel de historisch gegroeide en onterechte verschillen tussen voorzieningen recht te trekken. Die verschillen zagen PmH ook weerspiegeld in hun PVB. De eerste correctiefase gaat vanaf 1 juli 2018 in voor 5,940 gebruikers, de tweede correctiefase start in 2019 en is gericht op alle PVB in de transitie.<sup>6</sup>

Het VAPH plant een evaluatie van PVF rond acht inhoudelijke clusters:

1. Zorg en ondersteuning die intersectoraal kan worden ingezet, die inclusief moet zijn en participatief georganiseerd is.
2. Zijn de zorg en dienstverlening klantgericht en efficiënt genoeg?
3. Voldoen onze instrumenten en methodieken rond gelijkwaardigheid van budgetten en gelijkwaardigheid van profielen
4. Biedt het nieuwe systeem zorg op maat?
5. Zorggarantie.
6. Vraagsturing en goed geïnformeerde gebruikers.
7. Leidt nieuw systeem tot een betere kwaliteit van bestaan?
8. Sociaal ondernemerschap.

Dit onderzoek zal deels intern en deels extern verlopen, rapportage is voorzien voor 2019.

## 7 Eerste bevindingen uit onderzoek

Verskillende onderzoeksteams zijn betrokken bij het nieuwe PVF-systeem en nemen vanuit hun expertise een onderdeel van het systeem onder de loep. Op 18 mei 2018 organiseerde het VAPH eveneens een colloquium PVF voor de onderzoekers. We beschrijven kort enkele recente studies en resultaten.

### 7.1 Randvoorwaarden en principes PVF

In recente jaren gingen enkele landen van start met een vraaggestuurde financiering voor PmH. Om te leren uit hun ervaringen deden onderzoekers van de UGent (Benoot, Dursin, Verschuere, & Roose, 2017) een studie naar het regelgevend kader van Engeland, Duitsland en Nederland. In hun recent rapport beschrijven ze deze kaders en maken ze een vergelijking van de systemen uit die drie landen.

De onderzoekers identificeren volgende gebruiker kenmerken als bepalend voor het slagen van het systeem (Benoot ea., 2017):

- Taligheid van de gebruiker is cruciaal.  
Zonder ondersteunend netwerk staan PmH minder sterk in hun schoenen en stromen ze ook later binnen. Talige gebruikers hebben een grotere kans tot zorg en ondersteuning. Ze bekomen vaker een positief assessment en vechten een negatief assessment aan.

---

<sup>6</sup> Commissievergadering Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 8 mei 2018

- Complexiteit van de zorgvraag;  
Een complexe ondersteuning waarvoor verschillende instanties betrokken dienen te worden, zorgt voor een complexer traject voor de gebruiker.
- Vaardigheid van de gebruiker op basis van het oordeel naar professionals;  
In Nederland beoordeelt de hulpverlener de PGB-vaardigheid van de gebruiker om vast te stellen of de gebruiker over de juiste kwaliteiten en vaardigheden beschikt om succesvol met een persoonsgebonden budget om te gaan.

Voor de (toekomstige) gebruikers identificeren de onderzoekers volgende randvoorwaarden. Er moet voldoende toegankelijke en duidelijke informatie beschikbaar zijn omtrent PVF en de bestedingsopties. Toegang tot zorg speelt eveneens een rol. Deze is vaak minder sterk gerealiseerd in meer landelijke regio's. Peer counseling, oftewel de ondersteuning door andere PmH speelt dan weer een belangrijke rol in het doorlopen van een PVF-traject. Hetzelfde geldt voor onafhankelijke bijstand die de start van het traject vergemakkelijkt. Een laatste voorwaarde is het beperken van de bestuurlijke drukte. Het traject van een gebruiker dient zo eenvoudig en duidelijk mogelijk te zijn zodat hij niet verloren loopt in de veelheid van instanties uit de gezondheids- en welzijnsdiensten waarmee hij in contact komt.

Voor een toegankelijk systeem bepalen Benoot en collega's (2017) volgende principes. Het voorzien van voldoende financiële middelen is cruciaal. Tekorten en een besparingscontext zijn niet te rijmen met het geven van keuze en autonomie aan de PmH. Er moet ook voldoende ingezet worden op een cultuuromslag. Dit houdt opleiding in voor indicerende actoren en de mogelijkheid voor hen om creatief om te springen met de mogelijkheden van het systeem. Verder raden de onderzoekers aan om de bestuurlijke drukte te beperken en zo weinig mogelijk ruimte te laten voor decentralisatie van bevoegdheden en discretionaire ruimte aangezien deze leiden tot ongelijke toegang tot zorg.

Op basis van een systematische analyse van al het beschikbaar onderzoek naar verschillende systemen van persoonsvolgende financiering identificeert Dickinson (2017) vijf factoren om PVF te doen slagen:

- Kunnen kiezen tussen 'traditionele dienstverlening' en 'zelfmanagement';
- Ondersteuning aangepast aan cognitieve, fysieke en culturele behoefte;
- Voldoende financiering zodat kan worden ingespeeld op ieders behoefte;
- Duidelijke richtlijnen over wat wel en niet mag;
- Hulp en ondersteuning van peers.

## 7.2 Impact op kwaliteit van leven

In 2016 startten Odisee hogeschool en HoGent, in opdracht van de VFG een onderzoek om de impact van PVF op de kwaliteit van leven te analyseren. Hiervoor ontwikkelden ze een Monitor Persoonsvolgende financiering. Begin 2017 liep een eerste bevraging, ingevuld door 180 personen. Met een relatief grote groep gediplomeerden en een grote groep mensen met een motorische handicap, zijn de meest kwetsbare personen in de eerste bevraging wel ondervertegenwoordigd (Kostet, Emmers, Claes, & Van Puyenbroeck, 2017). De helft van de respondenten geeft aan niet rond te komen voor hun woon- en leefkosten, bij een derde van de bevrageden is dit geen probleem. Vaak is er weinig ruimte voor uitgaven buitenshuis zoals "Er is geen ruimte voor extra zaken zoals vakantie of uit eten gaan." "Ik kan nergens heen gaan omdat dat vaak geld kost. Ik kan me zelfs geen drankje permitteren." "Mijn sociaal leven bevindt zich binnenshuis." (Kostet et al., 2017). Ongeveer de helft van de respondenten uit het onderzoek kijkt positief naar de toekomst, en verwachten meer en betere hulp te krijgen. De onderzoekers vinden ook een positieve relatie tussen

'kunnen rondkomen' en welbevinden. Dit onderzoek meet enkel de situatie na de invoering van de PVF, waardoor het niet uit te maken valt of de financiële problemen verergerd zijn in vergelijking met het oude systeem. Alleszins maakt het onderzoek duidelijk dat de woon- en leefkosten een aanzienlijke impact hebben op hun inkomenssituatie.

### 7.3 BOB

HIVA KU Leuven (Op de Beeck, Schepers & Van Regenmortel) voert momenteel onderzoek naar de implementatie van het BOB en eveneens naar de inzet van het vrij besteedbaar deel van het PVB. Beide projecten omvatten een kwantitatieve bevraging (een websurvey) evenals een kwalitatieve bevraging (focusgroepen en interviews). De onderzoeken bevinden zich in de eindfase maar werden nog niet vrijgegeven.

### 7.4 PVB

#### 7.4.1 *Het traject*

Het VAPH geeft op hun website enkele cijfers uit 2017 weer<sup>7</sup>. In 2017 werden 3.185 ondersteuningsplannen PVB ingediend of vervolledigd. Het VAPH verklaart nader in de commissievergadering<sup>8</sup> dat 6.5% van de ondersteuningsplannen werd opgemaakt zonder hulp, bij 55% was er begeleiding vanuit de DMW, bij 24% door de DOP, bij 14.5% was er hulp van een andere gebruikersorganisatie. Deze cijfers betreffen geen unieke personen.

Momenteel werkt Odisee aan een tool om mensen toe te laten zelf (met of zonder hulp eigen netwerk) de vraagverheldering te doorlopen en tot een goed ondersteuningsplan PVB te komen. Het resultaat van dit project is verwacht tegen eind 2018/ begin 2019.

In 2017 stonden 14,207 unieke personen geregistreerd in de prioriteitengroepen. Meer bepaald 848 personen in prioriteitengroep 1; 492 personen in prioriteitengroep 2 en de grootste groep van 13,000 personen in prioriteitengroep 3.

#### 7.4.2 *De keuzes*

De eerste analyses geven aan dat het zorgaanbod dat men zoekt sterk aansluit bij het zorgaanbod dat men had. Slechts weinigen voeren grote veranderingen door in hun zorggebruik.

Eerste resultaten tonen tevens aan dat 30% kiest voor cash, 70% voor vouchers (commissie welzijn april 2017). Bij nRTH gebruikers ligt dit evenwicht anders, daar werkt 85% van de PMH enkel met vouchers. Slechts 0.2% combineert vouchers en cash.

---

<sup>7</sup> <http://www.vaph.be/jaarverslag/2017>

<sup>8</sup> Commissievergadering nr C140 (2017-2018)- 20 februari 2018

## 8 Kritische bedenkingen omtrent PVF

PVF is een bijzonder grote transitie in de sector personen met een handicap. Een omwenteling die onherroepelijk stoot op enkele kritische bemerkingen. Zelden zijn deze gericht tegen het principe van vraaggestuurde zorg, maar vooral tegen de uitvoering van de omwenteling naar PVF. We stippen er enkele belangrijke aan.

Een van de voornaamste bedenkingen, en discussiepunt in de commissievergaderingen Welzijn van het Vlaams Parlement, is dat de wachtlijst voor een voorziening of dienstverlening is 'omgezet' in **wachten op een budget**. Momenteel wachten meer dan 14.000 personen in een van de drie prioriteitengroepen op een PVB.

Unia bekeek de voorontwerpen van besluit van de Vlaamse regering betreffende de PVF in het licht van het VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap en formuleerde enkele bedenkingen. Zo stelt Unia zich vragen bij het **forfaitaire en vrij te besteden** karakter van het **BOB**<sup>9</sup>. Een toegankelijk aanbod RTH-hulp (bestaande uit 8 personeelspunten per persoon per jaar) voor wie hier nood aan heeft is hier volgens Unia noodzakelijk.

Ook de Gezinsbond formuleerde in oktober 2017 hun bedenkingen op het nieuwe PVF systeem<sup>10</sup>. Ze verwoorden in hun nota dat solidariteit in gezinnen en families niet gebruikt mag worden om lacunes in het zorgaanbod te rechtvaardigen. Door gebrek aan plaatsen en diensten is er volgens de Gezinsbond vandaag de dag nog veel **druk op gezinnen** om de zorg zelf op te nemen. Ze waarschuwen dat de draagkracht van de mantelzorgers vaak al is opgebruikt nog vóórdat de PmH toegang heeft gekregen tot professionele zorg. De Gezinsbond hekelt dat zelf zorg opnemen in het gezin, leidt tot minder prioriteit van hun dossier en dus langer wachten. Hierdoor gaan de mantelzorgers (veelal vrouwen) vaak ook hun arbeidsintensiteit aanpassen, met als gevolg een verminderd inkomen voor het gezin. Gezien de hoogte van de PVB is bepaald door de ondersteuning die iemand genoot de afgelopen twee jaar, zijn de budgetten voor iemand die in de thuisomgeving werd ondersteund laag. De Gezinsbond formuleert in hun nota eveneens hun ongerustheid dat door de complexe regelgeving kwetsbare gezinnen uit de bood zullen vallen.

Het Vlaams Welzijnsverbond wijst dan weer op de **historische ongelijkheid in de voorzieningen** als heikel punt, waardoor de budgetten voor PmH die reeds gebruik maakten van een voorziening met een gelijke zorgvraag nog altijd verschillen tussen voorzieningen. Ze benadrukken eveneens het belang van een goede communicatie<sup>11</sup>.

Er kwamen ook **concrete acties en reacties** tegen het nieuwe PVF-systeem. Enkele vergunde zorgaanbieders, PmH en hun netwerk toonden hun ongenoegen over PVF door briefacties aan het adres van minister Jo Vandeurzen. Ze beschrijven dat ze kampen met lege plaatsen, gedwongen worden personeel te ontslaan, en dat het systeem vooral gericht is op PmH die zelf hun zorg kunnen organiseren (bv. personen met een fysieke handicap). Enkele vergunde zorgaanbieders dienden reeds een beroep in bij de Raad van State. Een eerste was het beroep van oudervereniging vzw Iedereen beZORGd ondersteund vzw GRIP. Ze

<sup>9</sup> Unia advies bij Voorontwerp van besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 22 februari 2013 betreffende rechtstreeks toegankelijke hulp voor personen met een handicap

<sup>10</sup> <https://www.gezinsbond.be/Gezinspolitiek/standpunten/Documents/Persoonsvolgende%20Financiering.pdf>

<sup>11</sup> <https://www.vlaamswelzijnsverbond.be/nieuws/problemen-met-persoonsvolgende-financiering-niemand-gebaat-bij-polarisering>

zijn van oordeel dat de fundamentele rechten van PmH erop achteruitgaan met dit decreet<sup>12</sup>. Vooral het feit dat met PVF nog meer inspanningen worden verwacht van het eigen netwerk en dat de overheid pas financiering voorziet voor ondersteuning als de PmH geen beroep kan doen op een eigen netwerk en reguliere diensten vinden ze onverantwoord. Het Hof van Beroep besliste alvast om het beroep van vzw Iedereen beZORGd niet te weerhouden. Begin 2017 dienden drie vergunde zorgaanbieders een beroep in omdat ze van oordeel zijn dat het nieuwe PVF-decreet het gelijkheidsbeginsel schendt. Dit doelt op de historische ongelijkheid in de financiering van de voorzieningen waardoor PmH met een gelijke zorgzwaarte de ene voorziening een hoger budget krijgen dan in een andere voorziening. De taskforce PVF werkt aan een voorstel omtrent de rechtekking van die ongelijkheid.

Enkele reacties zijn concreet gericht op het BOB. Hoewel het BOB gericht is op PmH met een beperkte ondersteuningsnood blijkt er momenteel toch een discrepantie tussen intenties en implementatie. Momenteel wordt het BOB ook uitgekeerd aan personen met een zware zorgnood die wachten op een PVB. Zo stapten in 2017 106 PmH vrijwillig over van PVF naar een BOB.<sup>13</sup> Mensen kiezen voor zekerheid en de niet te verantwoorden € 300 per maand, terwijl ze misschien vraag hebben naar meer nood en ondersteuning.

---

<sup>12</sup> <https://www.gripvzw.be/nl/artikel/88/persbericht-grip-over-procedure-grondwettelijk-hof-pvf>

<sup>13</sup> Commissievergadering nr. C140 (2017-2018) - 20 februari 2018

## Hoofdstuk 2 Armoederisico van personen met een handicap

### 1 Definitie van armoede

In dit onderzoek gebruiken we de definitie van armoede zoals ook geformuleerd in het meest recente Jaarboek armoede en sociale uitsluiting (Raeymaeckers, Noël, Boost, Vermeiren, Coene, Van Dam, 2017):

*Een netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan. Het verhindert mensen in armoede om een leven te leiden dat voldoet aan de menselijke waardigheid. Deze kloof die in de samenleving wordt geproduceerd, kunnen ze niet op eigen kracht overbruggen (Raeymaekers ea., 2017).*

Met deze definitie kijken we naar armoede vanuit zijn multidimensioneel karakter, zonder louter de focus te leggen op het financiële aspect. Personen in armoede zijn zij die drempels ervaren en sociale uitsluiting op diverse gebieden. Het inkomen speelt hierin een cruciale doch geen exclusieve rol. Het verhogen van het inkomen alleen is geen uitweg uit sociale uitsluiting en zorgt niet voor een toegang tot sociale rechten.

### 2 Het multidimensionaal karakter van armoede

De Europese Commissie (2011) benadrukt eveneens het multidimensionale karakter van armoede en sociale uitsluiting. Voor het meten van armoede in Europa maken ze gebruik van drie indicatoren:

1. Armoederisicopercentage;
2. Materiele deprivatie-index;
3. Percentage mensen dat leeft in een huishouden met een zeer lage arbeidsintensiteit.

Armoederisicopercentage is een relatieve maatstaf, gekoppeld aan de Belgische inkomensverdeling. Op basis van deze indicator hebben personen een armoederisico als zij leven onder de relatieve armoedegrens, vastgelegd op 60% van het mediaaninkomen in een land. Op basis van deze indicator moet 15.9% van de Belgen rondkomen met minder dan 1,139 euro per maand (EU SILC, 2017). Deze objectieve monetaire maatstaf houdt enkel rekening met het inkomen en niet met het hebben van een eigen woning, of het huren van een sociale woning.

De tweede Europese armoede indicator is 'ernstige materiele deprivatie' of het ontbreken van goederen of diensten die essentieel zijn om een menswaardig bestaan te kunnen leiden. Personen die ernstig materieel gedepriveerd zijn kunnen zich minstens 4 van volgende zaken niet veroorloven: (1) de huur of de gas-, water- en elektriciteitsrekeningen betalen; (2) hun woning voldoende verwarmen; (3) onverwachte uitgaven doen; (4) om de twee dagen vlees, vis of even proteïnerijk voedsel eten; (5) één keer per jaar een week met vakantie gaan; zich een (6) auto; (7) een wasmachine; (8) een kleurentelevisie; of (9) een telefoon kunnen aanschaffen. Volgens deze indicator leeft 5.1% van de Belgische bevolking in ernstige materiele deprivatie (EU SILC, 2017).

De derde Europese armoede indicator geeft het aantal personen weer die leven in een huishouden met een zeer lage arbeidsintensiteit. Dit betreft personen tussen 0 en 59 jaar die wonen in een huishouden waar de volwassenen het afgelopen jaar gedurende minder dan 20% van hun totale arbeidspotentieel hebben



gewerkt. In 2017 leefde 13.5% van de Belgische bevolking tussen 0 en 59 jaar in een huishouden met een zeer lage arbeidsintensiteit.

Op basis van de drie bovenvermelde Europese armoede indicatoren lopen 20.3% van de Belgen een risico op armoede of sociale uitsluiting.

Zowel de monetaire maatstaf als ernstige materiele deprivatie zijn objectieve indicatoren. Ze houden bijgevolg geen rekening met iemands individuele situatie en extra kosten die hier mogelijks mee gepaard gaan. Om hieraan tegemoet te komen beschrijven statistici en armoede-experten eveneens de **subjectieve grens van armoede**: het aantal personen dat moeilijk rond komt. In de EU SILC van 2017 geeft 20.9% van de Belgen aan moeilijk tot zeer moeilijk rond te komen.

### 3 De link tussen handicap en armoede

De link tussen armoede en handicap is frequent gedocumenteerd. Ze kunnen oorzaak en gevolg zijn van elkaar, en zo een vicieuze cirkel vormen (Elwan, 1999). Volgens recente cijfers leeft 25% van de personen met een handicap onder de armoedegrens (FOD Economie, 2017; Augustyns et al., 2010). Hiervoor zijn verschillende redenen.

Ten eerste **maakt een handicap arm**. PmH hebben minder kans om een (goed) betaalde job te vinden. Personen die niet werken en (zo goed als) geen werkervaring hebben, krijgen een uitkering. Hierdoor doet een deel van de PmH beroep op de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT). Ondervindt iemand omwille van zijn handicap moeilijkheden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten, dan kan hij een integratietegemoetkoming (ITT) aanvragen. Van de 179.452 Belgen die een tegemoetkoming IVT en/of ITT ontvangen, leeft 39% onder de armoedegrens (Vermeulen, Van der Niet, Demaerschalk, & Hermans, 2012). Dit is niet verwonderlijk gezien de IVT voor een alleenstaande met 892.99 € per maand ruim onder de Belgische armoedegrens ligt. Voor een samenwonende is dit 595.32 €, een gezinshoofd ontvangt 1.190.65 € per maand. Vooral personen in een lage categorie zelfredzaamheid (ITT-categorie 1 of 2) komen moeilijk rond (Augustyns et al., 2010; Vermeulen et al., 2012).

Ten tweede hebben PmH **meerkosten op verschillende domeinen**. In Handilab, een grootschalige studie naar de effectiviteit van IVT en ITT in België becijferden de onderzoekers de meerkosten van PmH die deze tegemoetkomingen ontvangen (Vermeulen et al., 2012). Vooreerst hebben uitkeringsgerechtigden IVT/IT gemiddeld € 251 maandelijkse uitgaven voor gezondheidszorg, wat overeenkomt met 17% van het beschikbaar inkomen. 25% kon in de voorbije 12 maanden minstens eenmaal de rekeningen van gezondheidsuitgaven niet (op tijd) betalen. 34% van de huishoudens met een persoon met een IVT/IT stelt medische consumptie uit omwille van financiële redenen. De gezondheidskloof en de sociale gradiënt komen hier sterk tot uiting, want in de totale Belgische bevolking moet slechts 14% medische consumptie uitstellen. Het budget dat zij aan gezondheidszorg besteden, vormt dus gezien het aandeel ervan in hun totale inkomen, een grote last.

De uitgaven voor niet-medische professionele zorg (thuishulp, poetshulp, boodschappenhulp, klussen) bedragen gemiddeld € 104 per maand of 6,5% van het beschikbaar inkomen. 28% bespaart op deze zorgen omwille van financiële redenen. Binnen de niet-medische handicap gerelateerde uitgaven vallen vooral de hoge specifieke verplaatsingskosten op als gevolg van de handicap. Gemiddeld moet men aan die extra verplaatsingen € 133 per maand uitgeven. 22% geeft aan dat ze het afgelopen jaar op deze extra verplaatsingskosten hebben bespaard.

De huishuur bedraagt gemiddeld € 371 per maand. Eén op twee private huurders en één op drie huurders van sociale woning ervaart dit als een zware financiële last, ondanks de aan het inkomen aangepaste huurprijzen. 14% geeft aan dat er grote aanpassingen nodig zijn in de woning, en 19% wenst kleine aanpassingen. Toch bespaart één op vijf op de woningaanpassingen. Uitkeringsgerechtigden wonen ook vaker in een woning waarin basisvoorzieningen zoals een douche of toilet ontbreken. Eén op twee bespaart op de energiekosten, maar toch kon 24% de voorbije 12 maanden de energierekeningen minstens één keer niet (op tijd) betalen.

46,8% van de respondenten van Vermeulen en collega's (2012) kan moeilijk of zeer moeilijk rondkomen, en uitkeringsgerechtigden IVT/IT passen hun definitie van rondkomen aan aan hun levensstijl. Zo bespaart 73% op algemene niet-medische uitgavenposten. 56% houdt op het einde van de maand nooit geld over en kan nooit sparen. 68% kan geen onverwachte uitgaven van € 750 betalen. 38% kon in de voorbije 12 maanden minstens één keer de rekeningen niet (op tijd) betalen. 26% moet schulden afbetalen, voor een gemiddeld bedrag van € 250 per maand. Het gaat hier niet om de afbetaling van een woning, maar om schulden die zijn aangegaan voor persoonlijke leningen of huurkopen.

In vergelijking met de gemiddelde Belgische bevolking kunnen uitkeringsgerechtigden IVT/IT zich minder duurzame consumptiegoederen veroorloven. De meervoudige deprivatie vertaalt zich ook in het niet kunnen vervullen van een aantal basisbehoeften. 1 op 5 kan het zich niet veroorloven om om de twee dagen vlees, kip, een vismaaltijd (of een vegetarisch equivalent) te eten. 23% kan het zich niet veroorloven om de woning voldoende te verwarmen. 71% kan het zich niet veroorloven om jaarlijks een week op vakantie te gaan.

Op basis van de Europese indicator ervaart 29,6 % van de uitkeringsgerechtigden IVT/IT ernstige materiële deprivatie tegenover 5,9% in de totale Belgische bevolking. Het objectieve armoederisico is een minder goede indicator voor de uitkeringsgerechtigden IVT/IT dan voor de totale Belgische bevolking. In de steekproef van HANDILAB ervaart 13,2% ernstige materiële deprivatie hoewel ze een inkomen hebben dat boven de armoedegrens ligt. In totaal heeft 52,5% een armoederisico en/of ernstige materiële deprivatie. Dit kan verklaard worden door de extra kosten die zij hebben die impliceren dat ze moeten besparen op hun basisuitgaven om die extra kosten voor de handicap te compenseren.

De factoren die het armoedeonderzoek naar voren schuift als risicofactoren voor armoede, vergroten ook in deze populatie het risico op een onvoldoende minimumbescherming. Zo is het objectief armoederisico en het risico op ernstige materiële deprivatie groter in huishoudens met kinderen, huishoudens zonder werk en zij die geen eigen huis bezitten. Bij de eenoudergezinnen bedraagt het armoederisico 58%, is 64% ernstig materieel gedepriveerd en moet 63% medische consumptie uitstellen omwille van financiële redenen. Gezinnen met kinderen, en in bijzonder eenoudergezinnen, waarvan de ouder een tegemoetkoming ontvangt, zijn dus bijzonder financieel kwetsbaar en ernstig materiaal gedepriveerd.

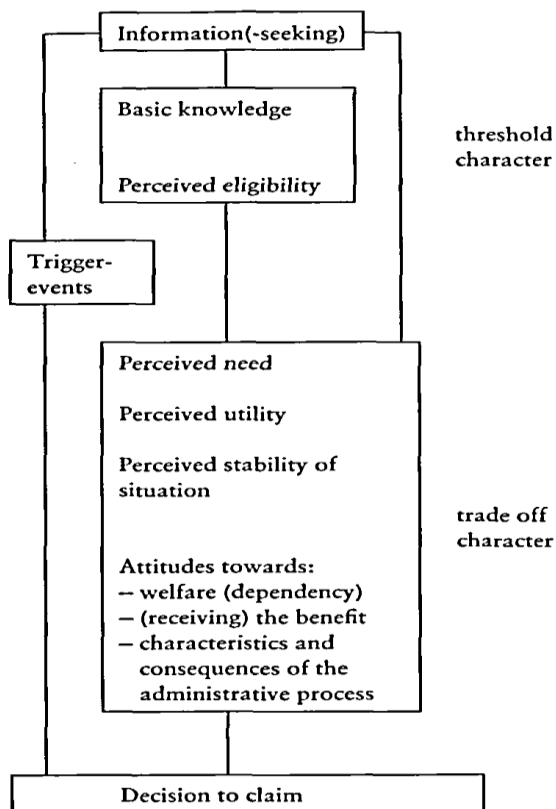
#### **4 Non take-up bij PmH**

Andere belangrijke factoren in de link tussen handicap en armoede is non take-up of onderbescherming. In de meest ruime benadering betekent onderbescherming 'iedere situatie waarin diegenen zich bevinden die niet al hun sociale grondrechten realiseren' (Eeman, Steenssens, & Van Regenmortel, 2013). Evenals bij het VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, de basisvisie van PVF en de Grondwet (art 23 en 24) is het uitgangspunt hierbij basisrechten om een menswaardig leven te leiden: recht op onderwijs, arbeid, sociale zekerheid, behoorlijke huisvesting, bescherming en een gezond leefmilieu, culturele en

maatschappelijke ontplooiing. Onderbescherming duidt hierbij zowel op de ondoeltreffendheid van het sociaal beleid als op de onrechtvaardige ongelijkheid tussen rechthebbenden (Steenkens, 2014).

#### 4.1 Definitie en stadia van non take-up

Het fenomeen van personen die recht hebben op een tegemoetkoming maar deze niet ontvangen wordt vaak aangeduid als non take-up. Van Oorschot stelde in 1991 een model voor dat factoren omvat die mee beïnvloeden of iemand al dan niet een beroep doet op een tegemoetkoming (zie figuur X). Van Oorschot onderscheidt drie opeenvolgende stadia waarin iemand, al dan niet bewust, een afweging maakt tussen kosten en baten. Het eerste is de drempelfase (threshold stage). Personen moeten geïnformeerd zijn over het bestaan van de sociale voordeel of dienstverlening en het gevoel hebben hiervoor in aanmerking te komen. Vervolgens komt het afwegingsfase (trade-off stage). In dit stadium neemt iemand zowel belemmerende als stimulerende factoren in overweging. Ze wegen, bewust of onbewust, af of het indienen van de aanvraag wel de moeite loont. Is deze evaluatie positief, dan zal iemand in het aanmeldingsfase (application stage) de aanvraag indienen.



Figuur 2 Beïnvloedende factoren van non-take-up (Van Oorschot, 1991)

#### 4.2 Oorzaken van non take-up

Van Oorschot (1995) ziet oorzaken van non take-up op drie niveaus: het beleidsniveau, het uitvoeringsniveau en het niveau van het individu. Oorzaken van non take-up op beleidsniveau situeren zich bij de uitwerking van het beleid zoals complexiteit van de wetgeving, werkingskader voor het uitvoeringsniveau en voorwaarden (bv. het uitvoeren van een middelentoets). Factoren op het uitvoeringsniveau kunnen non take-up op een indirecte of directe manier beïnvloeden. Administratieve fouten zoals een

beslissing gebaseerd op foute of onvolledige informatie of stereotypering en classificatie van gebruikers hebben een directe invloed. De structuur en de werking van het uitvoeringsapparaat (een complexe en/of lange aanvraagprocedure) en het gedrag van medewerkers (bv. een gebruiker onvoldoende informatie verstrekken of het beleid fout interpreteren) hebben dan weer een indirecte invloed. Op niveau van het individu identificeert Van Oorschot (1995) vijf belangrijke factoren: een gebrek aan kennis, stigmatisering, weerstand, subjectieve of ervaren nood aan financiële hulp en transactiekosten.

Eurofound, de European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, voegde op basis van een grootschalig onderzoek in 16 lidstaten (2015), de samenleving toe als een vierde niveau die aan de basis ligt van non take-up. Deze vier domeinen hangen niet enkel onherroepelijk samen, ze versterken en beperken elkaar.

### 4.3 Non take-up bij IVT/ITT

Het schema rond non take-up werd recent gebruikt door Somers en Van Oorschot (2017) om non take-up van de IVT en ITT na te gaan. In deze studie werden 14 sociaal werkers bevestigd over hun ervaringen met deze tegemoetkomingen vanuit verschillende settings: DG Handicap (2), DMW (5), OCMW (3) en voorzieningen voor PmH (4). Op beleidsniveau wijzen de sociaal werkers vooral naar de complexe regelgeving<sup>14</sup>, ook de voorwaarden waaraan iemand moet voldoen worden geëvalueerd als onduidelijk en moeilijk te begrijpen. De sociaal werkers geven ook aan dat de term 'handicap' soms fout geïnterpreteerd wordt door hun gebruikers en gezien wordt als 'een vergoeding voor hun handicap'. Wat vervolgens leidt tot onterechte aanvragen. Ook de term handicap zorgt voor verwarring. Het gebruik van het zelfredzaamheids criterium in de wettekst rond IVT en ITT leidt tot non take-up bij personen met een chronische ziekte of psychische problematiek. Een andere beïnvloedende factor is de stigmatisering van de term 'handicap'. De sociaal werkers geven aan dat een aantal gebruikers weigert een aanvraag in te dienen omdat ze zichzelf niet als 'gehandicapt' zien. Ze geven eveneens aan dat de zelfredzaamheidstoets, met een focus op wat iemand allemaal niet meer kan, confronterend is, een stigmatiserend effect kan hebben en een extra drempel is voor de aanvragen IVT/ITT. Ze zijn van oordeel dat deze toets te weinig ruimte laat voor een psychische problematiek. Als voorbeeld geven sociaal werkers de grote groep personen met een verstandelijke beperking en met ernstige psychiatrische of gedragsproblemen. Deze personen hebben nood aan voldoende ondersteuning ook in het thuisnetwerk, terwijl ze vaak op basis van de zelfredzaamheids-schaal lager scoren. In de ruimere beleidscontext beschrijven Somers en Van Oorschot (2017) ook de invloed van de versnippering van het Belgische gehandicaptenbeleid. Hierdoor vinden velen hun weg niet, zeker wanneer ze geen of beperkte begeleiding hebben van ondersteunende diensten doordat de instanties gebruik maken van verschillende instrumenten (bv. voor het meten van de handicap en de zelfredzaamheid) haken gebruikers af bij de aanvraagprocedure.

Somers en Van Oorschot (2017) beschrijven eveneens drempels op het uitvoeringsniveau. Bijna alle bevestigde sociaal werkers geven aan dat er administratieve fouten en foute toekenning van punten gebeuren bij DG Handicap. De medische controle door de controleartsen van DG Handicap wordt eveneens aanzien als een belangrijke drempel. Zowel omwille van de verplaatsing naar de controlearts als om de negatieve, stigmatiserende ervaring die dit vaak voor personen is. Mensen voelen zich 'gekeurd'. Deze negatieve ervaringen hebben soms als effect dat iemand afhaakt of geen herziening aanvraagt. Volgens de bevestigde sociaal werkers heeft een verschil in interpretatie tussen de controleartsen een invloed op de

---

<sup>14</sup> Wet van 27 februari 1987 betreffende tegemoetkomingen aan personen met een handicap

uiteindelijke hoogte van de tegemoetkoming. Bovendien lijkt ook de beoordeling van de zelfredzaamheid door de sociaal werker variabel doordat de vragen voor interpretatie vatbaar zijn. De sociaal werkers in het onderzoek benoemen eveneens de beperkte kennis bij sommige sociale diensten uit de sector personen met een handicap over de IVT en ITT. Dit heeft een gebrekkige informatieverstrekking en slechte doorverwijzing tot gevolg. Ze zijn bovendien van mening dat onvoldoende ondersteuning bij de aanvraag IVT/ITT non take-up tot gevolg kan hebben.

Somers en Van Oorschot (2017) bevroegen sociaal werkers eveneens over drempels op niveau van het individu. Als voornaamste oorzaak van non take-up van IVT/ITT zien ze het gebrek aan kennis bij de persoon zelf. De onderzoekers benoemen ook enkele 'transactiekosten': vragenlijsten zijn confronterend, administratieve procedures zijn complex en lang en bezoek aan de controlearts wordt als stigmatiserend ervaren. Deze kosten wegen vooral door als er onvoldoende begeleiding is voor de gebruiker. Vooral stigmatisering bij de aanvraagprocedure leidt tot non take-up IVT/ITT. Bovendien geven de sociaal werkers aan dat sommige gebruikers hun zelfredzaamheid overschatten of onderschatten. Overschatting leidt volgens hen tot stereotypering bij de controlearts 'weeral iemand die niks heeft en overdrijft'. Gebruikers die hun zelfredzaamheid onderschatten en niet willen toegeven of beseffen dat ze bij hun dagelijkse activiteiten hulp nodig hebben, hebben uiteindelijk lagere scores en tegemoetkomingen. Een geïnterviewde medewerker uit de DG Handicap spreekt in de studie van Somers en Van Oorschot (2017) over een mogelijk Mattheus-effect in de IVT/ITT-aanvraagprocedure: de hogere opgeleide doelgroep vindt beter de weg naar een tegemoetkoming die vooral voor de meest kwetsbaren bedoeld is.

#### 4.4 Non take-up bij de verhoogde kinderbijslag

Kinderen met een handicap kunnen beroep doen op een verhoogde kinderbijslag. Dit is een extra supplement bovenop de gewone kinderbijslag. Om recht te hebben op deze verhoogde kinderbijslag moet het kind voldoen aan de volgende voorwaarden (DG Handicap):

- Iemand in het gezin moet werknemer, zelfstandige, ambtenaar, werkloos, ziek of gepensioneerd zijn.
- Het kind moet recht hebben op kinderbijslag.
- Het kind moet jonger zijn dan 21 jaar.
- De handicap moet erkend zijn door de artsen van DG Handicap.

De aanvraag dient eerst te gebeuren bij het kinderbijslagfonds of het verzekeringsfonds. Vervolgens kan iemand na uitnodiging door DG Handicap online de aanvraag indienen bij DG Handicap voor de evaluatie van de handicap. Dit kan online via een eID. Als DG Handicap dit nodig acht, nodigen ze het kind uit voor een gesprek met een controlearts. DG Handicap bepaalt het supplement (van € 80 tot € 500 per maand) bovenop de gewone kinderbijslag gebaseerd op een score op een 36 punten schaal.

Wil iemand gebruik te maken van ambulante of residentiele hulp van een vergunde zorgaanbieder of een aanvraag indienen voor de terugbetaling van hulpmiddelen, dan is een erkenning nodig van het VAPH. Hiervoor is een erkenning nodig van een MDT.

Indien een kind meer dan 18 scoort op de 36 puntenschaal van DG Handicap is een versnelde procedure bij het VAPH mogelijk. Voorst bestaan beide systemen naast elkaar.

Vinck, Lebeer en Van Lancker (2018) onderzochten de overlap tussen beide systemen. Ze vinden dat slechts 37% van de kinderen met een erkenning handicap erkend zijn bij VAPH én DG Handicap. 42% zijn enkel erkend bij DG-handicap en ontvangen dus de verhoogde kinderbijslag en maken geen gebruik van de

vergunde zorgaanbieders van het VAPH. Opvallend is dat 21% van de kinderen enkel een erkenning bij het VAPH heeft. Zij ontvangen ondanks deze erkenning bij het VAPH geen verhoogde kinderbijslag. Vinck en collega's (2018) zien hiervoor verschillende mogelijke redenen. Een eerste reden is dat een deel van de aanvragen bij DG Handicap onvoldoende punten krijgen om een verhoogde tegemoetkoming te ontvangen. Een andere reden is dat ouders de aanvraagprocedure niet volledig afronden en afhaken onderweg. Ze komen niet opdagen bij de controlearts of sturen de nodige medische verslagen niet door. Als de onderzoekers deze redenen wegcijferen uit hun resultaten komen ze tot 1 op 10 kinderen met een VAPH-erkenning die geen verhoogde kinderbijslag ontvangen doordat hun ouders de aanvraag niet indienen of afhaken tijdens de procedure. Een cijfers dat volgens de onderzoekers een onderschatting is van de ware non take-up van de verhoogde kinderbijslag gezien er ook kinderen zijn van wie de handicap (nog) niet erkend is.

#### 4.5 Maatregelen om non take-up te verminderen

Van Oorschot (1995) benoemt vier maatregelen om non take-up te verminderen:

- verminder de transactiekosten;
- schep transparantie over de toekenningsvoorwaarden;
- vereenvoudig administratieve procedures;
- verbeter informatieverstrekking.

Eurofound (2015) voegt hier nog aan toe: een betere informatieverstrekking over de tegemoetkoming en een verbetering van administratieve procedures. Steenssens (2007) plaatst hier bovendien een proactieve houding bij: dit betekent dat de overheid inspanningen doet om de dienstverlening en de rechten tot bij de gebruiker te brengen. Een recent onderzoek naar de experimentele GBO-projecten (Boost, Elloukmani, Hermans, & Raeymaeckers, 2018) benadrukt het belang van proactief werken in de strijd tegen onderbescherming.

## 5 Gevolgen van armoede

De effecten van armoede voor PmH zijn niet min. Een ruime bevraging bij de doelgroep van VFG en KVG (Augustyns et al., 2010) toont aan dat de helft van de PmH niet rond komen voor **woon- en leefkosten**. Belangenverenigingen geven aan dat dit niet rondkomen een duidelijk effect heeft op de woonsituatie waar personen noodgedwongen voor moeten kiezen. PmH gaan samenwonen of blijven inwonen uit nood aan (mantel) zorg. Alleen wonen is te duur. Samenwonen heeft dan weer een lager inkomen als gevolg.

Armoede heeft effect op het **psychisch welbevinden**. 34% van de personen die een IVT of ITT krijgt voelt zich vaak of altijd eenzaam (Vermeulen et al., 2012). De onderzoekers tonen ook aan dat een derde van de respondenten nooit deelnemen aan formele en informele activiteiten. 86% neemt nooit deel aan activiteiten van verenigingen en 57% ging het jaar voorafgaand aan de bevraging nooit op restaurant. Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat de kostprijs van socioculturele activiteiten de voornaamste reden is om niet deel te nemen.

Niet rondkomen en rekeningen niet kunnen betalen geeft stress. Schulden en confrontaties met deurwaarders geeft stress. Afhankelijk zijn van instanties, een beperkt weekbudget of een bewindvoerder kan een sterke invloed hebben op iemands zelfbepaling.

De armoede heeft eveneens een invloed op het **lichamelijk welbevinden**. Gezond eten is duur, en gezondheidszorgen worden uitgesteld (Augustyns, et al., 2010).

Ook het **materieel welzijn** is bij deze groep niet hoog. Ze moeten zich allerlei zaken ontfeggen: kleding, sport, op vakantie gaan. Door het financiële plaatje is hun deelname aan de maatschappij vaak beperkt. Bijna de helft van de deelnemers bij Vermeulen en collega's (2012) geven aan dat ze niet deelnemen aan sociaal-culturele activiteiten omwille van de kostprijs.

## 6 Kwetsbare groepen

Onderzoek wijst volgende PmH aan als extra kwetsbaar (Augustyns et al., 2010; Vermeulen et al., 2012; KVG, 2010):

- Jongeren;
- Eenoudergezinnen;
- Koppels met kinderen;
- PmH die matig beperkt zijn;
- Personen met een licht verstandelijke beperking die alleen wonen;
- Personen met een migratieachtergrond.

## 7 Maatregelen om de non take-up van PVF te verminderen

In dit hoofdstuk toonden we aan hoe lage inkomsten en hoge handicapspecifieke uitgaven PmH in armoede duwen. De lage inkomsten zijn deels te wijten aan de lage uitkeringen (vooral de IVT) en de non take-up van tegemoetkomingen. Teneinde een PVF-traject te starten bij alle rechthebbenden, zal het noodzakelijk zijn om het onderzoek omtrent non take-up te bestuderen en te gebruiken. Op basis van drie toonaangevende studies maken we een onderscheid tussen vijf maatregelen om non take-up te verminderen (Van Oorschot, 1995; Eurofound, 2015; Steenssens, 2007):

- verminder de transactiekosten;
- schep transparantie over de toekenningsvoorwaarden;
- vereenvoudig administratieve procedures;
- verbeter informatieverstrekking;
- ga proactief te werk.

Vijf maatregelen die van cruciaal belang zijn willen we dat het systeem van PVF toegankelijk wordt voor iedereen. De proefprojecten GBO die recentelijk geëvalueerd werden, tonen aan dat proactief en outreachend werken twee succesfactoren zijn om onderbescherming terug te dringen (Boots et al., 2018). In de beleidsvisie die Minister Vandeurzen presenteerde op de Sociaalwerkconferentie schuift hij ook het GBO naar voren om de toegang tot het PVF-systeem te verbeteren. De proefprojecten leren echter dat proactief werken heel wat tijdsinvestering van de GBO-medewerkers vraagt. En net de verschillende kernactoren van het GBO (CAW, OCMW, DMW) wijzen op een toegenomen caseload. Dit signaal tekenden we ook op in de voorbereiding van de Sociaalwerkconferentie 2018 (Vandekinderen et al, 2018). Het verhogen van de toegang tot het PVF-systeem door het GBO vraagt dus een bijkomende investering in het sociaal werk op de eerste lijn om proactief en outreachend te werk te gaan.

## Hoofdstuk 3 Methodologie

### 1 De onderzoeksvraag

De hoofdvragen in dit onderzoek luidt:

*Wat zijn drempels en knelpunten van het PVF-systeem vanuit het perspectief van PmH die in armoede leven?*

*Welke actiepunten dragen bij tot een vermindering van de drempels en knelpunten?*

We kijken hiervoor naar de drempels in PVF die voor iedereen gelden om vervolgens stil te staan bij de extra drempels die er zijn voor personen die in armoede leven.

Om beide onderzoeksvragen te beantwoorden, werden drie fasen opgesteld, elk met zijn eigen methodiek:

Fase 1: Drempels en knelpunten ervaren door praktijkwerkers;

Fase 2: Ervaringen van de doelgroep;

Fase 3: Expertengroep.

In dit hoofdstuk starten we met een voorstelling van het theoretisch schema rond non take-up dat we gebruikten om de inzichten rond PVF voor PmH in armoede vorm te geven. Vervolgens beschrijven we kort de drie fasen uit dit onderzoek.

### 2 Het richtinggevend schema om non take-up in het PVF-systeem te onderzoeken

Onderzoekers en beleidsmakers zijn het er over eens dat non take-up zich vooral voordoet bij kwetsbare groepen. Terwijl net deze mensen het meest gebaat zouden zijn met de tegemoetkomingen. Mits een aanpassing van de gebruikte termen, is het schema van Van Oorschot (1991) en Eurofound (2015) eveneens bruikbaar voor het PVF-systeem. We onderscheiden in het schema vier samenhangende domeinen (zie figuur 3). Sommige factoren in de PVF-regelgeving zullen veeleer moeilijkheden veroorzaken voor personen in armoede. Mogelijks hebben ook kenmerken van de persoon in armoede een invloed op hoe ze met het PVF-systeem in contact komen en hoe het toekennings- en hulpverleningsproces verloopt.





Figuur 3 Schema met de vier domeinen van PVF.

Een eerste versie van dit schema werd opgesteld en ingevuld met informatie uit de eerste stuurgroep. Tijdens de looptijd van het onderzoek werd het schema telkens weer aangepast en verder aangevuld.

### 3 Fase 1: inventaris drempels en knelpunten met professionals

De eerste fase van dit project heeft als doel om een overzicht te maken van de extra drempels en knelpunten van PVF voor PmH in armoede. Hiervoor vonden in maart 2018 twee focusgroepen plaats met praktijkwerkers uit de sector personen met een handicap. Een eerste focusgroep vond plaats in Leuven en bestond uit vier toeleiders naar PVF (DMW van CM Leuven, DMW van de Liberale mutualiteit, DMW van de Neutrale Zorgkas; DOP Vlaams-Brabant) en drie bijstandsorganisaties (Gezin & Handicap, vzw Absoluut, VFG). De tweede focusgroep vond plaats in Antwerpen met vertegenwoordigers uit de RTH en nRTH (vzw Ondo, Begeleid Wonen Leuven, Begeleid Wonen Tienen, 't Zwart Goor, vzw De Vijver, OCMW Gent).

De onderzoekers legden beide focusgroepen een eerste versie voor van het schema met de vier domeinen. Dit vormde de basis voor de verdere discussie. Met de inhoud van de focusgroepen vulden we het schema verder aan om het vervolgens aan de stuurgroep van het project voor te leggen.

### 4 Fase 2: ervaringen van PmH in armoede

In een tweede fase luisteren we naar de ervaringen van de doelgroep en medewerkers van laagdrempelige diensten. Samen met de stuurgroep identificeren we op basis van de focusgroepen, vijf groepen van PmH die relevant zijn om te bestuderen gegeven de vraagstelling van het project:

1. Personen met een vermoeden van handicap;
2. PMH op de wachtlijst voor een PVB;
3. PMH met ervaring met het PVF traject;

4. PMH met ambulante mobiele ondersteuning;
5. PMH met (te) zware woon- en leefkosten.

Samen met de stuurgroep beslissen we om in de kwalitatieve tweede fase van dit project de focus te leggen op groep 1, 3, en 4. Een andere kwetsbare groep blijft in dit project buiten beschouwing namelijk personen die op de wachtlijst staan van PVB. In de loop van het project werd beslist om ook de woon- en leefkosten nader te bestuderen. Hiervoor beschrijven we in hoofdstuk 5 twee voorbeelden. Beide voorziening gingen reeds in 2018 van start met woon- en leefkosten.

We beschrijven voor elke groep kort de doelstelling en de gevolgde onderzoeksmethode.

## 5 Drempels naar handicapspecifieke hulp voor personen in armoede

- Wie: Kwetsbare mensen met een vermoeden van handicap, met/zonder een erkenning VAPH en/of nooit de stap zetten naar handicap specifieke hulp.
- Doel: Identificeren van drempels naar hulp voor personen in armoede. Waartegen botsen ze bij de reguliere en handicap specifieke hulpverlening? Zou handicap specifieke hulp voor deze mensen een meerwaarde zijn?
- Methode: Individueel interview (I) met medewerkers van laagdrempelige en eerstelijnsdiensten die met personen in armoede in contact komen. Vier medewerkers combineren een functie in twee organisaties of diensten binnen een organisatie. Ib en Ic werden samen geïnterviewd. Ic en Id worden betaald vanuit vzw Ondo en De Vijver vzw om halftijds aan de slag te gaan in het CAW en in het buurthuis. Omwille van tijdsgebrek gebeurde het interview met de dienst onthaal van OCMW Leuven via email. De onderzoeksvragen werden voorgelegd op hun teamvergadering.

Tabel 3 *Bevraagde voorzieningen personen met vermoeden van handicap*

	Functie medewerker	Locatie
la	Outreacher (halftijds) CAW Oost Brabant	Leuven
lb	Intakeverantwoordelijke vzw Ondo en Coördinator TopiXteam	Antwerpen
lc	Begeleidster bij vzw Ondo (halftijds) en CAW Antwerpen (halftijds)	Antwerpen
ld	Activiteitenbegeleider De Vijver vzw (halftijds) en medewerker bij Buurthuis Dinamo van Samenlevingsopbouw Stad Antwerpen (halftijds)	Antwerpen
le	Medewerker Inloopcentrum De Zonnebloem (halftijds) en Begeleid Wonen (halftijds) CAW Oost Brabant	Diest
lf	Onthaal OCMW	Leuven

## **6 PmH met ervaring PVF-traject**

Wie: Personen in armoede die traject PVF opstartten en hebben afgerond of vroegtijdig stopgezet.

Doel: Identificeren van drempels en knelpunten in traject PVF voor personen in armoede. Waar lopen ze tegenaan?

Methode Individuele interviews (I)

Inclusie via:

DMW;

DOP;

Bijstandsorganisaties;

vzw Ondo, Begeleid Wonen Leuven.

Periode April-mei 2018

## **7 PmH met ambulante/mobiele begeleiding**

Wie: PmH van het 'oude begeleid wonen', die ambulante mobiele begeleiding krijgen.

Doel: Achterhalen of het PVB en inkomen voor deze groep voldoende is. Waar zetten ze hun budget op in? Kiezen ze dit zelf? Zouden ze ergens meer geld voor willen? Is hun hulpverlening veranderd met het nieuwe systeem?

Methode: Individuele interviews (10 I, zie tabel 4 voor beschrijving van hun kenmerken).

Inclusie via:

Vzw Ondo;

Begeleid Wonen Leuven;

CAW Oost Brabant (Inloopcentrum De Meander);

Begeleid Wonen Brussel.

Periode: april-juni 2018

	Geslacht	Leeftijd	Budget	Inkomen	Handicap	Moeite om rond te komen	Overschakeling naar PVF	Woont	Handicap specifieke hulp	Inclusie via
I1	M	40-50	PVB	Invaliditeit	Fysiek	Nee	Automatisch	Alleen, sociale woning	Persoonlijk assistent/ADL	CAW Oost Brabant De Meander
I2	M	60-70	PVB	Invaliditeit	Licht mentaal, psychisch	Nee	Automatisch	Gemeenschapshuis	Ambulant/mobiel	Vzw Ondo
I3	M	50-60	Geen	Invaliditeit	?	Nee	In aanvraag	Alleen	Ambulant/mobiel	Vzw Ondo
I4	M	30-40	PVB	IVT-ITT	Fysiek	Ja	Automatisch, herziening in aanvraag	Alleen	Ambulant/mobiel	Begeleid Wonen Leuven
I5	M	30-40	PVB	IVT-ITT	Fysiek	Nee	Automatisch	Alleen	Persoonlijk assistent	I4
I6	M	40-50	Geen	Invaliditeit	Fysiek	Ja	In aanvraag	Alleen, sociale woning	Geen	DOP
I7	M	30-40	PVB	IVT-ITT	Visueel, auditief, cardio	Ja	Automatisch, herziening in aanvraag	Alleen, sociale woning	Ambulant/mobiel	Begeleid Wonen Leuven
I8	V	50-60	Geen	Pensioen	Autisme	Nee	In aanvraag	Alleen	Auti-coach, RTH	Vzw Ondo
I9	M	40-50	PVB	Invaliditeit, IVT-ITT	Fysiek, mentaal	Ja	Automatisch	Alleen	Ambulant/mobiel	Vzw Ondo
I10	V	50-60	PVB	Pensioen	Licht mentaal, psychisch	Ja	Automatisch	Alleen, sociale woning	Ambulant/mobiel	Begeleid Wonen Brussel

Tabel 4 Kenmerken geïnterviewde PmH

## **8 PmH met (te) hoge woon- en leefkosten**

- Wie: PmH die bij een vergunde zorgaanbieder verblijven en geconfronteerd worden met woon- en leefkosten.
- Doel: Een zicht krijgen op de leef- en inkomenssituatie van PmH voor wie woon- en leefkosten te groot worden.
- Methode Analyse van het traject naar woon- en leefkosten van twee vergunde zorgaanbieders.
- Inclusie via: Vergunde zorgaanbieders die reeds de overstap naar woon- en leefkosten maakten.

## **9 Fase 3: expertengroep**

In een derde fase leggen we de resultaten van de focusgroepen en de interviews voor aan een experten panel. Deze expertengroep vond plaats op 3 juli 2018 en bestond uit 11 experten vanuit een bijstandsorganisatie, vertegenwoordigers uit RTH en nRTH, een toeleider naar PVF, een armoede-expert vanuit het VAPH, een ervaringsdeskundige, en een belangenvereniging armoede.

- Wie: De leden van de stuurgroep aangevuld met enkele experten op het vlak van PVF en/of armoede.
- Doel: Het aftoetsen van de resultaten uit het onderzoek en het formuleren van concrete aanbevelingen.
- Methode: Expertpanel

## Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten uit de focusgroepen en de interviews. We beschrijven afzonderlijk de drempels en knelpunten zoals ervaren door professionals werkzaam in handicapspecifieke hulp, door medewerkers van laagdrempelige werkingen, en door PmH zelf. Hierop volgen bemerkingen en aanvullingen vanuit de expertengroep. Hierna geven we meer samenvattend een overzicht van algemene drempels in PVF en drempels specifiek voor personen in armoede. Tot slot beschrijven we enkele beschermende factoren.

### 1 Ervaring professionals uit handicap specifieke hulp

#### 1.1 Hoge drempels bij start traject

- Hulp 'in het moment' ⇔ wachtlijsten

Onmiddellijk bij de start van het traject naar PVF is er de confrontatie met wachtlijsten. RTH is momenteel niet altijd even rechtstreeks toegankelijk. Momenteel zijn er wachtlijsten bij voorzieningen die oplopen tot 2 jaar. Deze lange wachttijden zijn vooral te vinden bij vergunde zorgaanbieders die ambulante mobiele begeleiding aanbieden. Ook bij de DOP zijn er wachttijden van een jaar.

Voor personen in armoede zijn deze wachtlijsten een extra pijnpunt. Hulpverleners geven aan dat personen in armoede vaker verhuizen, veranderen van telefoonnummer, en sneller het contact met hun netwerk verliezen. Zoals blijkt uit volgend citaat:

*Dat is spijtig, ze staan op de wachtlijst en als het eindelijk aan hen is, kunnen we ze niet bereiken. En dan komen ze na een jaar opeens via een andere weg terug binnen. En dan moeten ze terug achteraan op de wachtlijst (Ic).*

RTH was bedoeld voor kortdurende begeleiding en ter overbrugging naar meer intensieve ondersteuning. Voor een specifieke groep is deze beperkte begeleiding van 8 punten een goed antwoord op hun zorgvraag. Maar meer en meer mensen blijven echter voor langere tijd gebruik maken van RTH terwijl ze nood hebben aan meer intensieve zorg. Dit komt deels doordat er met PVF extra stappen nodig zijn om van RTH naar ambulante mobiele begeleiding over te stappen. RTH-hulpverleners merken dat hun gebruikers levenslang begeleiding nodig hebben. Dit heeft RTH-wachtlijsten tot gevolg. Hierdoor is het moeilijk om bij personen in armoede kort op de bal te spelen en samen met hen een traject aan te gaan, net wanneer de vraag naar hulp er is.

Hulpverleners beschrijven hoe de focus op 'overleven' bij personen in armoede ervoor zorgt dat ze eerder op korte termijn dan op lange termijn denken. Dit uit zich volgens hulpverleners eveneens in impulsieve beslissingen over hun begeleiding. In interviews horen we dat mensen stoppen met hun begeleiding en er een half jaar later spijt van hebben. Doordat een groot deel van de aandacht uitgaan naar overleven en alledaagse besommeringen, hebben personen in armoede weinig energie over om extra dingen aan te pakken, zoals een traject PVF opstarten.

*Een gebruiker van ons woont samen met haar partner en kinderen. Haar schoonvader woont zo goed als bij hen in. Hij bemiddelt met de partner, zorgt wat voor rust in het gezin. Die gebruiker kreeg 1u begeleiding van ons per week. Als de schoonvader sterft vragen we de noodsituatie aan. Die werd geweigerd want, er is nog sociaal netwerk, er is nog CAW. Maar er is geen lange termijn begeleiding. Dat gezin heeft echt hulp nodig. Als het nog veel langer zo loopt weet je dat het mis loopt. Met die gebruiker zouden we DOP moeten opstarten maar ze heeft er de energie niet voor. Het gaat gewoon niet om met die mensen een traject aan te gaan. (Ib)*

Hulpverleners geven aan dat bij personen in armoede hulp vragen vaak zit in 'het moment'. Met iemand kunnen meegaan, zonder het officiële zoals een afspraak maken. Dit vinden ze moeilijk te rijmen met mensen op de wachtlijst zetten. Zorgaanbieders vertellen af te wegen of een traject opstarten naar een PVB wel de moeite zal lonen.

*Om het DOP proces te doen lopen moet iemand al een netwerk hebben, abstract kunnen denken, dan nog die hele mallemlen voor een diagnose. Dat vraagt veel energie. Ze hebben vaak niemand die hen in dit proces ondersteunt, en dan valt het stil. (Ib)*

Dit citaat lijkt in tegenspraak met de initiële opdracht van de DOP namelijk het op zoek gaan naar steunfiguren die mee kunnen bouwen aan een ondersteuningsplan en die dit mee kunnen realiseren. Om dit te verwezenlijken krijgen de DOP-ondersteuning van mentororganisatie LUS vzw. Voor sommige PmH lijkt dit een (te) ambitieuze doelstelling.

- Geen trajectbegeleiding voor de poort

Doordat er geen trajectbegeleiding is voorzien 'voor de poort', geraken personen in armoede soms eenvoudigweg niet gestart. Het PVF-traject gaat uit van het initiatief van de PmH. De energie en het langetermijndenken ontbreekt vaak net bij personen in armoede, net omwille van het gebrek aan middelen waardoor hun 'bandbreedte' beperkt wordt (Mullainathan & Shafir, 2014). Zoals het volgend voorbeeld aangeeft:

*Ouders die hier kwamen met hun zoon met een alcoholverslaving. Als hij op intake kwam was hij nuchter, dan hebben we contact met DOP gestart, maar dat viel toen stil omdat hij terug in een periode van verslaving zat. Als iemand niet op zijn afspraken komt, dan valt het stil. (Ib)*

- Volgens hulpverleners gaat het bij personen niet enkel over de kennis van recht op hulp maar eveneens over het subjectieve gevoel ergens recht op te hebben.

*Bij mensen in armoede is de drempel om hulp te vragen groter. Anderen komen bij ons en zeggen 'ik heb daar recht op'. Personen in armoede hebben sneller het gevoel dat ze buiten de maatschappij vallen. (Ic)*

- Fysieke en mentale bereikbaarheid toeleiders

Toeleiders geven aan dat personen in armoede vaak weinig energie 'over' hebben en het traject naar PVF niet zien zitten.

*Bij bereikbaarheid zie ik ook hoogdrempelig omwille van de stap te kunnen of te moeten zetten. Mensen moeten aan een lang proces beginnen en ook met confrontatie, met een methodiek die vaak ver van hun bed afstaat. Ge voelt daar niet enkel de fysieke*

*bereikbaarheid maar ook de mentale bereikbaarheid. Ze moeten ergens naartoe stappen wat ze niet gewoon zijn. (focusgroep toeleiders)*

*Een wekelijks contact is voor veel mensen voldoende. Als de situatie verandert, kan je nog altijd beslissen een aanvraag PVB te doen. Het is een afweging om het hele PVB-traject te doen. Nu krijgt iemand met RTH 6u begeleiding per maand. Stel dat iemand 10-15u per maand nodig heeft, dan is de vraag of het wel de moeite is. Kunnen we niet beter inzetten op een beter netwerk zoeken? Want als hun situatie niet dringend is komen ze op de wachtlijst terecht. Dan is er nog geen perspectief en wel een grote inzet. Om het DOP-proces te doen lopen moet iemand al een netwerk hebben, abstract kunnen denken, dan nog die hele mallemlolen voor een diagnose. Dat vraagt veel energie voor een zwakke doelgroep. Ze hebben vaak niemand die hen in dit proces ondersteunt, en dan valt het stil. (1b)*

- Toeleidingsprocedure PVF is lang, confronterend en kostelijk

Mensen moeten het diepste van hun ziel bloot leggen, in de ZZI, bij het prioriteren. Als men niet zijn hele situatie tot in de meest intieme details uitlegt, kan dat betekenen dat men op een wachtlijst met een lagere prioriteit terechtkomt.

*En eigenlijk maakt heel die toeleidingsprocedure dat mensen die geen energie niet meer hebben ofwel omwille van armoede maar ook mensen bij wie het allemaal teveel geweest is. Die komen zelfs niet meer in de procedure. We hebben echt mensen gehad waarvan ik dacht 'amai die hebben echt heel dringend een budget nodig en die zeggen 'maar ik geraak niet aan dienen eerste stap' en dat is niet om te bellen maar wetende dat ze een aantal gesprekken moeten voeren. Die zeggen dan 'laat het, het hoeft niet meer'. Waardoor dat we eigenlijk als we niet gaan ingrijpen gaan we op lange termijn inderdaad minder mensen hebben op de wachtlijst, maar dat zijn dan vooral de mensen die hunnen weg wel vinden. De meest schrijnende gevallen gaan eruit blijven en dat is niet omwille van hun handicap maar omwille van het gebrek aan energie. (focusgroep toeleiders)*

De diagnosestelling voor een erkenning bij het VAPH is een grote drempel: de onderzoeken kosten geld, er zijn wachtlijsten, de procedures zijn complex (bijvoorbeeld een diagnose ASS gesteld door een kinderpsycholoog is onvoldoende voor het VAPH). Voor personen in armoede zijn deze drempels soms zo groot dat ze de stap eenvoudigweg niet zetten. Nochtans is deze erkenning cruciaal en de sleutel naar ondersteuning, onderwijs, verhoogd kindergeld, zorggebonden budgetten...

## 1.2 Ruime budgetten bij de hoogste categorieën en risico op overconsumptie

In de focusgroepen horen we bedenkingen bij de hoogtes van de budgetten. Professionals zien vooral een grote ongelijkheid tussen personen in budget categorie 1 of 2 wiens budget vaak niet toereikend is voor hun ondersteuning en personen in budget categorie 4 of 5 die met hun budget meer dan rondkomen. Zoals blijkt uit volgende citaten:

*Bepaalde mensen, met alle respect voor die mensen, geraken nu binnen in het systeem en hebben de jackpot gewonnen he. Als ge ziet wat sommige mensen met hun, ik misgun ze*



*dat zelfs niet, wat sommige mensen met hun budget doen. Ja dat is serieus in de categorie luxe he. (focusgroep aanbieders)*

*We zouden hier in se kunnen zeggen dat de mensen met categorie 5 het met iets minder kunnen stellen en de rest wat omhoog trekken maar dat krijg je niet verkocht.... Wij stellen vast dat elke nieuwe persoon met PVF die binnenkomt bij ons, dat wij die minstens 2 budgetcategorieën lager zouden ingeschaald hebben. Dus degenen die de toekenningen doen op dit moment, die scoren hoog. Dat is gewoon zo. Als dit zich voortzet, betekent dat vooral dat er minder mensen geholpen kunnen worden. (focusgroep aanbieders)*

Bovendien wijzen enkele professionals op een niet tolereerbare overconsumptie door sommige vergunde zorgaanbieders. Dit gebeurt bijvoorbeeld door PmH en hun netwerk te motiveren om een ruimere zorgvraag in te dienen, bijvoorbeeld naar een onnodige 7/7 opvang bij een vergunde zorgaanbieder. Deze vorm van misbruik ondermijnt het systeem en zorgt ervoor dat anderen langer moeten wachten op hun budget.

### 1.3 Invulling van de bewindvoering

Doordat bij personen in armoede een (sterk en vaardig) sociaal netwerk minder vaak aanwezig is, krijgen zij door de vrederechter sneller een advocaat als bewindvoerder toegewezen. Een keuze die helaas niet altijd gebaseerd is op een goede match tussen advocaat en cliënt. Nu hun taak niet langer vooral administratie inhoudt maar eveneens gaat over zorgnoden en keuzes zorgt dit meer dan vroeger voor problemen. Focusgroep leden geven aan dat vrederechters en bewindvoerders vaak **slecht geïnformeerd** zijn over het PVF-systeem.

*‘ja PVF amai ja dat wordt wel een probleem’ want die kennen hunne pupil niet altijd he. Dat is eigenlijk soms enkel een puur administratief gebeuren van ik hou die budgetten bij. En nu moeten die ineens een papier ondertekenen en dat gaat niet alleen over financiën. Dat gaat over de inhoud, dat gaat over hoe wil die persoon leven en welke ondersteuning heeft die daarbij nodig? En dat is heel moeilijk want dat gaat zowel over dat BOB als over PVF. Er zijn ook bewindvoerders die dan zeggen ‘ah ge hebt een BOB, ik ga dat gebruiken voor schulden’ en dan zit ge weer in dat verhaal (focusgroep toeleiders)*

In de gesprekken met professionals horen we eveneens over bewindvoerders die mensen dwingen tot een welbepaalde zorgkeuze, of autonoom beslissingen nemen over het budget en de hulp die iemand krijgt. Bijstandsorganisaties geven aan meer dan vroeger stappen te zetten om mensen te ondersteunen die van bewindvoerder willen veranderen.

Bijstandsorganisaties halen eveneens aan dat ze met PVF vaker zien dat mensen door een voorziening aangespoord worden om de stap naar bewindvoering te zetten. Daar waar vroeger de ouders een plaatsvervangende handtekening plaatsten, willen de voorzieningen nu een ‘officiële handtekening’, omwille van de financiële consequenties die met deze handtekening gepaard gaan. Bijstandsorganisaties geven ook aan dat voor sommige wilsonbekwame personen een bewindvoering door de voorziening als voorwaarde wordt gesteld om een IDO op te maken. Ze geven eveneens aan dat het tijdig betalen van facturen vaker een probleem is met professionele bewindvoerders.

- Bijstandsorganisaties beschrijven ook de **onduidelijkheid** van de regelgeving rond PVF en bewindvoering. PVF is geen inkomen en hierop mag dus geen 3% gerekend worden door de bewindvoerders. Iets wat momenteel wel eens gebeurt. Bijstandsorganisaties wachten op het geplande Koninklijk Besluit waar duidelijkheid komt over wat wel en niet mag meetellen en wat de tarieven zijn voor bijkomende kosten.

#### 1.4 Budget besteden geeft stress

- Personen in armoede hebben niet het gevoel rechten te hebben
- Hulpverleners van ambulante mobiele diensten zien hoe PVF stress geeft bij de mensen die ze begeleiden.

*Het geeft ook heel veel stress die PVF, voor mensen in kans armoede die hebben sowieso al heel veel stress voor het leven rond te krijgen, vooral de problematieken waarvan ze mee te maken hebben. Maar het feit dat ze dienen IDO hebben moeten ondertekenen, dat ze weten van die begeleider komt maar, ik zeg maar iets, 1.5u per week. Dus van 't moment dat die begeleider er komt en dat 1.5u dat loopt een beetje uit en ze kijken samen een beetje op de klok van 'het is bijna 2u' dan zeggen ze, oei volgende week kunt ge dan maar een uur komen want ge zijt al een half uur langer geweest. Dus dat is bij ons, onze gebruikers zijn nu eenmaal zo, dat heeft een heel felle invloed op de manier waarop ze leven, de manier waarop ze daarmee omgaan. (focusgroep aanbieders)*

#### 1.5 Gevolgen voor vergunde zorgaanbieders

De leden uit de focusgroepen identificeren ook enkele gevolgen van PVF voor de vergunde zorgaanbieders. Gevolgen die op korte of lange termijn ook hun effect hebben op de zorg en dienstverlening aan de PmH. Minder sterk omringde en minder mondige mensen zullen hier mogelijk sterker de gevolgen van ondervinden.

- Meer ongelijkheid in voorzieningen.
- Het wegvallen van het gewaarborgd zakgeld en het budget voor socioculturele activiteiten maakt de inkomensongelijkheid meer duidelijk. Wat op zijn beurt ongelijkheid mee brengt voor deelname aan activiteiten en uitstappen.

*Waardoor je mensen krijgt die middelen hebben om ne pannenkoek te gaan eten, en anderen dan niet meer. Ne keer eens weg te gaan, of eens op vakantie te gaan. En anderen dat niet meer kunnen. Terwijl dat da vroeger veel minder aan de orde was op omdat da gewaarborgd zakgeld er was en die socioculturele bijdrage er was. En iedereen meer op ne gelijke voet benaderd werd. (focusgroep aanbieders)*

- Vergunde zorgaanbieders vrezen dat hier de 'noodzaak' niet als dusdanig zal worden geïnterpreteerd door het OCMW waardoor ze de kans op extra steun als klein aanzien.
- Meer concurrentie, minder samenwerking.
- Enkele hulpverleners uit vergunde zorgaanbieders geven aan dat er sinds PVF meer concurrentie is:
 

*Ik kan toch ook niet zeggen 'ga naar de concurrentie'. Dat is in uwen eigen voet schieten. Er zijn organisaties waar we een slechte relatie mee hebben...Iedereen is afwachtend. Wat*

*is ons voordeel hier? Niet meer streven naar een gemeenschappelijk doel, maar elk op zich. Iedereen heeft schrik om personeel te moeten ontslaan. Mensen zijn niet meer geneigd om samen te werken. (Id)*

- Inhoudelijke versus praktische hulp.
- Vergunde zorgaanbieders die ambulante mobiele begeleiding aanbieden, geven aan dat ze het moeilijk vinden om in het nieuwe systeem hun aanbod uit te leggen en de meerwaarde ervan aan te geven. Zeker in verhouding tot de hoeveelheid praktische ondersteuning die iemand met dit geld zou kunnen inkopen. Zoals volgende hulpverleners aangeven:

*Wij gaan een lange termijn proces aan om mensen te versterken. Wat wij doen is soms moeilijk uit te leggen, het is heel abstract. Dan vragen mensen zich af 'wat komt die begeleidster hier doen?'. Mensen in armoede hebben soms andere prioriteiten dan dat langdurig proces. (Ic)*

*De meeste oude gebruikers willen gewoon hun hulp behouden. Bij nieuwe gebruikers, zeker zij die het verstandelijk goed kunnen inschatten ligt dat anders. Die denken, ik kan beter een persoonlijk assistent inkopen, voor 125euro (= kostprijs voor een uur begeleiding) kan ik verschillende uren per week een assistent inhuren. Via een interim-bureau. Maar die persoon heeft die specifieke kennis niet. Zo ken ik een vrouw die vrijwilligers en studenten 10 euro per uur betaalt om mee te gaan naar de dokter. Die assistenten doen vooral uitvoerende taken, zij nemen geen proces in handen. Dan is het moeilijk om onze meerwaarde uit te leggen. (Id)*

Soms is de financiële situatie zo erbarmelijk dat hulpverleners aan mensen in de lagere budget categorieën aanraden hun PVB te laten vallen en voor een BOB te kiezen. Ook al zien ze zo de zorg en hun personeelspunten verminderen en potentiële negatieve gevolgen op lange termijn toenemen. Facturen en schulden betalen is ook belangrijk, evenals kunnen zorgen dat er eten op tafel komt.

- Veel tijd naar 'nieuwe' hulpvragen.

Vergunde aanbieders geven aan veel tijd te investeren in de nieuwe hulpvragen die ze sinds PVF ontvangen. Bv. ouders die graag willen dat de begeleider uit de voorziening bij hun thuis komt oppassen op hun dochter wanneer ze iets gaan eten. Of ouders die willen onderhandelen over prijsverschillen tussen een begeleider die overdag, 's nachts of in het weekend komt. Vragen waar telkens veel tijd in kruipt om een gedegen antwoord op te bieden.

## **2 Ervaringen van de medewerkers van laagdrempelige diensten**

In de interviews met medewerkers van laagdrempelige diensten identificeren we enkele belangrijke drempels die zij ervaren vóór de poort van de handicap specifieke hulp.

### **2.1 'Handicap' vaak niet duidelijk**

De hulpverleners van laagdrempelige diensten zeggen vooral in contact te komen met '**personen die wat beperkt zijn**', zoals ze dit zelf omschrijven. Iemand geeft de concrete omschrijving van 'personen die met elke brief naar hier komen'. Soms betreft het oudere personen die nooit met (handicap-

specifieke) zorg in contact kwamen. Ze zien ook personen die er fysiek slecht aan toe zijn. Personen die omwille van een leven in armoede een ongezonde levensstijl hebben en in het verleden weinig medische hulp zochten en ontvingen. Bijvoorbeeld een man met Korsakov en zenuwschade aan zijn been. De financiële situatie is vaak heel bepalend voor het zetten van bepaalde stappen richting medische hulp, zeker als ze een deel zelf moeten voorschieten of bijpassen. De hulpverleners van laagdrempelige diensten geven aan dat het voor hen niet altijd duidelijk is wat handicap is en durven niet 'kort door de bocht' een term plakken op bepaald gedrag.

*Er zijn hier een aantal bezoekers die beperkt zijn in hun mogelijkheden, of ik daar een handicap op mag plakken weet ik niet. Er is iets met die persoon maar ik weet niet wat. We gaan hiermee verder als een probleem storend is in ontmoeting. (Ie)*

Want bepaald gedrag kan volgens hen toe te schrijven zijn aan velerlei oorzaken: een psychisch probleem, een taalachterstand, weinig kansen gekregen hebben thuis, een mentale handicap, alcohol-misbruik, of een combinatie van meerdere oorzaken. De hulpverleners geven aan dat dit onderscheid tussen oorzaken en problemen en bijgevolg ook verschillende sectoren in de hulpverlening (welzijn, psychiatrie, handicap) niet eenvoudig is en dat veel mensen op de grens balanceren.

## 2.2 Andere thema's vaak prioritair

Primaire thema's in laagdrempelige hulpverlening zijn vaak inkomen en huisvesting. Iemand dreigt uit huis gezet te worden, inkomens zijn onvoldoende om menswaardig te leven. Wanneer hulpverleners uit laagdrempelige diensten met iemand aan de slag gaan, is het vaak niet (onmiddellijk) aan de orde om na te gaan of iemand mogelijk een handicap heeft en beroep kan doen op specifieke hulp.

## 2.3 Thema handicap moeilijk bespreekbaar

- De hulpverleners van niet handicap specifieke diensten geven aan dat ze handicap een moeilijk thema vinden, zeker in beginnende relaties met kwetsbare mensen waar de aandacht uitgaat naar het opbouwen van een vertrouwensrelatie, zoals volgende hulpverlener aangeeft:

*Het is ook een moeilijk thema om bij een gast te leggen 'ik denk dat jij een handicap hebt'. Het is een hele drempel om mensen daarover te spreken. Ik denk aan mensen die geen netwerk meer hebben, bij wie je moet werken aan vertrouwen opbouwen. Bij hun is dit zeker niet het eerste thema. Het is een drempel om het over handicap te hebben. Fysieke handicap is al veel gemakkelijker te bespreken dan een mentale. (Ia)*

## 2.4 Beperkte kennis van handicap specifieke hulp in eerste lijn

De hulpverleners van laagdrempelige diensten geven aan dat hun kennis over handicap specifieke hulp en ondersteuning relatief beperkt is. Soms is een specifieke situatie van een bezoeker de aanleiding om eens wat meer informatie op te zoeken, bijvoorbeeld rond ASS, maar algemeen is de kennis beperkt. De hulpverleners geven zelf aan dit als een tekort te ervaren, aangezien zij het als hun rol zien om mensen gepast verder te sturen.

*We doen ons best om info te geven. Handicap is een thematiek die niet vaak aan bod komt. Vooral prioritaire thema's komen aan bod. Ik zou echt niet weten wat er voor de mensen is. Dat is jammer want wij zouden mensen moeten kunnen informeren. (Ie)*

- Professionals weten niet altijd hoe ze moeten doorverwijzen naar het VAPH. Bij een fysieke handicap is dat veel duidelijker. Een diagnose zoals ASS is dan weer veel minder 'grijpbaar'.

## 2.5 Weinig toegankelijke opvang

In de zoektocht naar hulp, botsen hulpverleners samen met deze personen met vermoeden van handicap vaak op drempels in de eerstelijns hulp. Heeft iemand die er fysiek slecht aan toe is een woonprobleem, dan is het net omwille hiervan vaak moeilijk om opvang te vinden. Zo zijn crisisopvang, residentiële opvangcentra en doorgangswoningen soms weinig toegankelijk. Heeft iemand een vermoeden van handicap of een VAPH-erkenning dan kan dit eveneens een reden zijn om geen toegang te krijgen tot eerstelijns hulp zoals crisisopvang en begeleid wonen van CAW, omdat de CAW zelf de in- en exclusiecriteria van hun opvangstructuren kunnen bepalen.

## 2.6 Soms geen recht hebben op hulp

Er zijn in Vlaanderen ook PmH die in armoede leven maar die omwille van hun statuut weinig of geen rechten hebben. Zo vertellen OCMW-medewerkers in contact te komen met PmH die niet in het rijksregister zijn ingeschreven en bijgevolg geen beroep kunnen doen op hulp.

# 3 Ervaring van personen in armoede

## 3.1 Geeft stress

- Bij de lancering van PVF was er vooral heel wat angst bij de PmH. Mensen hadden schrik dat hun zorg zou wegvallen. Zoals blijkt uit volgend citaat.

*In het begin had ik schrik voor het nieuw systeem, schrik dat we zonder hulp zouden vallen. ... (de directeur) had op de algemene vergadering gezegd. Het waren bange momenten voor de gebruikers hier. Nu lig ik er zo niet van wakker. Maar de schrik zat er goed in de eerste weken. (I2)*

## 3.2 Herziening is een last

- Van de zeven geïnterviewde personen die overschakelden naar PVF hebben twee personen een aanvraag voor herziening ingediend. Dit zijn twee PmH die momenteel enkel ambulante mobiele begeleiding krijgen en al langer de vraag hadden naar meer ondersteuning. Zij hebben momenteel heel wat extra kosten die ze met hun eigen inkomsten moeten betalen: poetshulp, familiehelp, verplaatsing, etc. Zij stonden al jaren op de wachtlijst voor meer hulp en **voelen zich bedregen**. Zoals volgende persoon aangeeft:

*Bij mij is de waarde van mijn budget wat de dienst van x (begeleidster Begeleid Wonen) kost. Dat is een 8.000 euro op jaarbasis. Dat is in mijn ogen geen PVF. Dat zijn de diensten*

*die ge vroeger gratis kreeg. Mijn PVF is niet gebaseerd op mijn noden, maar op wat ik vroeger al had. Met een PVB kan je meer betalen, zoals een taxi. Dat kan ik enkel doen als ik Begeleid Wonen opgeef. Maar met 8.000 euro kom je op maandbasis niet ver. (14)*

- Ook al gebeurde de toekenning automatisch, toch betekent het dat voor zij die een andere vraag hadden lopen, dat ze toch een volledige aanvraag moeten indienen. Een proces dat **tijd en geld** kost en bovendien **lang kan duren** gezien het betekent dat de PmH met heel wat personen (bv. specialisten) een afspraak moeten maken.

*Mijn instapdatum PVB is nu april 2016. Er wordt geen rekening gehouden met mijn vorige aanvraag en wachtlijst PAB. Mijn PAB-aanvraag is meegenomen maar de datum telt niet. Eigenlijk hadden ze alles al liggen. Maar ik heb terug afspraken moeten maken en alles terug invullen: met huisarts, oorarts, cardioloog. Dat neemt allemaal veel tijd. (17)*

### 3.3 Onzekerheid

- PMH die een aanvraag of een herziening hebben lopen hekelen vooral de onzekerheid waarmee ze nu moeten leven.

*Wat vooral frustrerend is, is dat je niet weet tegen wanneer, hoeveelste je staat op de lijst. Het wachten en de onzekerheid is het frustrerendste van al. Zo kan je niets inplannen. Je blijft in een cirkel zitten en dat is heel frustrerend. Heel deprimerend. (17)*

### 3.4 Negatieve beeldvorming DOP

- Uit onze gesprekken blijkt een eerder negatieve beeldvorming van DOP. Ten eerste zijn er de wachtlijsten die soms oplopen tot 1 jaar. Ten tweede vertellen PmH dat een DOP-traject heel lang duurt, vaak tot een jaar. Tijd die wordt gezien als 'nog langer wachten op een PVB' en die als gevolg heeft dat mensen op eigen houtje met het ondersteuningsplan aan de slag gaan of net volledig afhaken. Ten derde horen we dat professionals in en buiten handicapspecifieke hulp personen afraden om via DOP te werken. PmH krijgen te horen dat de opzet van DOP is om zoveel mogelijk zorg en hulp naar het eigen netwerk te verwijzen met als doel personen een zo laag mogelijk PVB toe te wijzen. Een ondersteuningsplan via DOP wordt aanzien als minder kans op een (voldoende) hoog PVB.
- Volgende persoon gaf aan dat haar anti-coach aanstuurde om niet via de DOP te gaan voor haar ondersteuningsplan maar er zelf mee aan de slag te gaan.

*Ik heb er 2x per mijn anti-coach mee bezig geweest, dus dat is eigenlijk 110 euro. Je wordt er heel ontmoedigd door. Je wordt een beetje beschouwd als een profiteur.... Zelf doen gaat het rapst, via DOP duurt 1 jaar. Met DOP moet dan ook beginnen van nul. Ze willen zo weinig mogelijk hulpvraag voor geld. Externe hulp is hun laatste bedoeling. DOP probeert je netwerk in te schakelen om dan te zeggen dat je weinig hulp nodig hebt. (18)*

### 3.5 Weinig steun en informatie bij sociaal netwerk

- Als iemand zelf de kracht en/of capaciteiten mist om een PVF-traject op te starten, is een aanwezig en krachtig netwerk nog meer noodzakelijk. Personen in armoede missen vaak zelf de energie die

nodig is om het traject te starten en hebben vaak een te beperkt en een te weinig krachtig netwerk. Ze missen een netwerk dat hulp biedt bij het uitzoeken waar ze terecht kunnen voor hulp, die hen praktische hulp geeft om naar een afspraak te gaan (bv. een lift, oppas voor de kinderen) en hen motiveert om verdere stappen te zetten. Een netwerk kan iemand vooruithelpen en verder trekken om uit een vicieuze cirkel te komen. Bij sommige personen is het sociaal netwerk beperkt en/of weinig krachtig. Zoals volgende persoon aangeeft:

*Wie gaat mij helpen? Niemand! Bij mijn vrienden kan ik niet terecht voor hulp. Zij komen vooral naar mij met vragen. (16)*

De participanten in onze interviews betreffen hoe in PVF de nadruk ligt op het sociaal netwerk. Ze vertellen enerzijds over een netwerk dat niet of niet meer in staat is om hen hulp te bieden (bv. ouders op leeftijd). Anderzijds willen ze hun netwerk niet belasten met hulpvragen. Ouders worden als te oud aanzien en vrienden zijn er om leuke dingen mee te doen, zoals volgende personen aangeven:

*Netwerk? Er wordt altijd op het netwerk gehamerd. Mijn moeder is 82, ik heb een zus, zij is alleenstaand en heeft 4 kinderen. Met mijn vrienden doe ik leuke dingen, die moeten mij niet helpen met administratie. Het gaat erover dat het mij teveel energie kost. (18)*

*'... (naam) trekt al 10 jaar zijn plan, zijn ma leeft nog, zijn pa leeft nog, hij trekt zijn plan nog wel'. Maar mijn netwerk is wel 70 jaar oud. Het is niet omdat ma en pa leven dat da uw netwerk is. Er wordt nog veel gedacht dat mama/papa een netwerk is. Een thuisomgeving is niet altijd het netwerk dat het zou moeten zijn. Je weet pas wat een netwerk is als je het aftoetst. Mijn netwerk is Begeleid Wonen, mijn netwerk is x (naam begeleidster). Begeleid Wonen vult netwerktaken voor mij in. Als X bij mij is bellen we naar de tandarts. Ik pas mijn agenda aan aan die van X om de afspraak te maken. Zij is 90% van mijn netwerk. (15)*

Opmerkelijk genoeg geven enkele respondenten aan dat ze hun ambulante/mobiele begeleider beschouwen als hun netwerk, ook al is het een deel van de opdracht van de professionals om mee op zoek te gaan naar een netwerk voor hun cliënten.

### 3.6 Eenzaamheid en isolement

Het effect van leven met beperkte financiële middelen is niet louter financieel. Vijf personen geven aan dat vooral het sociale isolement en de eenzaamheid als gevolg van hun armoede en hun handicap hen heel zwaar valt. Ze zitten heel veel thuis. Dit vaak door een fysieke handicap en de beperkte beschikbaarheid van hulp die hen kan ondersteunen om mee naar buiten te gaan. Zoals blijkt uit volgende voorbeelden:

*Ik heb vroeger gestapeld in een beschutte werkplaats: pakketten, laden en lossen. Telkens doorgestuurd naar andere firma's om daar te gaan helpen. 10 jaar lang zo gewerkt. En hierdoor invalide geworden na enkele hernia's. Een eerste operatie was aan mijn rug in 2008, vervolgens 4 operaties aan mijn nek. Vorig jaar werd na een hernia mijn nek vastgezet. Hierdoor heb ik verlamming, evenwichtsstoornissen en val regelmatig. Hierdoor ben ik 7/7 thuis. Ik kan enkel naar buiten met familiehelp. Die komt 1 keer per week en dan gaan we samen naar de winkel. (19)*

*Met budget zou ik vervoer kunnen regelen. Het zou een verlichting zijn naar het sociale toe. Eens naar een tentoonstelling kunnen gaan, naar een muziekfestival. Ik heb overal begeleiding bij nodig. Door dit niet te kunnen doen geraak je sociaal geïsoleerd. Het is een druk op de levenskwaliteit. (17)*

Personen betreuren vooral het effect van hun lage inkomen op hun beperkte sociaal netwerk. Aangepast vervoer kost geld. Een (voldoende groot) PVB zou bovendien gebruikt kunnen worden om assistenten te betalen om hen te begeleiden.

### 3.7 Beperkte kennis van rechten en hulpverlening

De personen die we interviewden waren soms slecht op de hoogte van beschikbare hulpverlening, sociale voordelen en tegemoetkomingen. Zo kwam persoon 16 pas met DOP in contact doordat er een dienst aan huis kwam voor zijn zoontje met het Downsyndroom, geregeld door zijn ex-vrouw. Nochtans is hij heel moeilijk te been en deels verlamd door zijn hersenbloeding van enkele jaren geleden. Niemand had hem verteld over PVF. Zelfs niet zijn DMW waar hij zijn scooter en andere hulpmiddelen in een recent verleden had aangevraagd. Ook een gratis lijnkaart of (sociaal tarief voor) internet wou hij graag maar hij wist niet waar hij hiervoor terecht kon.

### 3.8 Bewindvoerders zijn slecht bereikbaar

Vijf participanten hebben een bewindvoerder, bij vier personen is dit een advocaat. Eén persoon is tevreden over zijn bewindvoerder. Het is een kennis van vroeger, hij kan altijd bij hem terecht voor vragen en extra budget. Eén persoon is vooral ontevreden over het feit dat ze door haar bewindvoerder niet zelfstandig kan leven. Naar de kapper gaan, een uitstap naar de zee, telkens moet ze haar bewindvoerder contacteren voor € 20 extra.

Twee personen zijn vooral heel ontevreden over de **slechte bereikbaarheid** van hun bewindvoerder. Dit zorgt voor veel frustratie.

*Ik ben niet content van mijn bewindvoerder, heb hem nog maar twee keer gezien. Als ik mail, antwoordt hij niet. Als mijn huisarts mailt, antwoordt hij niet. Mijn begeleidster krijgt soms antwoord. Als ik bel krijg ik die stoeme secretaresse aan de lijn. Dan begin ik mij kwaad te maken en haar uit te maken. (19)*

Doordat ze hun pupil onvoldoende kennen, **houden** bewindvoerders **niet altijd rekening** met de specifieke leefsituatie van de persoon. Zoals blijkt uit volgend voorbeeld:

*Ik heb een bewindvoerder want ik vergeet veel. Zij betaalt alle facturen (huur, ziekenhuis) en geeft mij 75 euro leefgeld per week. Dit is veel te weinig om toe te komen. Dit is vooral moeilijk als de kinderen er zijn in het weekend. Mijn dochter studeert in Gent, als ik haar treinticket naar Gent betaal, dan is er al veel geld weg. Ik heb geen internet, wat moeilijk is met een studerende dochter. Zij heeft dit nodig om te studeren als ze hier is. Sommige resultaten van het ziekenhuis (bv. scan hersenen) komen ook op internet maar die kan ik niet bekijken. Ik heb het aan mijn bewindvoerder gevraagd maar zij vindt dat internet niet nodig is. Nochtans zou ik zo met mijn papa in Congo kunnen skypen. Nu moet ik hem bellen, wat veel geld kost. (16)*



### 3.9 Te grote budgetten

Evenals bij de focusgroepen met handicap specifieke professionals, vertelt één deelnemer dat hij de budgetten PVB te hoog vindt. Hij legt de link tussen de grootte van de budgetten en de lengte van de wachtlijst:

*Ik denk dat de budgetten ietwat te groot zijn. Zo komt het dat mensen lang moeten wachten. Met mijn nieuw budget (herziening in aanvraag) kan ik 20u per week krijgen, dat is voor mij vrij veel, ik denk dat ik eerder 14-15u per week nodig heb. En er blijven veel mensen in de kou staan... Ze hebben het allemaal zo gepusht, het moest allemaal zo snel gaan. Ze hebben de budgetten ruim gemaakt om zeker te zijn dat mensen toekomen. Ik heb schrik dat zo veel mensen in de kou gaan blijven staan. (17)*

## 4 Bemerkingen en aanvullingen uit de expertengroep

Op 3 juli 2018 brachten we een groep met experts uit handicapspecifieke hulpverlening en armoedeverenigingen samen om de resultaten uit het onderzoek te bespreken. De onderzoekers stelden de resultaten en een eerste schets van mogelijke actiepunten voor aan de deelnemers waarna telkens ruimte was voor bedenkingen, aanvullingen en feedback.

In dit hoofdstuk beschrijven we de voornaamste bevindingen uit deze expertengroep. De lijst met aanwezige experts is terug te vinden in bijlage.

### 4.1 Van een medische naar een sociale kijk?

Het VN Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap stapt duidelijk over van een medisch model naar een sociale kijk op handicap. Deze sociale kijk is echter nog niet terug te vinden in alle aspecten van de huidige Vlaamse regelgeving rond personen met een handicap. Zo werd in het verleden al actie ondernomen om de ITT te herbekijken. Maar zowel bij de overheid, verenigingen als bij verschillende belangengroepen is er terughoudendheid om af te stappen van de medische benadering van de ITT. Ook de huidige zorgzwaarte is vooral een medische inschaling. Terwijl het inschatten van de nood aan ondersteuning evenzeer een sociale kijk vraagt. Iemand met een mindere zorgzwaarte gaat in verhouding tot iemand die weinig mobiel is soms meer nood hebben aan sociaal contact of eens naar de cinema gaan.

### 4.2 Interpretatie zorgcirkels soms onduidelijk

De vijf concentrische zorgcirkels zijn niet consecutief. Het eigen gezin moet niet zijn uitgeput voordat er reguliere diensten en handicapspecifieke diensten kunnen worden ingezet. De cirkels zijn net bedoeld om elkaar te versterken. Het combineren is efficiënt en versterkend. Toch valt de bemerking dat de buitenste cirkel van professionele diensten soms vaak zo veel mogelijk zelf wil doen, zonder te kijken naar de mogelijkheden in de andere cirkels. Een PVB louter inzetten in handicap specifieke hulp is volgens anderen dan weer veel eenvoudiger dan zelf gepaste hulp moeten uitzoeken en combineren in de vijf cirkels.

#### 4.3 Niet iedereen is mee met PVF

De meeste vergunde zorgaanbieders zijn al enkele jaren heel actief bezig met de overschakeling naar PVF en woon- en leefkosten. Maar er zijn grote verschillen in de geesten van de vergunde zorgaanbieders. Ook vandaag de dag zijn er nog voorzieningen die de omschakeling naar PVF niet zien zitten en zich hiertegen verzetten.

#### 4.4 Stappen naar betrokken bewindvoerders

Er is eensgezindheid in de expertengroep dat er veel goede bewindvoerders zijn. Maar er zijn eveneens voldoende situaties gekend waarbij de bewindvoering slecht loopt. Bewindvoerders zijn soms onbereikbaar en kennen hun pupil amper. De contacten zijn vaak afstandelijk en laten weinig ruimte voor overleg en inspraak waardoor de bewindvoering niet is aangepast aan de specifieke situatie. Momenteel duiden vrederechters bijna uitsluitend juristen aan als professionele bewindvoerder. Ook al hebben enkele organisaties eveneens een aanbod persoonsgerichte bewindvoering. Zo leidt Similes, een vereniging voor gezinsleden en betrokkenen van personen met psychiatrische problemen, zelf burgers op tot bewindvoerder. Helaas worden zij door vrederechters vaak niet aangesteld omdat zij niet beroepsverzekerd zijn.

- Enkele recente acties tonen aan dat er in dit domein stappen gezet worden. Zo is er het meldpunt bewindvoering ([www.meldpuntbewindvoering.be](http://www.meldpuntbewindvoering.be)), een initiatief van meer dan 50 welzijnsorganisaties. KVG heeft een samenwerkingsverband met de korpschefs van de vredegerechten om de problematiek rond de bewindvoering aan te kaarten en op te volgen. Ze werken ook aan een profiel van bewindvoerder. De ervaringen van de leden van de expertengroep tonen dat er op dit domein nog heel wat vooruitgang te boeken valt. Des te meer omdat vooral de meest kwetsbaren vaak verplicht terugvallen op de professionele bewindvoerders.

#### 4.5 Woon- en leefkosten te hoog?

- Enkele leden uit de expertengroep missen momenteel een stuk in het onderzoek over de kostprijs van woon- en leefkosten. Zij geven aan dat ze in sommige voorzieningen prijzen zien die 'de pan uit swingen'. Anderen geven dan weer aan dat duurder niet per definitie gelijk hoeft te staan aan 'onbetaalbaar'. Het VAPH geeft aan de praktijken en discussies omtrent woon- en leefkosten op de voet te volgen. Onderzoek en cijfermateriaal zal in de toekomst de betaalbaarheid van de woon- en leefkosten verder moeten opvolgen.

#### 4.6 Betere samenwerking met 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn

Velen herkennen het knelpunt van het gebrek aan kennis rond handicap op de 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn. In recente jaren werden reeds enkele acties ondernomen om hier verandering in te brengen. Zo stelde de Vlaamse overheid middelen ter beschikking aan de CAW om hen rond handicapspecifieke hulp te sensibiliseren en die hebben vast en zeker de sensitiviteit bij eerstelijnsdiensten vergroot. Er is eveneens een afsprakennota tussen CAW en DMW omtrent expertise en er lopen gelijkaardige gesprekken met de OCMW.

De leden van de expertengroep zien de moeilijkheid voor basiswerkers. Niet enkel is hun caseload vaak erg hoog, ze moeten ook op de hoogte zijn van zoveel hulp en uitkeringen in diverse sectoren. Handicapspecifieke hulp is maar een klein deeltje in hun ruime kennisveld.

Iedereen lijkt het er over eens dat er meer RTH-ondersteuning nodig is. Recent kregen enkele belangenverenigingen (KVG, VFG en Fovig) een kleine bijdrage om voor de poort te werken. Maar wat is hier de beste oplossing? Een mogelijkheid is om de toeleiding naar de PVF bij het GBO te leggen. Een outreachende, proactieve aanpak van een GBO kan helpen om diegenen te vinden die anders niet worden bereikt. Zo gaat OCMW Gent in een proefproject in het kader van het GBO actief op zoek naar inwoners met een IVT om na te gaan of ze al hun rechten uitputten. Ook vanuit de DMW is er heel wat informatie beschikbaar die moet toelaten om proactief te werk te gaan. Hulp en uitkeringen zouden veel meer een keten moeten vormen zodat het ene op het andere volgt.

In de toegang tot handicap specifieke hulp kan eveneens een rol liggen voor de huisarts. Hen betrekken en engageren kan een meerwaarde zijn binnen een ruimere toeleiding naar handicap specifieke hulp. Hier wordt echter aangehaald dat in sommige buurten met kwetsbare inwoners (bv. Deurne, Borgerhout) het aantal huisartsen net veel te beperkt is.

Bekendheid van het aanbod en vertrouwdheid met de medewerkers van andere diensten kan op lokaal niveau eveneens een verschil maken. Als 'samenwerken' in de praktijk louter neerkomt op een extra taak bovenop de gewone caseload dan zien weinigen dit als een haalbare oplossing. Het opstarten van kunstmatige projecten oogt evenmin aantrekkelijk, zoals de soms weinig succesvolle opgelegde zorgnetwerken. Het is effectiever om mensen te belonen om wat ze doen. Bijvoorbeeld incentives vanuit de overheid om samenwerkingen tussen handicapspecifieke hulp en 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn te stimuleren. Zoals verschillende goede voorbeelden al aangeven. Telkens investeert de handicapspecifieke dienst, om een medewerker deels te laten meedraaien in een laagdrempelige dienst. Een medewerker van vzw Ondo is zo aan de slag bij het CAW; een medewerker van De Vijver vzw werkt halftijds bij buurtcentrum Dinamo van Samenlevingsopbouw Stad Antwerpen; een medewerker van Begeleid Wonen Brussel is eveneens werkzaam bij een school bijzonder onderwijs.

Er is eveneens nog veel werk aan het imago van sommige diensten. Leden van de expertengroep geven aan dat PmH, bijvoorbeeld met een IVT, vaak weigerachtig en te trots zijn om hulp te vragen bij het OCMW.

Het is ook belangrijk om het contact te behouden met zij die al eerste stappen zetten naar de handicap specifieke hulp. Zo hebben enkele vergunde zorgaanbieders in de provincie Antwerpen het engagement om netwerkgroepen mee te ondersteunen nadat een DOP-traject is afgerond.

#### 4.7 Identificeer kwetsbare groepen

De leden van de expertengroep adviseren om een actiepunt toe te voegen rond het identificeren van kwetsbare groepen. Ervaringen van belangenverenigingen en wetenschappelijk onderzoek leren dat alleenstaande moeders heel kwetsbaar zijn. Zij zijn vaak gestopt met werken om zorg op te nemen, zitten mogelijks in een vechtscheiding, hebben het financieel en emotioneel heel moeilijk. Een andere groep zijn personen die jarenlang, aan het begin of in het midden van hun loopbaan, pendelen tussen

werkloosheid en ziekte-uitkering. Na 10-20 jaar komt er dan uiteindelijk een diagnose. Deze kwetsbare groep valt jarenlang terug op een minimumuitkering.

#### 4.8 Voorzieningen investeren tijd en geld in nieuwe zorgvragen

Voorzieningen geven aan dat nieuwe hulpvragen vaak gecombineerde zorgvragen zijn. Antwoorden uitdenken en onderhandelen kost veel tijd en bijgevolg ook geld aan voorzieningen. Er zijn voorzieningen die hierin personeel investeren omdat ze graag willen bijleren. Andere voorzieningen gaan niet mee in de nieuwe zorgvragen en houden eerder vast aan hun traditioneel aanbod. Zeker als de medewerkers en directie uit de voorziening een beperkte kennis hebben van het ruimere zorg- en welzijnsaanbod in de regio. Achter gecombineerde vragen staat bijna altijd een sterk netwerk

De commerciële logica wordt dus dominant en dat doet vrezen voor de kwaliteit van zorg. Bijvoorbeeld een organisatie die omwille van veel open plaatsen ingaat op een specifieke zorgvraag (bv. een GES+ problematiek) terwijl ze hier niet voor zijn uitgerust.

#### 4.9 Verhoog het inkomen

Recent werd vanuit het kabinet van Demir een verhoging van de IVT (met € 40 per maand) en ITT (€ 52 per jaar) aangekondigd. Velen betreuren dat slechts de helft van de ingeschreven 80 miljoen € wordt besteed en dus een deel van het beschikbare budget onbenut blijft.

Omtrent de inkorting van ITT voor personen die in een voorziening verblijven zijn recent door het VAPH enkele acties ondernomen. Het denkkader achter de federale regelgeving dateert uit 1987 en vraagt met de invoer van PVF en de woon- en leefkosten om een actualisering. Zo bestaat de term 'collectieve woonvorm' niet meer in de huidige regelgeving. Het zal evenwel niet eenvoudig zijn om de Vlaamse omschakeling naar PVF een plaats te geven in een federale regeling omtrent IVT en ITT. Verdere acties krijgen hopelijk een plaats in de nieuwe legislatuur.

De budgetcalculator van Cebud wordt voorgesteld als een goede tool. Referentiebudgetten laten toe te berekenen hoeveel iemand in een bepaalde gezinssituatie nodig heeft om adequaat te kunnen participeren aan de samenleving. Momenteel wordt de webapplicatie REMI (referentiebudgetten voor een menswaardig inkomen) uitgetest in een twaalfstal Vlaamse OCMW. Op de basismodule zijn op lokaal niveau aanvullingen mogelijk. De huidige tool laat toe om extra medische kosten per maand mee te rekenen, het zou echter een meerwaarde zijn om enkele handicap specifieke indicatoren te ontwikkelen.

Gelijke Kansen Vlaanderen is samen met de Vlaamse Statistische Autoriteit aan de slag met de ontwikkeling van een monitor handicap. Dit instrument heeft tot doel om de participatie na te gaan van PmH op verschillende levensdomeinen in het licht van het VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.

#### 4.10 Betaalbaar wonen

Een voldoende hoog inkomen is cruciaal maar betaalbaar wonen eveneens. € 200 per maand minder moeten uitgeven aan woonst, dát heeft pas een groot effect, zoals o.a. blijkt uit het CEBUD-onderzoek. Het bekomen van huidige tegemoetkomingen zoals de Vlaamse huursubsidie en de bestaande

praktijken hier rond voor PmH moet worden bestudeerd. Discriminatie van PmH op de huurmarkt, bijvoorbeeld door immobielkantoren moet worden aangepakt. Er moet dringend werk worden gemaakt van betaalbaar wonen voor iedereen. Sommige vergunde zorgaanbieders bieden om deze reden zelf beperkt huisvesting aan gebruikers.

## **5 Algemene drempels en knelpunten in PVF voor PmH**

In het eerste deel van dit hoofdstuk gaven we de ervaringen weer van handicapspecifieke professionals, van medewerkers van laagdrempelige diensten en van PmH zelf. In dit tweede deel van het hoofdstuk brengen we de verzamelde informatie samen. We formuleren eerst enkele drempels en knelpunten die er zijn in PVF en die dus gelden voor alle PmH. Uiteraard is het mogelijk dat bij deze algemene drempels en knelpunten de gevolgen voor personen in armoede groter zijn. Vervolgens staan we stil bij enkele drempels en knelpunten specifiek voor PmH in armoede. We sluiten dit hoofdstuk af met enkele beschermende factoren.

### **5.1 Schema non take-up PVF**

In figuur 4 stellen we het schema rond non take-up voor zoals we het aanvulden samen met de leden van de stuurgroep van dit project, de focusgroep met aanbieders en de focusgroep met toeleiders.

## Regelgeving PVF

- Toeleidingsprocedure hoogdrempelig en confronterend
- Geen trajectbegeleiding
- Complexiteit regelgeving
- Kostprijs bijstandsorganisaties
- Administratie niet in takenpakketten
- Cash-voucher niet gelijkwaardig
- Niet behoefte-gestuurd
- Enkel zorg gebonden kosten uitgewerkt
- Onduidelijkheid consequenties andere inkomensregeling
- Doorvertaling naar andere sectoren ontbreekt
- Praktische hulp afwegen t.o.v. inhoudelijke hulp

## Persoon in armoede

- Sociale isolatie
- Sociaal netwerk beperkte en weinig krachtig
- Beperkte kennis rechten
- Niet het gevoel rechten te hebben
- Beperkte mobiliteit
- Wantrouwen
- Overlevingsstrategie dwingt tot korte termijn denken
- Weinig energie 'over'
- Beïnvloedbaar
- Weinig op hun strepen staan
- Migratieachtergrond: taalprobleem, geen recht hebben op hulp

## Uitvoering PVF

- Interpretatie handicap
- Randvoorwaarden BOB
- Fysieke en mentale bereikbaarheid toeleiders
- Wachtlijsten toeleiders
- RTH-wachtlijsten en versnipperd
- Vertrouwdheid vrederechter met PVF-regelgeving
- Vertrouwdheid bewindvoerders met PVF-regelgeving
- Bewindvoerders kennen pupil onvoldoende
- Vertrouwdheid laagdrempelige diensten met PVF-regelgeving
- Geeft stress
- Leefkosten niet zelf te bepalen
- Communicatie VAPH onduidelijk
- Inschaling op basis van vroeger zorggebruik
- Beschikbaarheid professionele ondersteuning bij besteden budget
- Keuze aanbieders voor 'ideale cliënt'
- (Handicap specifieke) ambulante begeleiding is iets heel abstract
- Attitude professionals naar 'PVF-vaardigheid'
- Minder netwerk acties
- Angst bij voorzieningen => voorkeur vouchers
- Implementatie soms haaks op solidariteit
- Gevolgen noodsituatie voor bepaalde groepen
- Controlerende visie VAPH
- Invulling psycho sociale begeleiding
- Vrij besteedbaar budget niet voor zorg gebruiken zorgt voor problemen op lange termijn
- Ongelijkheid in voorzieningen voor deelname aan socioculturele activiteiten
- Misbruik transitie
- Methodiek en abstractie ondersteuningsplan
- Interpretatie 'netwerk'
- Meer concurrentie, minder samenwerking

## Samenleving inclusie

- Stigma
- Lage uitkeringen PMH
- Beschikbaarheid mobiliteit
- Kostprijs aangepaste mobiliteit
- Beperkt landelijk aanbod
- Non take-up budgetten en uitkeringen
- Interpretatie handicap specifieke budgetten
- Toegang thuiszorgdiensten
- Gebrek toegankelijke sociale woningen

Figuur 4 Schema non-take up ingevuld samen met de stuurgroep, focusgroep met aanbieders en toeleiders.

## 5.2 Aanvraagprocedure zorgt voor stress, onzekerheid en wachten

Een onderwerp dat in alle gesprekken aan bod komt is de aanvraagprocedure PVF. Zowel professionals uit handicap specifieke hulp als PmH zelf beschrijven de stress en onzekerheid die het traject met zich mee brengt.

De wachtlijsten bij RTH en DOP die werden aangehaald zijn er onafhankelijk van iemands financiële situatie. De gevolgen van de wachtlijsten zijn wel groter voor personen in armoede. Zij missen de energie en de motivatie van een netwerk om een traject te starten en te doorlopen. De kans is groter dat ze niet meer bereikbaar zijn eenmaal ze aan beurt zijn. Net voor hen is hulp 'op het moment' zo belangrijk.

Meer dan 14,000 PmH staan momenteel op de wachtlijst PVB. Veel personen die momenteel over een PVB beschikken kregen dit op basis van hun vorig zorggebruik en dienden een aanvraag voor herziening in. Bij velen heerst onzekerheid of ze ooit wel aan de beurt zullen zijn en wanneer dit zal zijn.

## 5.3 PVB besteden is veel administratie, geeft stress

Voor de professionals in ons onderzoek geven aan dat het besteden van het PVB veel extra administratie en stress teweeg brengt bij PmH. Ons onderzoek bevat geen informatie over mogelijke extra drempels en knelpunten voor personen in armoede bij het besteden van het PVB. Van de PmH uit de interviews die al een PVB hadden, was dit telkens gebaseerd op eerder zorg gebruik, zijnde ambulante/mobiele hulp. De administratie rond het PVB werd telkens opgevolgd door de hulpverlener. Bijgevolg kon niemand vertellen over moeilijkheden bij het besteden van hun PVB.

## 5.4 Lage inkomens worden duidelijk

Door zorg en woon- en leefkosten te splitsen maakt de invoering van PVF vooral duidelijk dat de vervangingsinkomens voor PmH veel te laag zijn. Vooral personen die nooit de kans hebben gehad om te werken zullen de omschakeling naar PVF sterk voelen. In de interviews zien we vooral hoe een sterk en kapitaalcrachtig netwerk hier ondersteuning kan bieden. Zo hebben twee personen geen moeite om rond te komen doordat ze een appartement hebben geërfd. Deze en andere beschermende factoren komen verderop in dit hoofdstuk aan bod.

## 5.5 Professionals als netwerk

Het eigen gezin; vrienden, vrijwilligers en ouders vormen de tweede en de derde concentrische cirkel rond de PmH. In de gesprekken benadrukken vooral de PmH zelf dat ze het niet evident vinden om hun netwerk om hulp te vragen. Ze beschrijven hoe ze hun ouders en vrienden niet graag belasten en professionele hulp willen om hen te ondersteunen bij hun handicap specifieke vragen. Geen enkele geïnterviewde persoon kreeg door het jaar begeleiding van een vrijwilliger. Eén iemand vertelde wel enthousiast over de begeleiding van ADL Inter tijdens Rock Werchter en Pukkelpop.

Wel zijn de PmH lovend over de professionele hulp die ze krijgen. Sommigen beschouwen hun ambulante/mobiele begeleider als (het belangrijkste deel van) hun netwerk. Anderen vertellen met enthousiasme over de gezinshulp die er al jaren aan huis komt en waar ze echt op kunnen rekenen.

PmH die in armoede leven hebben een beperkter eigen netwerk. Voor hen maken professionals mogelijks een nog groter en belangrijker onderdeel uit van hun netwerk.

## 6 Specifieke drempels en knelpunten in PVF voor PmH in armoede

### 6.1 Grote drempels bij PVF opstart en aanvraag herziening

In de gesprekken met professionals uit handicap specifieke hulp, hulpverleners uit laagdrempelige diensten en met PmH zelf blijkt vooral hoe voor personen in armoede de drempels in de opstart naar PVF en bij de aanvraag van een herziening spelen. Hier spelen enkele belangrijke factoren een rol.

Vooreerst kennen personen in armoede hun rechten veel minder. Ze zijn veel slechter geïnformeerd over de mogelijke hulp en tegemoetkomingen. Ze hebben ook minder het subjectieve gevoel rechten te hebben.

De tweede factor die speelt is het gebrek aan energie bij personen die in armoede leven. Personen zijn bezig met 'overleven', met de eindjes aan elkaar te knopen, ze leven van dag tot dag. In hun theorie over schaarste verklaren de auteurs (Mullainathan & Shafir, 2014) dat personen in armoede door hun 'overleven' net bandbreedte ontbreken. Door een tekort aan geld is iemand gefocust op het directe gebrek: een rekening moet worden betaald of er moet geld zijn om naar de supermarkt te gaan. Armoede legt beslag op de bandbreedte. Hierdoor is er minder plaats om aan andere dingen te denken en andere dingen ondernemen. Bijvoorbeeld het opstarten van een PVF-traject. Maar net doordat de schaarste leidt tot een tunnelvisie, vallen zelfs de baten van PVF buiten iemands zichtveld. Het ontbreekt personen in armoede niet aan motivatie, maar aan een gebrek van bandbreedte.

De derde factor die voor personen in armoede de drempel verhoogt is het ontbreken van een netwerk dat hen informeert, stimuleert en ondersteunt. Hun netwerk is te beperkt en/of te weinig krachtig om hen bij te staan in hulpverleningstrajecten. Bij enkele personen die we interviewden merken we hoe professionele hulp (zoals een ambulante/mobiele begeleider) de plaats van het eigen netwerk inneemt. Ze geven aan dat hun begeleider de aanvraag voor herziening mee opstartte en opvolgt.

De vierde factor is het slechte geïnformeerd zijn van hulpverleners op 1<sup>e</sup> lijn. Zij zijn diegenen die in contact komen met kwetsbare personen met een vermoeden van handicap en hen kunnen begeleiden bij eerste stappen naar handicap specifieke hulp. Uit onze gesprekken blijkt echter dat deze hulpverleners niet altijd goed op de hoogte zijn van handicap specifieke hulp en het nieuwe PVF-systeem.

### 6.2 Bewindvoering is een probleem

Een bewindvoerder krijgt met het PVF naast louter administratieve ook inhoudelijke taken toebedeeld. Als de communicatie niet goed loopt is dit een groot probleem. Niet enkel voor de hulp maar eveneens voor het budget. Aangezien personen in armoede net doordat ze een krachtig netwerk ontbreken, vaker een advocaat als bewindvoerder toegewezen krijgen, is dit bij hen veel vaker een probleem.



## 7 Beschermende factoren

Uit onze interviews met personen die wel en moeilijk kunnen rondkomen, distilleren we volgende beschermende factoren:

- Mondig zijn

Je rechten kennen, mondig zijn en op uw strepen staan helpt om hulp te vinden. Zoals volgende PmH aangeeft:

*Ik had al 6 jaar een PAB. Dat is verschillend van streek tot streek, het is een beetje een loterij, een beetje mensen kennen. De sociale dienst (CM) stond achter mij. Door mensen te kennen had ik al na 2 jaar een PAB budget... Ik ben mondig genoeg, er wordt van alles boven uwe kop beslist als ge niet oppast. (15)*

- Werken of ooit gewerkt hebben

Invalideitsuitkeringen zijn hoger dan inkomensvervangende tegemoetkomingen en bieden dan ook een veel betere bescherming tegen armoede. Personen die nooit de kans hebben gehad om te werken ervaren veel meer financiële problemen. Ook al vinden enkelen het bijzonder jammer dat ze nooit de kans hebben gehad om te gaan werken.

*Ik moest op 21 jaar kiezen voor een uitkering (toen 40.000 BEF) 1000 euro of gaan werken voor 1200 euro. Voor die 200 euro zou ik mij ook moeten verplaatsen, en extra kosten hebben. Je maakt je een hele dag moe en moet al starten met een versleten lichaam. Een complete carrière opbouwen kan niet. Als je dan je werk kwijt geraakt krijg je nooit meer dat bedrag, terwijl je lijf in slechtere staat is. Vanuit de logica 'ge zijt gaan werken dus je hebt bewezen dat je kan werken dus zoek werk'. (14)*

- Een sociale woning

De betaalbaarheid en zekerheid van een sociale woning maken het leven met een klein budget net iets haalbaarder.

- Een eigen woning

Twee PmH die werden geïnterviewd wonen in een eigen woning, de ene nog met en de andere zonder lening. Anderen geven aan dat een eigen woning voor hen een droom zal blijven.

- Een goede bewindvoerder

Personen die vertrouwen hebben in hun bewindvoerder ervaren minder stress omtrent hun financiën. Of dit nu een familielid of een professional betreft, vooral de bereikbaarheid van de bewindvoerder is van belang en de mogelijkheid om een welbepaalde situatie en vraag te kunnen bespreken.

- Professionele ondersteuning

De personen die we bevroegen waren vooral heel lovend over de professionele ondersteuning die ze krijgen, zowel in de afgelopen jaren als dan specifiek in de omschakeling naar PVF. Ze beschrijven hoe hun persoonlijke ambulante mobiele begeleider een meerwaarde is om alles omtrent de aanvraag en herinschaling geregeld te krijgen. Ook andere handicap specifieke hulp, bijvoorbeeld van een anti-coach kan een enorme meerwaarde zijn. De kost hiervan is helaas niet weggelegd voor mensen met een beperkt inkomen en geen budget.

- Netwerk

Een sociaal netwerk beschermt en kan taken opnemen. Een sociaal netwerk kan ook informatie aanleveren die de PmH zelf niet heeft. Maar tegelijkertijd blijkt uit onderzoek (zie bv. Handilab-onderzoek) dat het sociaal netwerk van PmH beperkt is. Als dat netwerk er wel is, verloopt de toegang tot het systeem gemakkelijker.



## Hoofdstuk 5 Casussen woon- en leefkosten

Onderzoekers (Vermeulen et al., 2012; Augustyns et al., 2010) en professionals uit de focusgroepen in dit onderzoek geven aan dat de grote armoedeproblemen zich niet zullen voordoen bij personen die in de hogere budgetcategorieën terecht komen. Toch leeft er heel wat angst en argwaan bij verschillende stakeholders dat de woon- en leefkosten voor sommige PmH onbetaalbaar zullen zijn. Ook al hebben vergunde zorgaanbieders tot 2021 om over te schakelen op woon- en leefkosten, enkelen gingen hier in al mee van start.

In dit hoofdstuk lichten we het traject toe van twee voorzieningen die in 2018 reeds de overstap maakten naar woon- en leefkosten. We beschrijven hun traject en de principes die ze hierbij volgden, enkele concrete situaties van personen voor wie de woon- en leefkosten (te) duur uitvallen en hoe de voorziening hier mee omgaat. We geven aanvullend enkele bedenkingen weer uit de focusgroepen met toeleiders en aanbieders. We sluiten dit hoofdstuk af met een analyse van de groepen die vooral negatieve effecten van woon- en leefkosten zullen ondervinden.

### 1 Casus 1

#### 1.1 Kenmerken van de voorziening

Een voorziening die dagondersteuning, woonondersteuning, begeleid werken en individuele ondersteuning biedt aan volwassen personen met een (verstandelijke) handicap. Van een 400-tal gebruikers maken er 120 gebruik van RTH of individuele ondersteuning. 280 PMH wonen in de voorziening of krijgen er dagondersteuning.

#### 1.2 Traject naar woon- en leefkosten

Samen met de raad van bestuur en de gebruikersraad startte de directie in 2017 met het traject tot omschakeling naar woon- en leefkosten. Het doel was om tot een scenario te komen dat een evenwicht moet creëren tussen de financiële leefbaarheid van de voorziening (rekening houdend met het vernieuwen van gebouwen, hedendaags comfort, enz) en de betaalbaarheid voor de gebruiker.

##### 1.2.1 *Gevolgde principes*

In een eerste fase bepaalde de voorziening volgens welke principes ze willen werken met woon- en leefkosten. Ze kwamen tot volgende principes:

- Continuïteit van dienstverlening en zorg;
- Transparantie;
- Keuze voor een opbrengstenaanpak (i.t.t. kostenaanpak);
- Betaalbaarheid van zorg;
- Eerst een inhoudelijk verhaal;
- Omvattend verhaal.

### 1.2.2 *Menukaart opstellen*

In een volgende fase stelde de voorziening een menukaart op. Deze kaart bepaalt de structuur van alle mogelijke woon- en leefkosten in de voorziening. Ze beschrijft als woonkosten het gebruik van de infrastructuur, de kost van de nutsvoorzieningen en normale herstellingen en nazicht van installaties. Onder leefkosten vallen voeding (ontbijt, middagmaal, avondmaal), verzorgingsproducten en verbruiksmateriaal, was, onderhoud en kleding. Voor was en kleding kan de PMH zelf kiezen of hij dit zelf organiseert of uitbesteedt aan de voorziening.

### 1.2.3 *Drie scenario's*

De voorziening berekende een globaal cijfer om procentueel weer te geven voor hoeveel PMH de woon- en leefkosten duurder dan wel goedkoper uitvallen dan de vorige financiële bijdrage. Want hogere tarieven voor woon- en leefkosten voor de voorziening, betekent meer gebruikers in de financiële problemen. De voorziening stelde drie scenario's op telkens met een eigen prijslijst (woonkost, maaltijden, verzorgingsproducten, enz). De drie scenario's waren:

- 30/70
- 35/65
- 40/60

Het eerste scenario betekent dat de woon-en leefkosten voor 30% van de PMH duurder uitkomt dan bij de voorafgaande financiële bijdrage. Voor 70% van de PMH blijven de kosten gelijk of dalen ze. Bij het tweede scenario zijn de woon- en leefkosten duurder voor 35% van de PMH, in het derde scenario voor 40% van de PMH.

Voor elk scenario werd een eigen menukaart met woon- en leefkosten uitgewerkt.

De drie verschillende menukaarten werden niet enkel getoetst aan de globale financiële leefbaarheid van de voorziening maar eveneens aan de financiële situatie van elke individuele gebruiker. Hiervoor zoomde de voorziening in op elk individueel dossier. Voor wie zou de omschakeling een probleem betekenen? Dit gebeurde in nauw overleg met de bewonersadministratie en de sociale dienst.

Bij de simulaties hield de voorziening wel rekening met de socioculturele bijdrage en het kledingbudget dat PMH in het vroegere systeem ontvingen.

### 1.2.4 *Uiteindelijke keuze*

Uiteindelijk koos de voorziening voor 30/70: een scenario en bijhorende prijslijst die voor 30% van de PMH betekent dat ze met de woon- en leefkosten duurder uitkomen dan bij de voorafgaande financiële bijdrage. 70% van de PMH betaalt evenveel of minder dan voordien.

De voorziening legde aan elke PMH hun nieuwe IDO voor en gaf uitleg bij de prijsveranderingen. Er was voldoende tijd om vragen te stellen en uitleg te geven.

### 1.3 Enkele concrete situaties

Er verblijven momenteel 165 personen in de voorziening. In het uiteindelijke scenario van 30/70 betekent dit concreet dat 43 personen met de nieuwe woon- en leefkosten meer zullen betalen dan ze voordien deden bij de financiële bijdrage. Voor 128 personen zijn de kosten met de nieuwe regeling lager of gelijk.

Op het totale aantal dossiers identificeerde de voorziening 2 probleemdossiers, 7 aandachtsdossiers en 2 dossiers die nazicht behoeven. Bij de probleemdossiers is het inkomen onvoldoende om de woon- en leefkosten te betalen. Bij de aandachtsdossiers is het inkomen voldoende om de woon- en leefkosten te betalen maar is er onvoldoende restbedrag.

We leggen hieronder enkele casussen voor. De financiële bijdrage 2017 is het effectief betaalde maandbedrag in 2017. Dus een bedrag min de socioculturele bijdrage en min het kledijbudget van de voorziening. Dit bedrag is geplafonneerd tot maximum 1/3 van het inkomen. Velen hebben een inkomen van € 1000-1100.

#### 1.3.1 Probleemdossiers

Twee personen hebben onvoldoende inkomen om hun woon- en leefkosten te betalen. Persoon 1 heeft een zware handicap. Door haar familiale situatie is haar inkomen heel beperkt. Ze is nog gedomicilieerd bij haar man. Recent werd voor haar een PVB goedgekeurd via maatschappelijke noodzaak. Haar financiële bijdrage in 2017 was geplafonneerd tot €260. Haar woon- en leefkosten zijn nu € 880 per maand.

Tabel 5 *Inkomen, financiële bijdrage 2017 en woon- en leefkosten 2018 voor de probleemdossiers uit casus 1.*

	Financiële bijdrage 2017	Woon- en leefkosten 2018
1	€ 260	€ 880
2	€ 829	€ 876

#### 1.3.2 Aandacht-dossiers

Voor zeven personen oordeelde de voorziening dat hun financiële situatie extra aandacht vraagt. Zij hebben voldoende inkomen om hun woon- en leefkosten te betalen maar het restbedrag is heel beperkt. In tabel X staat aangegeven hoe de meerkost er voor hen uitziet.

Tabel 6 *Inkomen, financiële bijdrage 2017 en woon- en leefkosten 2018 voor de aandachtsdossiers uit casus 1.*

	<b>Financiële bijdrage 2017</b>	<b>Woon- en leefkosten 2018</b>
1	€ 829	€ 871
2	€ 665	€ 865
3	€ 649	€ 777
4	€ 801	€ 882
5	€ 639	€ 803
6	€ 712	€ 795
7	€ 655	€ 785

Voor sommige personen geeft de voorziening aan dat er slechts een lichte verhoging in kostprijs is maar dat dit wel een enorme impact heeft op de financiële situatie. Bijvoorbeeld een man die het nu te krap heeft om nog te kunnen doen wat hij graag doet, zoals af en toe mee kunnen gaan op daguitstap of eens op vakantie gaan.

### 1.3.3 *Ter nazicht*

Twee situaties staan momenteel bij de voorziening onder de term 'ter nazicht'. Dit zijn casussen waar de situatie zelf onder de loep genomen moet worden.

Persoon 1 had in het verleden een schadevergoeding ontvangen. Hiermee bouwde zijn familie een huis. Wanneer hij permanent naar de voorziening verhuist, lijkt het dat er eigenlijk voldoende financiële middelen (zouden moeten) zijn om de woon- en leefkosten op te vangen.

Persoon 2 verbleef slechts een beperkt aantal dagen in de voorziening en was vaak voor langere periodes in het buitenland. Het beleid van de voorziening is dat er 221 verblijf moet zijn om recht te hebben op een individuele kamer.

Tabel 7 *Inkomen, financiële bijdrage 2017 en woon- en leefkosten 2018 voor de dossiers ter nazicht uit casus 1.*

	<b>Financiële bijdrage 2017</b>	<b>Woon- en leefkosten 2018</b>
1	€ 294	€ 885
2	€ 323	€ 712

In beide situaties zijn er gesprekken lopende met de familie om de situatie uit te klaren.

## 1.4 Geplande aanpak

Mits overleg kan de voorziening beslissen om voor een iemand de woon- en leefkosten te beperken tot 1/3 van het inkomen.

De voorziening kan ook contact opnemen met het OCMW met als vraag bij te springen in bepaalde kosten zoals medische kosten of vervoerskosten. De exacte uitwerking hiervan is momenteel nog een zoektocht.

De voorziening geeft aan dat het belangrijk is om de persoonlijke (financiële) situatie van personen goed op te volgen, zeker als de zorgzwaarte stijgt. Ook al geven ze aan dat het niet altijd mogelijk is om bij elke gebruiker even snel op veranderingen in te spelen. De reactietijd van het FOD is bovendien erg lang.

## 2 Casus 2

### 2.1 Kenmerken voorziening

Een voorziening die dagondersteuning, woonondersteuning, begeleid werken en individuele ondersteuning biedt aan volwassen personen met een verstandelijke en/of fysieke handicap. Van een 520-tal gebruikers maken er 134 gebruik van RTH of individuele ondersteuning. 162 PmH wonen in een van de 8 gebouwen van de voorziening, onderverdeeld in aparte studio's en kamers.

### 2.2 Traject naar woon- en leefkosten

Deze voorziening startte reeds in 2014 met hun traject naar woon- en leefkosten. We geven hieronder hun plan van aanpak weer in twee grote fasen en de hierbij gevolgde principes.

De eerste fase liep van 2014 tot eind 2016 en was een testfase bij een derde van de bewonersgroep. Deze fase startte met een evaluatie van de jaarrekening, waaronder de huurprijs en vaste kosten. De voorziening bepaalde, telkens samen met de gebruikersraad, huurprijzen en voorschotten op water en energiefacturen. Nieuwe prijzen werden berekend op basis van de kosten van de afgelopen jaren en telkens bekrachtigd voor één jaar. In maart van het nieuwe jaar zaten directie en gebruikersraad samen om de voorschotten en reële kostprijs naast elkaar te leggen. De voorschotten moesten enkele keren worden aangepast. Het eerste jaar moesten de gebruikers door de harde winter een groot bedrag bij betalen. De nieuwe semi-passieve gebouwen renderden helaas niet in een goedkopere energieprijs omdat hier ook heel grote investeringen tegen overstaan. Doordat ramen toch werden open gezet was het energieverbruik enorm hoog. Er was heel wat overleg nodig om te komen tot haalbare afspraken in verband met het verbruik (bv. vaste temperaturen). Na een eerste garantieperiode, gezien nieuwbouw, kwamen er voor de technische installaties ook kosten voor onderhoudscontracten die bijgerekend moesten orden. Dit zorgde eveneens voor een meerkost. Voorschotten werden aangepast aan de realiteit.

In tweede fase ging de voorziening in begin 2017 van start met het traject naar woon- en leefkosten voor alle bewoners. In het voorjaar van 2017 vonden eerste infosessies plaats. Dit gebeurde in kleine groepjes, per gebouw zodat voor mensen duidelijk was wat de woon- en leefkosten zouden betekenen voor hun eigen huis. Nadien werden samen met de gebruikersraad de prijzen vastgelegd. In oktober



2017 werden de bewoners terug bezocht, ditmaal met de uiteindelijke kosten die zouden starten in 2018. Elk maakte in de keuzelijst duidelijk welke leefkosten ze wensen op te nemen in hun contract. Deze kosten werden opgenomen in de IDO's en getekend door de bewoners.

### 2.2.1 *Gevolgte principes*

De voorziening bepaalde volgende principes:

- Distributie per m<sup>2</sup>. Voor de berekening van de kosten ging de voorziening heel detaillistisch te werk. Het hele patrimonium werd opgemeten op basis van de finaliteit van het gebouw. Ruimtes werden gecategoriseerd als wonen, organisatie gebonden (vergaderzalen, bureaus), techniek of gang. Veranderingen in de bestemming van lokalen kunnen zo eenvoudig herrekend worden.
- De voorziening neemt een afgesproken percentage werkingskosten ten laste. Op basis van de distributie per m<sup>2</sup>, bepaalt de voorziening voor elk gebouw het % dat ze doorrekenen aan gebruikers en het % te betalen door de voorziening.
- Transparantie. De gebruikersraad krijgt al de informatie over de kosten en de uitgevoerde audits.
- Een gemiddelde kostprijs over alle gebouwen heen werd eerst voorgesteld. Een dergelijke eenheidsprijs die meer solidariteit mogelijk zou maken tussen gebouwen en tussen gebruikers werd niet aanvaard door de gebruikersraad. Betalen voor individueel gebruik, gekoppeld aan de beschikbare infrastructuur kreeg de voorkeur.
- Voor ruimtes dagbesteding worden geen kosten doorgerekend. Dit is een besluit genomen samen met de gebruikersraad voor een periode van drie jaar.
- Enkel kosten ten laste van de huurder worden doorgerekend. Normaal onderhoudscontract wel, zware herstellingskosten (bv. aan de lift) niet.
- Voor gebouwen met gemeenschappelijke verbruiksmeters wordt de waterfactuur verdeeld op basis van aanwezigheid, andere kosten worden verdeeld op basis van de bewoning.

### 2.2.2 *Bepaling woonkosten*

Onder woonkosten vallen zowel de huur van de woning zelf als onderhouds- en energiekosten.

De voorziening berekende per studio een huurprijs. In sommige gebouwen heeft elke studio dezelfde prijs, in andere zijn er verschillende prijzen afhankelijk van de grootte en uitrusting (o.a. privé sanitair). Zo schommelen de huurprijzen tussen de € 216 en € 515. Om de woonkost in een gebouw in eigen beheer te bepalen houdt de voorziening rekening met erfpacht/huur interesten, financiering en afschrijving van het gebouw. Een deel van deze kost (tussen 6% en 12%) neemt de voorziening zelf ten laste. Dit percentage is afhankelijk van de bestemming van de ruimtes in het gebouw (bv. aantal m<sup>2</sup> gebruikt door personeel). Voor de vijf gebouwen niet in eigen beheer rekent de voorziening de huur van het gebouw gewoon door. De voorziening bepaalde eveneens mogelijke extra kosten bij de huurprijs. Is er een vaste extra bewoner op de studio, dan kost dit € 65 per maand, voor een bezoeker op de studio

komt dat neer van € 2 per nacht. Een discussiepunt momenteel is de kostprijs van kamers met medische liftjes aan het plafond. In verhouding betalen deze gebruikers meer voor dezelfde oppervlakte.

Per maand betalen de bewoners eveneens een voorschot op hun energiefactuur en een bijdrage in onderhoudskosten. Sommige gebouwen hebben aparte meters voor water, gas en elektriciteit. In andere gebouwen zijn de meters volledig gemeenschappelijk. Voor de gemeenschappelijke meters bestaat de kostprijs deels uit een vast bedrag (48%) en deels berekend op basis van aanwezigheid. Deze rekenmethode was een voorstel van de ouders van bewoners.

De onderhoudskosten omvatten onderhoud en herstelling van het gebouw, onderhoud tuin, onderhoudscontracten, onderhoudsproducten logistiek, lift, glazenwasser, onderhoud branddetectie. Voor de energie rekent de voorziening het grootste percentage (ongeveer 95%) door aan gebruikers, het overige deel betaalt de voorziening vanuit hun werkingskosten. De exacte berekening bepalen ze op basis de bepaalde distributie van de m<sup>2</sup> van het gebouw. Na 12 maanden wordt de eindafrekening gemaakt en overschotten terugbetaald of extra's aangerekend.

De voorschotten op onderhoud en energie verschillen per gebouw en liggen tussen € 55 en € 142 per maand. Deze sterk uiteenlopende kosten weerspiegelen het bestaan van (extra te betalen) aparte meters voor eigen gebruik energie. Ook al hebben personen met een handicap (arbeidsongeschiktheid van 65%, IVT en ITT) recht op het sociaal energietarief, doordat ze binnen de voorziening 'samen wonen' ontvangen ze deze reductie niet. Zelfs al wonen ze in een eigen studio binnen de voorziening.

### 2.2.3 Bepaling leefkosten

De voorziening maakt een overzicht van optionele en verplichte leefkosten. Enkele voorbeelden van optionele kosten zijn:

- Een warme maaltijd € 5.80;
- Een koude maaltijd € 1.5;
- Was: gestreken € 4 per kg of ongestreken € 3 per kg;
- Het poetsen van de eigen studio € 60;
- Gebruik schoonmaakproducten voor eigen studio € 2;
- Internet/PC en telefonie zijn in de meeste gebouwen zelf te voorzien;
- Kilometerprijs met een personenwagen € 0.35 of per bus € 0.70.

Er zijn eveneens enkele verplichte kosten, dit gaat veelal om en bijdrage in de gemeenschappelijke leefkosten, bijvoorbeeld:

- Het poetsen van gemeenschappelijke delen € 15;
- Kabeltv in gemeenschappelijke delen € 2.

Daarnaast rekent de voorziening eigen kosten die ze voorschieten (bv. dokter, kapper) door aan de gebruiker. Enkele administratieve kosten rekent de voorziening door aan de gebruiker zoals gebruik maken van kasgelden (€ 5 per maand) en begeleidingskosten via cash-systeem (€ 5 per maand).

#### 2.2.4 *Solidariteitsfonds*

Doordat het wegvallen van de socioculturele toelage, het gewaarborgd minimum inkomen en het kledijgeld geeft de voorziening aan dat een 40-tal bewoners moeilijk rondkomen. Om hieraan tegemoet te komen richtte de voorziening in 2017 een solidariteitsfonds op.

Om geld in het laatje te brengen, gaan de directie en de leden van de gebruikersraad opdienen en afwassen op het jaarlijkse Palingfestival. Hiervoor ontvangen ze in ruil financiële steun uit de opbrengst. Ook activiteiten, bijvoorbeeld het danstheater festival, een kerstmarkt, waar er extra opbrengsten zijn gaan naar het solidariteitsfonds. Met dit fonds kunnen mensen participeren aan activiteiten. Het beheer gebeurt door de trajectbegeleiders. Zij oordelen in overleg, onafhankelijk van directie en gebruikersraad, wie welk bedrag ontvangt. Zo blijven de bijdrages anoniem, en kan iedereen in alle gelijkheid deelnemen aan de activiteiten. Het doel van de voorziening is om jaarlijks een € 10,000 bijeen te sparen.

#### 2.3 Enkele concrete situaties

Momenteel signaleren de trajectbegeleiders dat een 40-tal personen moeilijk rondkomen. Medewerkers gaan altijd eerst na of alle rechten zijn uitgeput. Ook al geven ze aan dat voor de bewoners de rechten meestal goed zijn uitgeput. Soms komen bewoners net rond en zijn er pas problemen bij plotse zware uitgaven, bijvoorbeeld nieuwe tanden, een bril, .... Minder kapitaalkrachtige mensen zijn vaak ook minder goed verzekerd tegen deze extra kosten. Tot vorig jaar was er ook nog het kledij budget. Met de eerste solden in het vooruitzicht zal voor heel wat personen duidelijk zijn dat ze nieuwe kleren nu uit eigen middelen moeten betalen. Voor enkelen zal dit heel moeilijk worden. De voorziening geeft ook aan dat sommige bewoners beroep moeten doen op het solidariteitsfonds door wanbeheer van hun gelden door hun familie in het verleden.

Momenteel zijn er een 6tal dubieuze debiteuren. De toekomst zal duidelijk maken wat een haalbare oplossing is voor deze personen. Momenteel rekent de voorziening dat hun geplande acties (zie 2.4) voor deze mensen soelaas kan brengen. Mensen buiten zetten is alvast geen optie.

Hieronder beschrijven we de situatie van Annie en Jean, beiden wonen in de voorziening. Met de financiële bijdrage betaalden ze maximum € 34 x 30 = € 1,020 per maand. Met de invoer van de woon- en leefkosten nemen hun kosten toe. Terwijl het sociocultureel budget en het kledijbudget (was € 700 per jaar) net wegvallen.

## Annie, 68 jaar

Annie heeft een matige mentale handicap en autisme. Ze woont nu een achttal jaar in de voorziening, ervoor woonde ze alleen met de hulp van haar zus.

Met haar IVT/ITT categorie 3 heeft ze een € 1,435 per maand. Hiervan betaalt ze ongeveer € 1,200 per maand woon- en leefkosten aan:

- Huur studio: € 528
- Onderhoud en energie: € 117
- Poetsen eigen studio: € 60
- Poetsen gemeenschappelijke ruimte: € 15
- Kabeltv gemeenschappelijke ruimte: € 2
- Gebruik cash-gelden: € 5
- 3 maaltijden per dag (1.5+5.8+1.5 per dag x 30): 264
- Was: € 150-200

Doordat haar studio in een recent vernieuwd gebouw is zijn de huurkosten vrij hoog. De duurdere energiemaatregelen die moesten worden genomen zorgen helaas niet voor lagere energie en onderhoudsfacturen.

Hierdoor houdt ze per maand een € 200 over. Dit bedrag gaat naar: medicatie, brandverzekering inboedel, familiale verzekering, kledij, kapper, ontspanning, professionele bewindvoerder (3% inkomen).

Annie kan omwille van haar handicap niet alleen naar buiten, hiervoor heeft ze de assistentie van een begeleider nodig. Ze heeft slechts een heel beperkt spaarpotje. Ze heeft nog enkele familieleden maar niemand die eens iets toesteekt of haar eens mee op uitstap neemt. Al haar uitstappen doet ze samen met de voorziening.

## Jean, 84 jaar

Jean heeft een licht mentale handicap en woont al 40 jaar in de voorziening.

Met zijn pensioen, ITT en kinderbijslag heeft hij een 1,614 per maand. Hij betaalt € 476 per maand voor zijn studio en € 112 per maand voor onderhoud en energie. Hij betaalt € 60 voor het poetsen van zijn studio want dit lukt niet meer zelf, en betaalt de vaste bijdrages voor het poetsen van de gemeenschappelijke delen en het gebruik van de tv. Ook voor het wassen van zijn kleren moet hij beroep doen op de diensten georganiseerd door de voorziening. Hij heeft gemiddeld € 144 per maand kosten aan medicatie, nodig voor zijn sondes. Jean heeft een professionele bewindvoerder. Hij betaalde hem in 2017 voor € 859 beheersloon.

Jean eet meestal in de voorziening, dat kost voor drie maaltijden 8.80 per dag. Soms eet hij in het sociaal restaurant in de buurt. Doordat een warme maaltijd er € 3 kost in plaats van de € 5.80 in de voorziening, spaart hij iets uit.

Jean heeft geen familie meer, iedereen is overleden. Hij gaat graag naar het dienstencentrum om de hoek waar hij iets drinkt. De begeleiding moet zijn uitstapjes omwille van zijn financiële situatie soms beperken.

Hij heeft 'gelukkig' geen nood meer aan op reis gaan, want daar is geen geld voor. Wel heeft hij een voetbalabonnement van de plaatselijke ploeg waar hij graag naartoe gaat. Hij doet mee aan de activiteiten met de voorziening.

### 2.4 Geplande aanpak

Om te hoge woon- en leefkosten op te vangen, bewandelt de voorziening naast het solidariteitsfonds ook twee structurele pistes.

De eerste piste is actiegericht op het volledig ontvangen van de ITT. Voor personen die in een voorziening verblijven, wordt deze vaak teruggebracht op 72% van het maximumbedrag. Met de aparte berekening van de woon- en leefkosten is deze vermindering volgens de voorziening niet meer aan de orde. Aangezien de ITT is bedoeld om de meerkost van de handicap te dekken en participatie te bevorderen. De voorziening gaat voor individuele dossiers de mogelijkheid om de maximale ITT te bekomen na bij de federale overheid. Ze geven aan dat dit vooral voor personen met een lage ITT een groot verschil kan maken.

De tweede structurele piste is het bepleiten van de Vlaamse huursubsidie bij het OCMW. Hierbij zal het cruciaal zijn dat het OCMW omwille van onvoldoende beschikbaarheid van aangepaste sociale

huisvesting voor mensen met een handicap wil tussen komen en bij de beoordeling van de tussenkomst de ITT niet als inkomen beschouwt.

Er zijn momenteel nog geen acties gepland naar OCMW toe.

### 3 Bemerkingen omtrent woon- en leefkosten

#### 3.1 Focusgroep met toeleiders

Bijstandsorganisaties zien al eerste mensen vertrekken bij een vergunde zorgaanbieder omdat de woon- en leefkosten te hoog oplopen. Ze vrezen dat betaalbaarheid gaat primeren over kwaliteit van zorg. In de gesprekken rond woon- en leefkosten onderscheiden bijstandsorganisaties **voorzieningen met en zonder visie**. Voorzieningen met een visie hebben niet enkel een focus op zelf rondkomen maar vinden het even belangrijk dat hun gebruikers rondkomen. Ze denken en zoeken mee om voor iedereen een betaalbare oplossing te vinden. Zij zonder visie zijn vooral gericht op de financiële situatie van de voorziening. In de casussen valt op dat niet enkel de directie van de voorziening maar tevens de **gebruikersraad** een grote rol speelt in de gevolgde visie rond woon- en leefkosten. Zij bepalen mee welke concrete keuzes er worden gemaakt.

Een goede visie betekent vaak ook creatief omspringen met een situatie en het willen meedenken met de situatie van alle bewoners uit zich op verschillende vlakken. Zo zien ze bijvoorbeeld voorzieningen die creatief omspringen met hun woonaanbod en leegstand. Bijvoorbeeld een vergunde zorgaanbieder die een lege studio 3-4 maanden verhuurt aan een Erasmusstudent. Maar ze omschrijven ook acties van voorzieningen die getuigen van weinig medeleven met de financiële situatie van hun bewoners. Zo halen ze het voorbeeld aan van een voorziening die met de invoer van woon- en leefkosten twee maanden huurwaarborg vraagt aan hun bewoners. Voor personen die dit niet kunnen betalen werd als oplossing een afbetalingsplan van € 100 per maand voorgesteld. Een slecht voorbeeld vinden ze eveneens in voorzieningen die geen rekening te houden met vroegere VIPA-subsidies bij het berekenen van de woonkosten. Veel voorzieningen zijn nog eerste stappen aan het zetten richting woon- en leefkosten. Voor nieuwe bewoners houden ze de prijs eenvoudig halve op de vroegere financiële bijdrage van € 34 per dag. Sommige goede voorbeelden houden in hierbij rekening met een soort van gewaarborgd inkomen, gelijkaardig aan de vorige regeling. Anderen houden dan weer helemaal geen rekening met hoeveel iemand nog over houdt na het betalen van zijn woon- en leefkosten.

De focusgroep leden benoemen dat het veel **eenvoudiger is voor grootschalige voorzieningen** om hun kosten te dekken. Nieuwe kleinschalige woonprojecten zoals VillaVip en Toontjeshuizen zijn met € 700-€ 800 per maand ook enkel weggelegd voor een select publiek.

Bijstandsorganisaties betreuren dat de **keuzemogelijkheden** voor de PmH **soms beperkt** zijn om hun woon- en leefsituatie aan te passen aan hun wensen en inkomen. De ene wil wat meer luxe (een grote kamer, een eigen wasmachine, ...) en kan dit ook betalen. Wie de middelen niet heeft, kan vaak niet kiezen voor een eenvoudiger of beperkter aanbod. Bijstandsorganisaties geven aan dat hier soms weinig flexibiliteit is bij voorzieningen. Zoals volgend voorbeeld illustreert:

*Wij hebben echt voorbeelden waar de was 7 euro per dag kost. Of ge nu wast of niet, 7 euro per dag. Ik weet niet wat jullie doen met jullie was maar ik betaal geen 7 euro per dag. Dat is dan iemand waar het wasmachine in de eigen studio staat. Waar dat het personeel enkel op het knopke moet komen duwen voor de eigen veiligheid, want ze steekt het zelf in. Ze kan ook zelf het waspoeder erin doen. Maar voor de veiligheid moet het personeel op het knopke duwen. 7 euro per dag. Niet onderhandelbaar om daar uw eigen wasmachine te zetten. Die ouders komen daar elke dag langs dus die kunnen ook op het knopke duwen. En ook begeleiding is niet onderhandelbaar. Als ge uwe was daar niet doet is het nog 7 euro per dag. Dus dat zijn die mensen gaan in armoede komen he. (focusgroep toeleiders)*

Toeleiders geven aan dat sommige voorzieningen nog altijd spreken in termen van het vorige systeem en een **open plaats koppelen aan een concreet zorgaanbod**.

*Ze hebben open plaatsen en dan zeggen ze 'we hebben iemand nodig met zorgzwaarte B5-B6'. Ja wij hebben hier echt geen catalogoog. Voor ons is dat gewoon ge hebt een open plaats dat wil zeggen dat onze coaches tegen mensen kunnen zeggen 'daar kunt ge een vraag stellen want daar is personeel beschikbaar' maar heel velen blijven dat koppelen aan letterlijk het aanbod. (Focusgroep toeleiders)*

### 3.2 Focusgroep met aanbieders

De aanbieders beschrijven vooral de **vele onduidelijkheden** die er momenteel nog zijn. Dit bemoeilijkt het traject naar de woon- en leefkosten en de eerste berekeningen. Voorjaar 2018 kwam er wat meer duidelijkheid omtrent de VIPA-regeling als resultaat van een werkgroep tussen VAPH en VIPA. Een tweede onduidelijkheid is de bijdrage in de loonkosten voor bewoners. Vroeger betaalde het VAPH de loonkosten via de bijdrage van de PmH. Dit is nu gesplitst.

*Als de overheid dit bedrag blijft inhouden, voor onze voorziening is dat ongeveer 600.000 euro per jaar, dat zijn 12 VTE. Als zij dat bedrag blijven inhouden, gaan we dat ergens moeten halen. Dus dat betekent dat we gedwongen zijn om minstens 34 euro te vragen. Als de overheid zegt, ja nee we gaan dan geleidelijk afbouwen, dan kan onze woon en leefkosten zakken. Want dan moeten wij die 600.000 euro niet recupereren. (focusgroep aanbieders)*

De historisch ongelijke financiering van voorzieningen creëert ook hier ongelijkheid. Zo verschilt de bijdrage A tussen voorzieningen. Deze kosten mee in rekening brengen zorgt voor ongelijkheid tussen voorzieningen. Het is voor de leden van de focusgroep onduidelijk wat de visie van het VAPH hierover is.

#### 4 Grotere impact voor?

Samen met de twee voorzieningen identificeren we enkele groepen die net meer geconfronteerd worden met de gevolgen van de overgang naar woon- en leefkosten:

- Personen met een laag inkomen (IVT)
 

De IVT bevindt zich net boven het leefloon maar ruim onder de armoedegrens. Als een bewoner bovendien (nog) thuis gedomicilieerd is, ontvangt hij de uitkering van een samenwonende. De voorziening ziet vaak een combinatie van emotionele en financiële factoren waardoor iemand er toch voor kiest om zijn domicilie niet te veranderen.
- Personen met een matige handicap
 

Personen met een zwaardere mentale handicap hebben minder nood aan uitstappen.
- Personen met veel interesses en veel mogelijkheden
 

Deze mensen willen van alles doen en ondernemen, wat vaak geld kost. Het wegvallen van de socioculturele bijdrage valt vooral voor hen op.
- Personen die vaak naar huis gaan
 

De vroegere dagprijs is nu een prijs per maand. Voor zij die regelmatig thuis verblijven, is het prijsverschil groter. Dit is het geval voor 22 PMH uit de voorziening van casus 1.
- Personen met een NAH
 

Vaak betreft dit personen die een gezin hebben. Het verblijf in de voorziening betekent voor hen vaak een dubbele woon- en leefkost in het gezin.
- Personen met licht verstandelijk beperking en een psychische problematiek
 

Deze personen ontvangen een lagere handicap specifieke tegemoetkoming, bijvoorbeeld een lage ITT.

#### 5 Tot slot

In dit hoofdstuk beschreven we het traject dat twee voorzieningen liepen naar woon- en leefkosten. De beschrijving geeft weer hoe sterk de aanpak van voorzieningen kan verschillen. Niet enkel in het bepalen van de woon- en leefkosten zelf en het vinden van een evenwicht tussen de financiële leefbaarheid van de voorziening en de betaalbaarheid van de gebruiker. Maar eveneens in de pistes die de voorziening bewandelt om te komen tot een betaalbare oplossing voor iedere gebruiker.

De beschrijving geeft evenzeer het belang weer van de visie van de voorziening in dit traject. De visie van de directie en de raad van bestuur van de voorziening maar ook die van de gebruikersraad. Deze laatste hebben een niet te onderschatten rol in het bepalen van de richting die de voorziening uitgaat bij het bepalen van de woon- en leefkosten.





## Hoofdstuk 6 Actiepunten

In dit hoofdstuk formuleren we enkele concrete actiepunten die tot doel hebben armoede van PmH ten gronde aan te pakken en de nadelige gevolgen van het PVF-systeem voor hen te minimaliseren. De actiepunten bouwen voort op de resultaten van dit onderzoek en werden vervolgens voorgelegd aan een diverse groep professionals in een expertengroep.

### **Een structurele aanpak door het inkomen te verhogen: verhoog tegemoetkomingen en beperk verminderingen**

Door de duidelijke opsplitsing tussen het inkomen enerzijds en het ondersteuningsbudget anderzijds, maakt PVF vooral duidelijk hoe het inkomen van heel wat PmH onvoldoende is om menswaardig te leven, zoals ook al eerder bleek uit het Handilab-onderzoek (Vermeulen et al., 2012). Net doordat de uitkeringen voor PmH zo laag zijn, wordt zorgspecifiek budget niet altijd ingezet voor zorg, zowel het BOB als het vrij besteedbare deel van het PVB. Dit is vooral zo voor personen die beroep doen op een IVT. Zo ontvangt een alleenstaande € 892,99 per maand, een bedrag ruim onder de armoedegrens van € 1.139 per maand. We roepen de Vlaamse en federale overheid dan ook op om werk te maken van artikel 28 van het VN-Verdrag, met name het recht op een behoorlijke levensstandaard, te realiseren.

Bovendien verliezen PmH een deel van hun tegemoetkoming, wanneer zij samenwonen of gaan werken, de zogenaamde 'prijs van de liefde' en de 'prijs van de arbeid'. Mensen moeten hun IVT en ITT kunnen behouden als ze gaan samenwonen (= prijs van de liefde) en hun ITT kunnen behouden als ze gaan werken (= prijs van de arbeid). Daarenboven is het met de invoer van woon- en leefkosten niet meer te verantwoorden dat PmH die in een voorziening verblijven 28% van hun ITT ingekort krijgen. Het PVF-systeem maakt de inzet van professionele ondersteuning heel wat flexibeler, waardoor het onderscheid tussen een individueel en een collectief huishouden vervaagt.

Anderzijds moeten mogelijkheden tot bijverdienen voor PmH worden onderzocht, bijvoorbeeld bijverdienen via flexijobs. Kunnen werken zal tevens de inclusie sterk bevorderen.

### **Betaalbaar wonen: sociale woningen en de Vlaamse huursubsidie**

Het grootste deel van de Belgische gezinsuitgaven gaat naar wonen. Voor een alleenstaande rekent Cebud in de referentiebudgetten € 550 voor een privéwoning en € 207 voor een sociale woning. Met een IVT van € 892,99 per maand is de huur van een gemiddelde privéwoning onbetaalbaar. Om betaalbaar wonen te realiseren voor PmH is het noodzakelijk om twee sporen gelijktijdig te bewandelen. Het eerste spoor is het verbeteren van de toegang tot en het vergroten van het aanbod aangepaste sociale woningen.

Een tweede spoor is het verduidelijken en expliciteren van de regelgeving omtrent de Vlaamse huursubsidie voor PmH. In deze is het moeilijk te verantwoorden om bij het sociaal onderzoek de ITT te beschouwen als een deel van het inkomen, net omdat dit tot doel heeft om de handicap specifieke

kosten af te dekken. Met deze handicap specifieke bijdrage mag een OCMW die de procedure voor de toekenning van de Vlaamse huursubsidie opvolgt, dus geen rekening houden.

Bovendien dient de haalbaarheid onderzocht te worden om de Vlaamse huursubsidie eveneens toe te kennen aan PmH die in een voorziening wonen, als middel om de woon- en leefkosten te compenseren. Vanzelfsprekend gekoppeld aan de voorwaarde dat de voorziening geen winst creëert op de verhuur.

### **Beperk non take-up van PVF**

Het nieuwe Decreet Lokaal Sociaal Beleid bepleit een sterkere samenwerking van de CAW, OCMW en DMW in de vorm van het Geïntegreerd Breed Onthaal en onder regie van het lokaal bestuur om de toegankelijkheid van de dienstverlening te verhogen en onderbescherming tegen te gaan. Het tegengaan van onderbescherming hangt niet enkel samen met de uitvoering, maar ook met de kenmerken van de procedures zelf. In hoofdstuk 2 beschreven we vijf maatregelen om non tak-up te verminderen (Van Oorschot, 1995; Eurofound, 2015; Steenssens, 2007). Vertaald naar PVF komen we tot de volgende actiepunten om de toegang tot het PVF-systeem voor:

1. Verminder de transactiekosten: zorg voor beperkte vragenlijsten, vereenvoudig administratieve procedures, kosteloze bijstand na de poort en beperk mogelijk stigmatiserend aanvullend onderzoek.
2. Schep transparantie over de toekenningsvoorwaarden
3. Vereenvoudig het taalgebruik en de administratieve procedures: voor personen met een beperkte zorgvraag (bijvoorbeeld tot en met categorie 3) is er nood aan een vereenvoudigde toeleidingsprocedure. Mogelijke opties zijn: geen uitgebreide ZZI-afname, een beperkter ondersteuningsplan en werken met een soort van voorgestructureerd interview.
4. Verbeter informatieverstrekking: om vertrouwdheid met het PVF-systeem te installeren, onderhouden en vergroten. Niet enkel bij handicapspecifieke diensten maar ook bij eerstelijnsdiensten, bewindvoerders, en medisch-sociale diensten. Naar PmH toe is er nood aan duidelijke, heldere en eenvoudige communicatie vanuit het VAPH, met een afstemming naar de vergunde zorgaanbieder toe.
5. Ga proactief en outreachend te werk: er moeten stappen worden gezet om het aanbod te brengen tot bij kwetsbare PmH. Dit kan een taak zijn van de DMW of ruimer gekaderd worden in een GBO.

De proefprojecten GBO die recentelijk werden geëvalueerd, tonen aan dat proactief en outreachend werken twee succesfactoren zijn om onderbescherming terug te dringen (Boots et al, 2018). In de beleidsvisie die Minister Vandeurzen presenteerde op de Sociaalwerkconferentie schuift hij ook het GBO naar voren om de toegang tot het PVF-systeem te verbeteren. De proefprojecten leren echter dat proactief werken heel wat tijdsinvestering van de GBO-medewerkers vraagt. En net de verschillende kernactoren van het GBO (CAW, OCMW, DMW) wijzen op een toegenomen caseload. Dit signaal tekenden we ook op in de voorbereiding van de Sociaalwerkconferentie 2018 (Vandekinderen et al, 2018). Het verhogen van de toegang tot het

PVF-systeem door het GBO kan dan ook moeilijk verbeterd worden zonder een bijkomende investering in het sociaal werk op de eerste lijn.

### **Realiseer de zorggarantie voor alle doelgroepen**

Het Perspectiefplan 2020 kiest er uitdrukkelijk voor om de zorggarantie te realiseren voor de meest zorgbehoevenden. Het is duidelijk dat deze beleidskeuze, gegeven de gesloten financiering, perverse effecten in zich meedraagt. Personen met een minder zware zorgbehoefte komen in een lagere prioriteitengroep terecht. Bovendien spreken diensten nu ook al van een wachttijd van soms 2 jaar voor RTH-ondersteuning. Hierdoor haken mensen af en verliezen ze het geloof in ondersteuning en zorg op maat. De gesloten financiering moet dan ook dringend in vraag gesteld worden en vervangen worden door een financieringsmodel dat zoveel mogelijk gebaseerd is op zorgnoden. Een “open end” financiering voor RTH en BOB kan hieraan tegemoet komen.

### **Beter bekendmaken van handicapspecifieke hulp en afstemmen met eerstelijnsdiensten en laagdrempelige diensten**

Mensen in armoede zijn vaak afhankelijk van professionals, bijvoorbeeld van hulpverleners uit laagdrempelige diensten. Teneinde doelstelling 2 van Perspectief 2020 ‘In 2020 genieten geïnformeerde gebruikers van vraaggestuurde zorg en assistentie in een inclusieve samenleving’ te realiseren is er nood aan een betere kennis van de handicapspecifieke hulp en de specifieke aanmeldingsprocedures PVF bij de 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn, ook al is die kennis in de afgelopen jaren als gevolg van Perspectief 2020 toegenomen.

Maar niet enkel de diensten dienen beter geïnformeerd, er is nood aan wederkerige samenwerking. Er zijn al inspirerende voorbeelden van vergunde zorgaanbieders die een medewerker uitsenden naar eerstelijnsorganisaties zoals een medewerker van vzw Ondo die halftijds begeleidingen doet bij CAW, of een medewerker van De Vijver vzw die halftijds aan de slag is bij buurtwerking Dinamo van Samenlevingsopbouw Stad Antwerpen. Hun positieve ervaringen wijzen op de noodzaak van dergelijke kruisbestuivingen. Zo maken diensten elkaars aanbod duidelijk, delen ze expertise en krijgen ze zicht op de visie van waaruit andere organisaties werken. De overheid kan door middel van subsidies dergelijke initiatieven aanmoedigen.

### **Ambulante mobiele begeleidingen uitklaren**

Mensen die ambulante mobiele ondersteuning krijgen wonen zelfstandig maar kunnen hierbij de nodige ondersteuning gebruiken. Vaak gaat dit over psychosociale ondersteuning, hulp bij administratie, afspraken plannen en regelen, enz. Ambulante mobiele begeleiding is momenteel een aanbod van verschillende diensten: CAW (Begeleid (Zelfstandig) Wonen), vergunde zorgaanbieders van het VAPH, psychiatrie (Mobiele teams).

De scheidingslijn tussen de drie sectoren lijkt soms flou en veel kwetsbare mensen bevinden zich in een grijze zone. Zo bleek uit een turving bij CAW dat 11 % van de personen in begeleiding een VAPH-erkenning heeft; 13.6% krijgt een financiële tegemoetkoming handicap, en 13% volgde buitengewoon

secundair onderwijs. Vooral de clusters thuisloosheid en financieel scoren hierbij hoog en de aantallen bij onthaal worden vermeld nog hoger te zijn (Vermeulen en Hermans, 2013).

Vaak komen mensen eerder door toeval in een bepaalde sector terecht, of door de aanwezigheid van of het gebrek aan een bepaald aanbod.

Het is nodig de ambulante mobiele begeleiding van deze drie diensten te vergelijken en te zoeken naar manieren om de expertise van de verschillende teams en diensten te verbinden. Een verdere afstemming en uitklaring is nodig, aangezien de kostprijs tussen ambulante begeleiding van de verschillende diensten zal verschillen. Een voor de cliënt gratis CAW-begeleiding ten opzichte van een VAPH-begeleiding die vaak meer dan 100 euro per uur kost.

### **Proactief werken en trajectbegeleiders voor de poort**

Personen in armoede ontbreken vaak de energie om een lang en intensief traject zoals PVF aan te gaan en vol te houden. Voor PmH in armoede is er meer hulp en ondersteuning nodig om samen met mensen het traject aan te gaan, hen te motiveren en te begeleiden. Zodat ook personen in armoede erin slagen om hun recht op PVB en vraaggestuurde zorg te doen gelden. Dit is een taak voor deskundige gebruikersverenigingen, onafhankelijk van VAPH specifieke diensten. Een andere mogelijkheid is om de toeleiding naar de PVF bij het GBO te leggen. Een outreachende, proactieve aanpak kan helpen om diegenen te vinden die anders niet worden bereikt en samen met hen stappen richting een PVB te zetten.

### **Sterkere regulering bewindvoering/ vereenvoudiging van procedure om te kunnen veranderen**

Met PVF krijgen bewindvoerders naast hun administratieve taak ook een inhoudelijke rol. Dit onderzoek leert ons dat het noodzakelijk is om vrederechters en bewindvoerder te informeren over PVF zodat zij hun pupil terdege kunnen begeleiden. De bewindvoerders moeten beter geïnformeerd worden over PVF en wat de overgang naar het nieuwe beschermingsstatuut voor PmH in de praktijk inhoudt.

Gezien vooral de meest kwetsbaren terecht komen bij de professionele bewindvoerders is het noodzakelijk om ervoor te zorgen dat de er niet enkel een goede match is tussen advocaat en pupil. De nieuwe inhoudelijke rol bij PVF maakt het noodzakelijk de bewindvoering sterker te reguleren en de procedure te om van bewindvoerder te veranderen te vereenvoudigen.

Het is hierbij eveneens nuttig om alternatieven voor advocaten als bewindvoerders te bestuderen, zoals andere professionals of instanties die meer tijd hebben om eveneens het sociale en communicatieaspect mee te nemen in hun bewindvoering. In Nederland bestaan er alvast professionele opleidingen tot bewindvoerder. In Vlaanderen leidt Similes, een vereniging voor gezinsleden en betrokkenen van personen met psychiatrische problemen, zelf burgers op tot bewindvoerder. Helaas worden zij door vrederechters nog niet vaak aangesteld omdat zij niet beroepsverzekerd zijn.

**Schep duidelijkheid over wat inkomen is**

Er is nood aan duidelijkheid bij de verschillende partners rond wat als inkomen mag worden beschouwd en wat niet. Momenteel worden inkomens en handicapspecifieke tegemoetkomingen vaak door elkaar gebruikt en opgeteld. Het PVF maakt dit nog complexer. Er is vooral onduidelijkheid rond het BOB en het vrij besteedbaar deel van het PVB.

Er is nood aan afstemming met bewindvoerders zodat voor hen duidelijk is voor wat ze het BOB en het vrij besteedbaar deel van het PVB kunnen inzetten. Het moet voor hen ook duidelijk zijn op welk deel van het inkomen ze hun eigen bijdrage mogen berekenen.

Er is eveneens nood aan afstemming met de OCMW. Voor hun sociaal onderzoek kijken zij naar het inkomen. We horen in onze gesprekken dat het voor maatschappelijk werkers niet altijd even duidelijk is wat ze mogen meerekenen bij het bepalen van steunmaatregelen. Het IVT is zeker een inkomen. Het ITT is een handicap specifieke tegemoetkoming en zou niet als inkomen mogen worden gerekend.

**Afstemmen met OCMW**

Er is nood aan afstemming en duidelijke afspraken met de OCMW. Deze moeten enerzijds gaan over de nieuwe woon- en leefkosten. Wanneer neemt een voorziening contact op met het OCMW? Is er sprake van een soort van gewaarborgd inkomen (cfr. de residentiele ouderenzorg) nu het VAPH niet meer bijpast? Als er verwacht wordt dat OCMW een deel kosten op zich nemen, via welke weg kunnen zij dit dan recupereren? Wat met PMH die hun budget onverstandig beheren? Bieden de OCMW hulp bij het beheren van budgetten?



## Hoofdstuk 7 Conclusie

PVF heeft als ultiem doel om PmH te empoweren, hun levenskwaliteit te verbeteren en inclusie te bevorderen. Het is een nieuw en ambitieus systeem waarbij een nauwkeurige opvolging en constante evaluatie cruciaal zijn.

Dit onderzoeksproject vond plaats een jaar na de uitrol van het nieuwe PVF-systeem. Veel PmH en professionals zitten in de overgangsfase naar het nieuwe systeem. Het is niet het doel van dit project om een vergelijking te maken tussen het nieuwe en het oude financieringssysteem. Wel willen we nagaan hoe PmH die leven in armoede dit nieuwe systeem ervaren, welke extra drempels en knelpunten zij ondervinden en welke mogelijke oplossingen hieraan tegemoet kunnen komen. Om na te gaan waar voor deze mensen momenteel drempels en knelpunten liggen in het nieuwe PVF-systeem organiseerden we focusgroepen en interviews met diverse professionals uit handicapspecifieke hulp, professionals uit laagdrempelige diensten en PmH zelf.

Deze gesprekken tonen dat er enkele algemene drempels en knelpunten zijn in PVF. Zo zorgt de aanvraagprocedure voor stress, onzekerheid en wachten. Het PVB besteden brengt veel administratie met zich mee en vaak ook stress. Door zorggebonden en woon- en leefkosten te splitsen maakt PVF ook de inkomensongelijkheid en de armoede bij PmH meer zichtbaar. Vooral personen die nooit de kans hebben gehad om te werken en een beperkt netwerk hebben, zullen de omschakeling naar PVF sterk voelen. De PmH die we bevroegden zien eerder hun professionele (ambulante/mobiele) begeleider als hun 'netwerk' dan hun familie en vrienden waar ze liever geen beroep op doen omwille van hun leeftijd of omdat ze hen niet willen belasten.

Naast deze algemene drempels identificeren we ook enkele extra drempels en knelpunten voor personen in armoede. Ons onderzoek leert dat zij heel wat extra drempels ervaren zowel bij de opstart naar PVF als bij de aanvraag van een herziening. Hier spelen enkele belangrijke factoren een rol. Vooreerst kennen personen in armoede hun rechten veel minder. Ze zijn slechter geïnformeerd en hebben ook minder het subjectieve gevoel rechten te hebben. Het ontbreekt personen in armoede ook aan energie om acties te ondernemen en trajecten op te starten. Ze hebben andere dingen aan hun hoofd, zijn bezig met 'overleven'. Hierdoor is er minder plaats om aan andere dingen te denken en andere dingen te ondernemen, bijvoorbeeld het opstarten van een PVF-traject. Personen in armoede ontbreken ook vaker een netwerk dat hen informeert, stimuleert en ondersteunt. Hun netwerk is te beperkt en/of te weinig krachtig om hen bij te staan in hulpverleningstrajecten. Bij enkele personen die we interviewden merken we hoe professionele hulp (zoals een ambulante/mobiele begeleider) de plaats van het eigen netwerk inneemt. Omdat de hulpverleners op de 0<sup>e</sup> en 1<sup>e</sup> lijn slecht geïnformeerd zijn over handicap specifieke hulp kunnen zij kwetsbare personen met een vermoeden van handicap niet begeleiden bij eerste stappen naar handicap specifieke hulp.

Op basis van de resultaten uit dit onderzoek formuleren we tien concrete actiepunten die tot doel hebben armoede van PmH ten gronde aan te pakken en de nadelige gevolgen van het PVF-systeem voor hen te minimaliseren. Deze actiepunten legden we vervolgens voor aan een diverse groep professionals in een expertengroep.



Het eerste actiepoint is het structureel aanpakken van het inkomen door tegemoetkomingen te verhogen en verminderingen te beperken. Hiermee duiden we zowel op het verhogen van de IVT als het schrappen van verminderingen, de zogenaamde 'prijs van de liefde' en 'prijs van de arbeid'.

Het tweede actiepoint is betaalbaar wonen. Om betaalbaar wonen te realiseren voor PmH is het noodzakelijk om twee sporen gelijktijdig te bewandelen: het verbeteren van de toegang tot en het vergroten van het aanbod aangepaste sociale woningen en het verduidelijken en expliciteren van de regelgeving omtrent de Vlaamse huursubsidie voor PmH.

Het derde actiepoint is het beperken van non take-up van PVF door het verminderen van de transactiekosten, transparantie te scheppen over de toekenningsvoorwaarden, het vereenvoudigen van het taalgebruik en de administratieve procedures, een verbeterde informatieverstrekking en proactief en outreachend te werk gaan.

Het vierde actiepoint is het realiseren van de zorggarantie voor alle doelgroepen. Dit vraagt om een andere financiering die behoeftegestuurd is.

Het vijfde actiepoint is het beter bekendmaken van handicapspecifieke hulp en afstemmen met eerste-lijnshulp en laagdrempelige diensten. Laagdrempelige diensten moeten beter worden geïnformeerd over PVF en handicapspecifieke hulp en er is nood aan wederzijdse kennis- en expertiseuitwisseling zodat kruisbestuiving tussen handicapspecifieke diensten en laagdrempelige diensten realiteit wordt.

Het zesde actiepoint is het uitklaren van ambulante mobiele begeleidingen. Dit is momenteel een aanbod van verschillende sectoren (CAW, VAPH en psychiatrie) maar doordat de scheidingslijn tussen de drie sectoren soms flou lijkt bevinden veel kwetsbare mensen zich momenteel in een grijze zone. Het is nodig de ambulante mobiele begeleiding van deze drie diensten te vergelijken en te zoeken naar manieren om de expertise van de verschillende teams en diensten te verbinden.

Het zevende actiepoint is proactief werken en trajectbegeleiders instellen voor de 'toegangspoort'. Deze extra hulp en ondersteuning is nodig om samen met mensen het PVF-traject aan te gaan, hen te motiveren en te begeleiden.

Het achtste actiepoint is een sterkere regulering van de bewindvoering en een vereenvoudiging van de procedure om van bewindvoerder te kunnen veranderen.

Het negende actiepoint is duidelijkheid scheppen rond wat bij de verschillende partners als inkomen mag worden beschouwd en wat niet. Momenteel worden inkomens en handicapspecifieke tegemoetkomingen vaak door elkaar gebruikt en opgeteld. Het PVF maakt dit nog complexer.

Het tiende actiepoint is het afstemmen en duidelijke afspraken met de OCMW. Deze moeten enerzijds gaan over de nieuwe woon- en leefkosten en anderzijds over de verwachtingen t.a.v. OCMW wanneer iemand onvoldoende inkomen heeft om voor zijn woon- en leefkosten in te staan.

## Referenties

Augustyns, N., Adams, M., Vriesacker, B., Janssens, H., & Van Hal, G. (2010). *Handicap, inkomen en toegang tot de gezondheidszorg. Resultaten van een kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Antwerpen: KVG/ VFG, Universiteit Antwerpen.

Benoot, T., Dursin, W., Verschuere, B., & Roose, R. (2017). *Het persoonsvolgend financieringssysteem in de sector voor personen met een handicap. Landenstudie: Nederland, Engeland en Duitsland*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Boost, D., Elloukmani, S., Hermans, K. & Raeymaeckers, P. (2018). *Een beschrijvend en evaluerend onderzoek naar het Geïntegreerd Breed Onthaal*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Dickinson, H. (2017). Individual funding systems: what works? *Evidence Base*, 3, 1-18.

Eeman, L., Steenssens, K., & Van Regenmortel, T. (2013). *Een strijd voor lokaal proactief handelen ter bestrijding van onderbescherming*. Leuven: Steunpunt WVG.

Elwan, A. (1999). *Poverty and disability: A survey of the literature* (Social Protection Discussion Paper Series No. 9932). Washington, DC: Social Protection Unit, Human Development Network, World Bank.

EU SILC (2017). European Union Statistics on Income and Living Conditions. Poverty indicators in Belgium in 2017. <https://statbel.fgov.be/en/news/poverty-indicators-belgium-2017-eu-silc>

Eurofound (2015). *Access to social benefits: reducing non-take-up*. Luxemburg: Publications Office of the European Union.

Europese Commissie (2011). *Het Europees platform tegen armoede en sociale uitsluiting: een Europees kader voor sociale en territoriale samenhang*. Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie.

FOD Economie (2017). 3 december, Internationale dag van personen met een handicap. <https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/3-december-internationale-dag-van-personen-met-een-handicap>

Hedebouw, G. & Peetermans, A. (2009). *De financiële positie van cliënt beschermd wonen in Vlaanderen*. Leuven: HIVA.

Kostet, I., Emmers, E., Claes, C., & Van Puyenbroeck, J. (2017). Hoe beleven personen met een handicap persoonsvolgende financiering? *Sociaal.net*

Mullainathan, S. & Shafir, E. (2014). *Schaarste. Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen*. Amsterdam: Maven Publishing.

Raeymaeckers, P., Noël, Ch., Boost, D., Vermeiren, C., Coene, J., & Van Dam, S. (2017). *Tijd voor sociaal beleid. Armoedebestrijding op lokaal niveau. Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2017*. Leuven: Acco.

Schuurman, M., Kröber, H., Verdonschot, M. (2013). *Armoede bij mensen met beperkingen. Resultaten van onderzoek naar oorzaken, gevolgen voor inclusie, preventie en benodigde ondersteuning*. Uitgave Kalliope Consult, Vilans en Inclusie.nu.

Somers, N. & Van Oorschot, W. (2017). *Niet-gebruik van tegemoetkomingen voor personen met een beperking. De inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming* (Ongepubliceerd eindwerk). Leuven: KU Leuven.

Steenssens, K., Degavre, F., Sannen, L., Demeyer, B., & Van Regenmortel, T. (2007). *Leven (z)onder leefloon. Deel 1/ Onderbescherming onderzocht*. Leuven: HIVA.

Steenssens, K. (2014). Proactief handelen als middel in de strijd tegen sociale onderbescherming. Een verkenning van de concepten en de huidige beleidscontext. *Belgisch tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 1-44.

Vandekinderen, C., Roose, R., Raeymaeckers, P., & Hermans, K. (2018). *Sterk sociaal werk. Eindrapport*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Van Oorschot, W. (1991). Non-take-up of social security benefit in Europe. *Journal of European Social Policy*, 1(1), 15-30.

Van Oorschot, W. (1995). *Realizing rights: A multi-level approach to non-take-up of mean-tested benefits*. Avebury: Aldershot.

Vermeulen, B. & Hermans, K. (2013). *Personen met een indicatie van handicap in de centra voor algemeen welzijnswerk*. Leuven: LUCAS.

Vermeulen, B. Van der Niet, M., Demaerschalk, E., Van Audenhove, Ch., & Hermans, K. (2012). *Handilab. Effectiviteit van de inkomensvervangende en integratietegemoetkomingen*. Leuven: LUCAS.

Vinck, J., Lebeer, J., & Van Lancker, W. (2018). *Non-take up of the supplemental child benefit for children with a disability in Belgium: a mixed method approach. Working paper*. Antwerpen: Herman Deleeck Centre for Social Policy.

## Bijlage

### Stuurgroep

- Thijs Smeyers Caritas Vlaanderen vzw
- Kristel De Vos Sector Samenlevingsopbouw
- Dirk Masquillier RISO Vlaams Brabant
- Griet Pitteljon Vzw De Vijver, Vlaams Welzijnsverbond
- Ritje Pauwels Alvinnenberg vzw
- Koen Hermans LUCAS KU Leuven
- Evelien Demaerschalk LUCAS KU Leuven