

STRUCTURELE VERANDERINGEN IN DE ZORGSECTOR

De zorgsector staat voor een structurele verandering. WerkVormen trok naar het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en sprak er met Ann Van den Abbeele, die als Projectleider Persoonsvolgende Financiering het hele veranderingstraject van dichtbij opvolgde en mee vormgaf. Vandaag is Ann coördinator van het Team Beleid.

WV: Op 1 april ging de Persoonsvolgende Financiering van start. Vanwaar is dit systeem ontstaan en wat houdt het precies in?

Ann: Essentieel aan de persoonsvolgende financiering (PVF) is dat de middelen niet langer gekoppeld worden aan de voorzieningen en hun capaciteit, maar aan personen, die binnen de regelgeving vrij kunnen kiezen waar, hoe en wanneer ze hun ondersteuning realiseren.

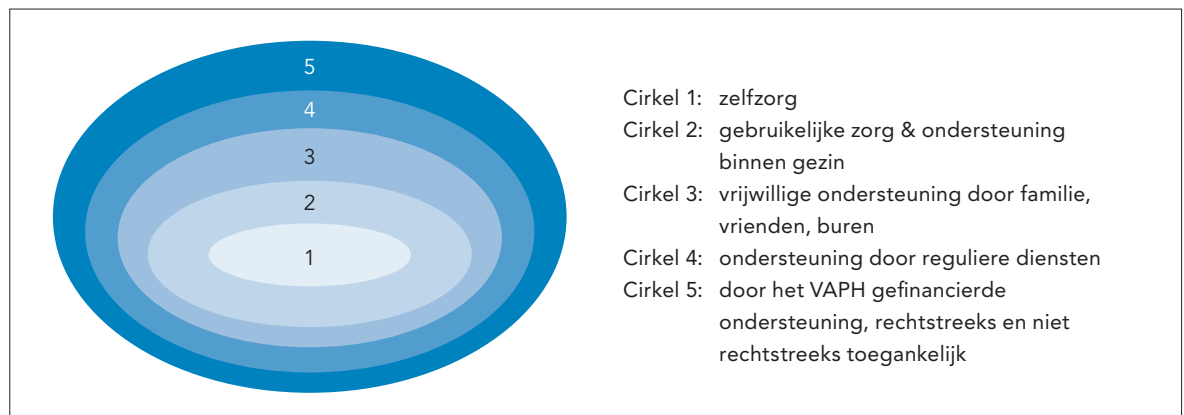
De introductie van dit systeem werd aangekondigd in het 'Perspectiefplan 2020', dat tijdens de vorige legislatuur uitgewerkt werd. Doelstelling van dit plan is enerzijds garantie op zorg bieden, en anderzijds vraaggestuurde zorg realiseren voor geïnformeerde gebruikers. Dit plan moet geplaatst worden in een brede maatschappelijke evolutie waarbij de visie op personen met een handicap grondig gewijzigd is en mensen de regie in eigen handen krijgen.

In Vlaanderen lag dit Plan 2020 aan de basis van een drastische reorganisatie van de hele sector voor Personen met een Handicap. De nieuwe financiering (die vanaf najaar 2016 persoonsvolgend in plaats van

aanbodgestuurd wordt voor meerderjarigen) maakt deel uit van deze hervorming.

Centraal in het Plan 2020 staat het idee van de 5 concentrische cirkels. Dit model visualiseert de zorg en ondersteuning aan personen met een handicap door middel van een dynamisch ondersteuningssysteem dat dus bestaat uit vijf concentrische cirkels. Elke cirkel staat voor een partij die een rol kan opnemen in de zorg en ondersteuning aan personen met een handicap:

1. Zelfzorg: de zorg en ondersteuning die de persoon met een handicap zelf opneemt
2. Gebruikelijke zorg: de normale dagelijkse zorg en ondersteuning die gezinsleden die onder hetzelfde dak wonen geacht worden voor elkaar op te nemen
3. Informele zorg en ondersteuning die geboden worden door familie, vrienden en/of informele contacten
4. Professionele zorg en ondersteuning vanuit reguliere diensten: diensten maatschappelijk werk, centra algemeen welzijnswerk, diensten gezinszorg, initiatieven kinderopvang... Deze vorm van ondersteuning is voor alle burgers toegankelijk.
5. Professionele zorg en ondersteuning door het VAPH gefinancierd



De filosofie achter dit model is een gedeelde zorg en verantwoordelijkheid, waarbij de 2 buitenste cirkels (professionele zorg) zodanig ingezet worden dat de binnenste cirkels maximaal kunnen versterkt en ondersteund worden. De doelstelling is personen met een handicap zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten, en gespecialiseerde ondersteuning in te schakelen waar het nodig is. Familie en vrienden willen immers vaak ondersteuning bieden. Het samenspel tussen de verschillende zorgverstrekkers kan ook wisselen doorheen de verschillende fasen van het leven. Denk maar aan ouders die een rol kunnen spelen tot een bepaald punt, waarna professionele zorgverstrekkers het overnemen.

WV: Een mooie filosofie... Hoe wordt die in de praktijk omgezet?

Ann: Om dit model te realiseren, wordt gewerkt met een tweetrapsstelsel: een basis ondersteuningsbudget (BOB) en een persoonsvolgend budget (PVB) voor niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Het BOB bedraagt 300 euro per maand en kan toegekend worden aan personen met een handicap met een vastgestelde ondersteuningsnood. Doelstelling van dit budget is thuiszorg (langer) mogelijk te maken door personen met een handicap en hun gezin alvast een budget te geven waarmee een zekere mate van ondersteuning gerealiseerd kan worden. Als je meer middelen nodig hebt, kan je een aanvraag doen voor een PVB in de tweede trap. De hoogte van dit budget is afgestemd op je ondersteuningsvraag en zorgzwaarte. Wijzigt je situatie en je nood aan ondersteuning, dan kan je budget worden herbekeken. Naargelang je profiel en de zorgzwaarte, bestaan er 12 ondersteuningscategorieën.

Het decreet hierrond werd in 2014 goedgekeurd, sinds 1 januari 2016 zijn we bezig met de stapsgewijze implementatie van de PVF voor meerderjarige personen met een handicap. Op 1 april ging de nieuwe toeleidingsprocedure voor vragen naar een PVB van start, op 1 september zal ook de besteding van het budget in voege treden. Alle erkende voorzieningen worden dan 'vergunde aanbieders', zodat mensen met een PVF er kunnen aankloppen. Op 1 januari 2017 zullen ook alle bestaande (meerderjarige) zorggebruikers omgeschakeld worden naar PVF. Van de huidige populatie moet dus ingeschat worden welk budget zij nodig hebben. Op dat moment zullen voorzieningen voor meerderjarige personen met een handicap niet langer beschikken over een erkende en gesubsidieerde capaciteit (plaatsen, aantal begeleidingen): de middelen zijn vanaf dan rechtstreeks gekoppeld aan de cliënten die hun ondersteuning kunnen continueren of op een andere manier kunnen organiseren.

“Een systeemshift realiseer je niet op enkele jaren tijd. Maar ik geloof in dit systeem en de voordelen die het op termijn gaat opleveren.”

Ook alle huidige meerderjarige gebruikers van het Persoonlijke Assistentiebudget (PAB) worden op 1 januari 2017 omgeschakeld naar PVB.

In het najaar gaan we van start met een taskforce om de PVF ook voor minderjarigen in te voeren, rekening houdend met het Decreet Integrale Jeugdhulp.

WV: Hoe ziet de nieuwe toeleidingsprocedure eruit?

Ann: Wanneer tot voor kort een vraag werd gesteld aan het VAPH, stelde een multi-disciplinair team een dossier samen (handicap, gezinssituatie,...) waarbij de vraag onmiddellijk vertaald werd naar het gekende aanbod. Nu worden mensen gestimuleerd pas een aanvraag te doen als ze een 'proces van vraagverheldering' doorlopen hebben: men moet aantonen dat men nagedacht heeft over welke ondersteuning er nodig is en hoe deze met inzet van de 5 cirkels best gerealiseerd zou kunnen worden. De vraag moet geformuleerd worden in termen van ondersteuningsfuncties met een bepaalde frequentie. Die vraag gaat naar het multi-disciplinaire team dat de handicap vaststelt, de vraag objectiveert en de zorgzwaarte van de persoon bepaalt. Op basis van de vraag en het profiel, wordt een budget op maat toegewezen.

Een ander verschil met vroeger is de prioritering. Vroeger kon je op een wachtlijst staan en na een tijdje toch nog 'voorbijgestoken' worden door iemand die prioritaire status kreeg. In het nieuwe systeem word je onmiddellijk in drie groepen ingeschaald op vlak van prioriteit, waarbij groep 1 de meest prioritair te behandelen is. Groep 1 krijgt verhoudingsgewijs een groter budget dan groepen 2 en 3 waardoor personen die ingedeeld zijn in groep 1 sneller geholpen worden. Binnen de groepen worden de mensen chronologisch geordend naargelang het moment van hun aanvraag, en van die volgorde wordt niet meer afgeweken. Dit biedt perspectief en duidelijkheid.



Op deze regeling zijn natuurlijk een aantal uitzonderingen, mensen waarvoor we het maatschappelijk niet verantwoord vinden hen te laten wachten op ondersteuning.

WV: Een dergelijke ommezwaai zal ongetwijfeld op veel kritiek stuiten?

Ann: In het begin was er inderdaad veel wantrouwen en ongelof. Mensen met een Persoonlijk Assistentie Budget (PAB) bijvoorbeeld waren bang dat de verworvenheden zouden teniet gedaan worden. Ondertussen is die kritiek verstomd, aangezien we het PAB geïntegreerd hebben in de PVF en méér mogelijkheden gecreëerd hebben. Macro-budgettair wordt dit nieuwe systeem trouwens een neutrale oefening, het is géén verkapte besparingsoperatie (zoals we soms horen).

Ook in de voorzieningen heerst veel onrust. Vanaf 2017 zijn zij afhankelijk van cliënten die bij hen willen komen/blijven. Maar we merken wel dat er daar een draagvlak is voor het Plan 2020 en het decreet rond PVF, de meeste beslissingen zijn ook in consensus en overleg met de sector gemaakt.

Ik begrijp al die onrust en bezorgdheden perfect. Mocht ik vandaag mama zijn van een gehandicapt kind, ik zou ook sceptisch kijken naar de veranderingen en mij afvragen of de baten van dit systeem nog ten goede van mijn kind zouden komen of pas nuttig zouden zijn voor mijn kleinkind. Een systeemshift realiseer je niet op enkele jaren tijd. Maar ik geloof in dit systeem en de voordelen die het op termijn gaat opleveren. De zorggebruiker die

vroeger niet tevreden was binnen een voorziening, moest wachten tot er plaats vrijkwam in een andere voorziening. Vandaag heeft hij een rugzak en brengt hij zelf de financiële middelen voor zijn ondersteuning mee. Empowerment dus van personen met een handicap.

WV: In Vlaanderen zijn nog steeds heel wat niet of slechts gedeeltelijk beantwoorde vragen naar ondersteuning. Hoe komt het nieuwe beleid hieraan tegemoet?

Ann: Dat probleem gaat de eerste 5 jaar niet opgelost worden. Maar door (blijvend) te investeren in laagdrempelige hulp en in de andere cirkels, wordt de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp voorbehouden voor de zwaarste zorgprofielen, mensen die geen alternatief (meer) hebben om hun zorg en ondersteuning op een andere manier te organiseren. Vandaag stellen veel mensen een preventieve zorgvraag, waardoor er mensen in een residentiële setting zitten die daar (nog) niet echt nood aan hebben. Denk maar aan ouders die hun kind vandaag reeds in een instelling willen krijgen voor als zij er over een aantal jaar niet meer zijn. Als we die mensen kunnen garanderen dat er een plaats zal zijn wanneer hun kind dat nodig heeft en als we hen kunnen ondersteunen in de thuisopvang, dan zullen er plaatsen vrijkomen. Mits ook de volgende regering de nodige budgettaire inspanningen blijft leveren om het uitbreidingsbeleid te realiseren, geloof ik er dus in dat we de wachtlijsten op termijn kunnen beheersen.

WV: Genoteerd! Dank voor het gesprek!