

Rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH): beleidsplan

Eindrapport project VAPH

08 december 2020

Tess Pype, Marc Sevenhant, met medewerking van Julie Brackx, Evi Vangeneugden, Petra Vanoppen, Natalie Vanvalckenborgh, Micheline De Gussem, Katrien Panis, Anne Buelens, Sven Pans, Daisy Titeca, Jolien Polleunis

INHOUDSOPGAVE

Begrippenlijst	3
Afkortingenlijst	4
Managementsamenvatting	6
Aanleiding RTH beleidsplan	6
Visie en kerndoelstellingen van RTH	6
Situering: RTH als onderdeel van PVF in functie van realisatie VN-conventie inzake de rechten van personen met een handicap	6
Wat verstaan we onder rechtstreeks toegankelijke hulp van het VAPH?	6
Kerndoelstellingen van RTH	6
Impact van de huidige realiteit van schaarste	7
RTH vandaag: is er nood aan bijstellingen?	7
Wat moet behouden blijven?	7
Voorstellen tot bijsturing	8
Voorstellen tot bijsturing die niet weerhouden werden	9
Hoe zetten we eventueel toekomstig uitbreidingsbeleid gericht in?	10
Visie en doelstellingen	10
De VN-conventie en de doelstellingen uit het Perspectiefplan 2020	10
Positionering van RTH binnen het bredere zorglandschap	12
Impact van de huidige realiteit op RTH: schaarse middelen	14
Beoogde doelgroep	15
Prioritaire opdrachten van RTH	15
Historiek RTH	17
RTH vandaag	21
Concrete werking van RTH en regelgeving	21
Algemeen	21
Kortverblijf	23
Begeleid werken i.s.m. geïntegreerd breed onthaal	23
Globale individuele ondersteuning	23
Subsidiëring en afrekening	23
Gebruik RTH	24
Aantal cliënten	25
Ondersteuningsfuncties	28
Gebruikte personeelspunten	30
Algemeen	30
Regionale afstemming	31
Globale conclusies uit deze cijfers	39

Inhoudelijke bevindingen wetenschappelijk onderzoek	39
Samenvatting onderzoek grens tussen RTH en NRTH	40
Samenvatting onderzoek naar de plaats van RTH binnen de eerste lijn	41
Belangrijkste inhoudelijke conclusies en beleidsaanbevelingen uit het wetenschappelijk onderzoek	43
RTH in de toekomst: beleidsaanbevelingen	44
RTH binnen breder kader	44
Uitbreidingsbeleid RTH: welke investering?	44
Uitbreidingsbeleid RTH: doelstellingen en procedure	44
De grens tussen RTH en NRTH	45
Positie RTH-diensten binnen de eerste lijn	49
RTH persoonsvolgend	49
Centrale wachtlijst voor RTH	50
Outreach	51
Reconversie van punten MFC of thuisbegeleiding naar RTH	51
Erkenningen RTH	52
Penhouderschap	52
Minimaal 35 personeelspunten	53
RTH enkel in combinatie met VZA of MFC?	53
Opvolgen output	54
Registratie van de vestigingsplaats	55
Aanbod RTH	56
Praktische hulp	56
Verschillende namen van de ondersteuningsfuncties PVB en RTH	56
Vrijwilligerswerk	57
Minimum (en maximumbedrag) voor eigen bijdrage bij RTH	58
Flexibel omgaan met maximum van 8 punten	58
Online hulpverlening binnen RTH	59
Uitzondering subsidiëring voormalige thuisbegeleidingsdiensten	59
Aanpassingen aan het systeem van personeelspunten per prestatie	60
Conclusies na bespreking op Taskforce PVF en vervolgtraject	60
Kader, opdracht, scope en methodiek van het project	61
Kader: waarom dit project?	61
Opdracht, scope en projectstructuur	61
Methodiek	61
Bijlage: referentielijst	63

Begrippenlijst

ambulant	De persoon met een handicap of zijn netwerk verplaatst zich naar de hulpverlener.
ambulante begeleiding	algemene psychosociale ondersteuning van minimaal één uur en maximaal twee uur, waarbij de persoon met een handicap of zijn netwerk zich naar de hulpverlener verplaatst
begeleid werken	individuele en trajectmatige begeleiding van een gebruiker die niet kan worden ingeschakeld in het bestaande reguliere of beschermde arbeidscircuit
dagopvang	ondersteuning overdag voor een aangepaste opvang of een aangepaste dagbesteding
globale individuele ondersteuning	Laagdrempelige en snel inzetbare hulp in de gewone kinderopvang of school zodat kinderen met en zonder specifieke zorgbehoeften samen kunnen participeren. Er wordt ingezet op jonge kinderen met een (vermoeden van) handicap tot en met het eerste leerjaar.
groepsbegeleiding	algemene psychosociale ondersteuning van minimaal één uur en maximaal twee uur van twee of meer personen met een handicap of hun netwerk
inclusie	het streven om iedere burger volwaardig te laten deelnemen aan de samenleving. Personen met een handicap staan op gelijke voet met andere burgers, leiden een leven met dezelfde rechten, evenwaardige keuzemogelijkheden en met respect voor individuele keuzes en krijgen daartoe de nodige ondersteuning.
individuele psychosociale ondersteuning	een-op-eenbegeleiding om te helpen met de organisatie van het dagelijks leven gedurende een aantal uur per week. De begeleiding beperkt zich tot inhoudelijke begeleiding, er wordt geen praktische hulp geboden.
kortverblijf	kortdurende opvang (maximum 60 nachten per jaar), waarbij verblijf gecombineerd wordt met dagopvang
mobiel	De hulpverlener verplaatst zich naar de persoon met een handicap of zijn netwerk.
mobiele begeleiding	algemene psychosociale ondersteuning van minimaal één uur en maximaal twee uur, waarbij de hulpverlener zich naar de persoon met een handicap of zijn netwerk verplaatst
onderaannemer	SE die personeelspunten RTH vanuit de capaciteit van een andere SE (de penhouder) inzet voor zijn cliënten. De punten blijven bij de erkende capaciteit van de penhouder.
output	De prestaties die een RTH-dienst levert. Het outputpercentage is het aantal ingezette punten ten opzichte van het aantal punten in de capaciteit van de RTH-dienst.
outreach	Via mobiele en ambulante outreach kan de erkende RTH-dienst zijn kennis overdragen naar een groep van minimaal drie ondersteuners die behoefte hebben aan handicapspecifieke kennis om hun ondersteuning beter af te stemmen op de vragen en noden van personen met een handicap. Outreach is niet aan een bepaalde cliënt gelinkt.
penhouder	RTH-dienst die de personeelspunten RTH in zijn erkende capaciteit heeft, maar kan doorgeven aan andere subsidie-eenheden om in onderaanneming in

	te zetten voor hun cliënten. De punten blijven bij de erkende capaciteit van de openhouder.
praktische hulp	praktische hulp bij activiteiten van het dagelijkse leven gedurende een aantal uur per week
reconversie	heroriëntering van bestaande personeelspunten naar een andere erkenning (kan ook vanuit PVB komen)
regionale afstemming	beleidsacties, rapportering en overleg tussen de partners in een regio om het aanbod van de regio maximaal af te stemmen op de vragen in die regio en om een gelijke verdeling van de middelen te verkrijgen over de verschillende regio's
reguliere diensten	diensten die ter beschikking staan van elke burger, zoals thuiszorg, thuisverpleging, gezinshulp, maaltijddiensten en vervoersdiensten
verblijf	verblijf met overnachting, met inbegrip van de opvang en ondersteuning 's ochtends en 's avonds
vestigingsplaats	De locatie waar een SE effectief ondersteuning biedt. Dat is niet altijd hetzelfde adres als dat van de administratieve hoofdzetel.
zorgverdunding	het bieden van (iets) minder ondersteuning per cliënt dan voor die cliënt echt wenselijk is om zo meer mensen te helpen met dezelfde middelen

Afkortingenlijst

ASS: autismespectrumstoornis
ATH: Afdeling Toeleiding en Hulpmiddelen
AVF: Afdeling Vergunnen en Financieringen
BC: budgetcategorie
BVR: besluit van de Vlaamse Regering
CAW: centrum voor algemeen welzijnswerk
CF2: correctiefase 2
CLB: centrum voor leerlingenbegeleiding
CRZ: centrale registratie van de zorgvragen
DMW: dienst maatschappelijk werk
DOP: dienst ondersteuningsplan
FAM: flexibel aanbod meerderjarigen
GBO: geïntegreerd breed onthaal
GES: gedrags- en emotionele stoornissen
GES+: extreme gedrags- en emotionele problemen
GIO: globale individuele ondersteuning
GIR: geïntegreerde registratietool
HC: handicapcode
IMB: individuele materiële bijstand
MFC: multifunctioneel centrum
NRTH: niet-rechtstreeks toegankelijke hulp
NRTJ: niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp
OCMW: Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PAB: persoonlijke-assistentiebudget

PG: prioriteitengroep
PVB: persoonsvolgend budget
PVF: persoonsvolgende financiering
ROG: Regionaal overleg gehandicaptenzorg
RTH: rechtstreeks toegankelijke hulp
RTJ: rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp
SE: subsidie-eenheid
TBS: terbeschikkingstelling
VAPH: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VN: Verenigde Naties
VTZ: vrijetijdzorgorganisatie
VZA: vergunde zorgaanbieder
WOP: wonen onder begeleiding van een particulier
ZIN: zorg in natura

1. Managementsamenvatting

1.1. Aanleiding RTH beleidsplan

In de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van minister Beke wordt bij de strategische doelstelling toegankelijkheid volgende operationele doelstelling geformuleerd¹: “We breiden de middelen voor zorg en ondersteuning van personen met een handicap verder uit.” Dit project kadert binnen deze doelstelling. Er wordt immers het volgende bij deze doelstelling vermeld: “We investeren ook verder in rechtstreeks toegankelijke hulp en onderzoeken hoe dit aanbod verder geoptimaliseerd kan worden. We doen dit op basis van wetenschappelijk onderzoek en verkennen mogelijkheden projectmatig.”

1.2. Visie en kerndoelstellingen van RTH

1.2.1. Situering: RTH als onderdeel van PVF in functie van realisatie VN-conventie inzake de rechten van personen met een handicap

De rechtstreeks toegankelijke hulp is een belangrijke bouwsteen van de persoonsvolgende financiering en daardoor een belangrijk puzzelstuk voor de implementatie van de VN-conventie inzake de rechten van personen met een handicap in Vlaanderen. Die VN-conventie ondersteunt de paradigmashift met als kernbegrippen: volwaardige participatie, inclusieve samenleving (concentrische cirkels), autonomie en zelfsturing gekaderd binnen een burgerschapsmodel waarin kwaliteit van leven centraal staat. Als onderdeel van trap 1 van de handicapspecifieke ondersteuning (cirkel 5) heeft RTH een impact op elk van de binnenste vier cirkels.

1.2.2. Wat verstaan we onder rechtstreeks toegankelijke hulp van het VAPH?

RTH is een vorm van handicapspecifieke ondersteuning die beperkt is in intensiteit en frequentie en waarvoor de cliënt geen toeleidingsprocedure dient te doorlopen, zodat ze laagdrempelig is. Door haar specifieke karakter draagt RTH bij aan de implementatie van de VN-conventie inzake de rechten van personen met een handicap.

Om die doelstellingen te kunnen realiseren worden binnen RTH verschillende ondersteuningsfuncties aangeboden, met name verblijf, dagbesteding, psychosociale ondersteuning (ambulant en mobiel), groepsbegeleiding, begeleid werk, globale individuele ondersteuning (GIO) en outreach (ambulant en mobiel).

1.2.3. Kerndoelstellingen van RTH

Onderstaande zaken vormen de kerndoelstellingen van RTH:

- verhogen van de zelfredzaamheid, met andere woorden vaak leergericht, empowerend

¹ Beke, W. (2019). *Beleidsnota 2019-2024. Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding* [Beleidsnota]. Geraadpleegd op

<https://www.vlaanderen.be/publicaties/beleidsnota-2019-2024-welzijn-volksgezondheid-gezin-en-armoedebestrijding>

- preventieve werking: globaal vermijden van vroegtijdig of onnodig gebruik van intensievere, duurdere vormen van hulpverlening binnen de NRTH (vaak bij langere trajecten),
- preventieve werking specifiek bij jonge kinderen: vroegtijdige interventie met het oog op maximale ontwikkeling van het kind en empowerment van het netwerk
- kortverblijf waardoor de ondersteuners in cirkel 2 of 3 langere tijd een inclusievere levenssituatie kunnen blijven ondersteunen. Tot kortverblijf behoort ook verblijf met dagbesteding in de vakantieperiode.
- bevorderen van een inclusieve samenleving door bijvoorbeeld outreach en ondersteuning bij begeleid werken
- ondersteuning van inclusieve trajecten door de coördinatie en opvolging van de verschillende betrokken hulpverleningen
- Voor mensen die nood hebben aan NRTH kan RTH een deel zijn van de voorlopige ondersteuning die nodig is om de periode te overbruggen tot er meer intensieve ondersteuning mogelijk wordt.

Om die kerndoelstellingen te kunnen realiseren, dient een voldoende aanbod RTH gerealiseerd te zijn in elke regio in Vlaanderen. Idealiter zijn de beschikbare middelen voor de verschillende ondersteuningsfuncties RTH verdeeld over Vlaanderen en Brussel volgens het bevolkingscijfer.

1.2.4. Impact van de huidige realiteit van schaarste

Zowel binnen de handicapspecifieke ondersteuning (RTH en NRTH) als binnen de reguliere hulpverlening is er vandaag niet voldoende aanbod om aan alle hulpvragen tegemoet te komen.

Dat brengt een bijzondere druk met zich mee voor RTH:

- Mensen die nood hebben aan meer intensieve vormen van ondersteuning doen een beroep op RTH.
- RTH-diensten verdelen de beschikbare capaciteit vaak over meer mensen dan wenselijk, waardoor een vorm van zorgverdunding ontstaat.
- Ook voor RTH dienen mensen te wachten op het moment dat ze echt ondersteuning nodig hebben.

We zijn van oordeel dat het bij de opmaak van een RTH-beleidsplan anno 2020 absoluut noodzakelijk is om rekening te houden met deze realiteit. De realiteit van schaarste dwingt ons ertoe zeer efficiënt om te gaan met de beschikbare middelen. Het is van groot belang om ervoor te zorgen dat we de schaarse middelen maximaal inzetten in functie van de beoogde kerndoelstellingen en de beleidsprioriteiten.

Tevens dienen we wegens deze realiteit volgende kerndoelstelling toe te voegen:

- Voor mensen die nood hebben aan NRTH kan RTH een deel zijn van de voorlopige ondersteuning die nodig is om de periode te overbruggen tot er meer intensieve ondersteuning mogelijk wordt.

1.3. RTH vandaag: is er nood aan bijstellingen?

1.3.1. Wat moet behouden blijven?

- **Praktische hulp:** praktische hulp aanbieden behoort niet tot de opdracht van VAPH-RTH-diensten, maar tot de opdracht van de reguliere diensten.

- **Online hulpverlening RTH:** Individuele psychosociale begeleiding via internettools zoals videochat zijn een ambulante begeleiding, als die ook gepaard gaat met een hulpverleningsrelatie, aangezien er geen verplaatsingskost is zoals bij mobiele begeleiding.

1.3.2. Voorstellen tot bijsturing

- **Investering uitbreidingsbeleid RTH:** Een investering in RTH, bijvoorbeeld 2 keer 5 miljoen euro gedurende de legislatuur in functie van de kerndoelstellingen van RTH. Dit komt neer op 3,7 % van de voorziene bijkomende middelen in deze legislatuur.
- **Doelstellingen en procedure uitbreidingsbeleid RTH:** een centrale aansturing vanuit het VAPH zonder advies van de regio's.
- **Outreach:** Outreach als mogelijkheid binnen RTH laten bestaan, maar dit in een ruimer kader bekijken en hierrond een beleidsvisie uitwerken. Ook andere actoren binnen de handicapspecifieke sector kunnen belangrijke partners zijn in de verdere uitrol van outreach.
- **Penhouderschap:** Het penhouderschap blijft behouden, maar er worden niet langer correcties toegelaten in de registraties die de afrekeningen vertragen. De penhouders en onderaannemers dienen dus onmiddellijk correct te registreren.
- **Minimaal 35 erkende punten:** Het minimum van 35 punten voor een erkenning wordt afgeschaft.
- **Reconversie van punten MFC of thuisbegeleiding naar RTH:** Reconversie van MFC naar RTH wordt niet langer toegelaten. Wat betreft verdere aanpassingen in het kader van de transitie thuisbegeleiding melden we aan de betrokken diensten dat ze hiertoe een laatste kans krijgen in 2021 en het vanaf 2022 niet meer mogelijk is.
- **RTH enkel in combinatie met VZA of MFC:** Een erkenning hoeft niet langer gekoppeld te zijn aan een VZA of MFC. Er worden aparte erkenningsvoorwaarden voorzien in de regelgeving, maar aanvankelijk wordt een tijdelijke erkenning gegeven, waarbij de organisatie aan het VAPH dient aan te tonen dat ze voldoet aan de voorwaarden. We denken daarbij onder andere aan voorwaarden met betrekking tot rechtspersoon, personeel (paritair comité), kwaliteit (waaronder handicapspecifieke knowhow), doelgroepbewaking, schaalgrootte, innoverend ten opzichte van het bestaand RTH-aanbod ... De combinatie met een erkenning als DOP of een vergunning als bijstandsorganisatie binnen dezelfde rechtspersoon is niet wenselijk en kan het best uitgesloten worden. Als hiervoor gekozen wordt, dient een aanzienlijk deel van het eerstvolgende uitbreidingsbeleid voorzien te worden voor de doelstellingen die men hiermee wil bereiken.
- **Opvolgen output:** Het VAPH krijgt een mandaat om bij structurele onderprestatie de erkenning van een dienst te verminderen. Dat mandaat geldt zowel voor de specifieke afgelijnde capaciteit als voor de totale capaciteit. Er wordt daartoe een concrete operationalisering in de regelgeving opgenomen. Daarvoor zijn goede registraties belangrijk. Er is geen opvolging tot 100 %, maar wel 92 % van de middelen die moeten ingezet worden voor de vooropgestelde doelstelling.

- **Registratie van de vestigingsplaats:** RTH-diensten registreren het adres van de vestigingsplaats voor de functies dagopvang, verblijf en ambulante begeleiding. Dit systeem wordt geïntegreerd in de databanken van het VAPH en ook voor NRTH toegepast.
- **Vrijwilligerswerk:** De mogelijkheid om meer personeelspunten om te zetten naar werkingsmiddelen wanneer vrijwilligers ingeschakeld worden, blijft behouden. De regelgeving rond het aftoppen op 7 personeelspunten voor personen met een handicap die structureel een beroep doen op vrijwilligers wordt afgeschaft.
- **Verschillende namen van de ondersteuningsfuncties PVB en RTH:** De functies binnen RTH krijgen de namen van de functies binnen PVB. Begeleiding is individuele psychosociale begeleiding. Het onderscheid tussen mobiel en ambulant blijft behouden, maar de naamgeving is verwarrend. Dit wordt vervangen door 'individuele psychosociale begeleiding met of zonder verplaatsing van de begeleider'.
- **Uitzondering subsidiëring voormalige thuisbegeleidingsdiensten:** Zo weinig mogelijk uitzonderingen laten bestaan. De huidige uitzondering op het aantal personeelspunten voor mobiele begeleiding van deze diensten voor de groep jonger dan 22 wordt afgebouwd of afgeschaft.

1.3.3. Voorstellen tot bijsturing die niet weerhouden werden

- **RTH persoonsvolgend:** RTH wordt niet omgevormd tot een persoonsvolgend systeem. Zelfregie wordt gestimuleerd door het invoeren van een verplicht evaluatiemoment binnen RTH. Daardoor moeten de RTH-dienst en de cliënt stilstaan bij het ondersteuningstraject en de vraag van de persoon met een handicap en zijn netwerk en de mate waarin het huidige traject nog op de vraag is afgestemd of bijgestuurd moet worden.
- **Centrale wachtlijst voor RTH:** De voordelen van een wachtlijststelsel zijn voor RTH veel te beperkt om dit te implementeren en wegen niet op tegen de administratieve last en benodigde middelen. We adviseren dan ook om dit niet te doen.
- **Grens tussen RTH en NRTH:** Het optrekken van de grens zal in de praktijk zonder forse investering in RTH weinig verschil maken voor mensen die nu wachten op een budget in een lage budgetcategorie. Daarnaast is het een moeilijke communicatie dat de grens zou opgetrokken worden, en sommigen niet meer in aanmerking zouden komen voor een PVB. Daarom adviseren we om de grens niet op te trekken, tenzij er grote investeringen in RTH kunnen gebeuren, zonder dat het huidige budget dat voor PG 1 en dringende vragen voorzien is daardoor geïmpacteerd wordt.
- **Minimum (en maximum) voor eigen bijdrage RTH:** Er wordt geen minimumbedrag voor de eigen bijdrage voor RTH ingevoerd. De nadelen overstijgen de voordelen van de invoering.
- **Flexibel omgaan met het maximum van 8 punten:** We begrijpen dat het in bepaalde situaties zinvol is om meer dan 8 punten RTH in te zetten voor een persoon met een handicap. Het VAPH

heeft er geen probleem mee dat diensten met een output boven de 100 % meer dan 8 punten bieden en registreren voor één persoon, maar de bestaande regelgeving wordt daarvoor niet aangepast.

1.4. Hoe zetten we eventueel toekomstig uitbreidingsbeleid gericht in?

Het is duidelijk dat er nood is aan een aanzienlijke hoeveelheid extra middelen om aan alle vragen naar rechtstreeks toegankelijke hulp in Vlaanderen te voldoen. Het is echter vandaag onmogelijk om een correcte inschatting te maken van de middelen die daarvoor nodig zijn. Binnen het voorziene uitbreidingsbeleid gedurende de lopende legislatuur stellen we voor om 2 keer 5 miljoen euro van het uitbreidingsbeleid in te zetten voor RTH.

We formuleren 2 belangrijke doelstellingen voor een toekomstig uitbreidingsbeleid.

- Gelijke toegang tot RTH voor elke inwoner van Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
We streven naar een gelijke verdeling per inwoner van de erkende capaciteit per regio. Hierbij dienen de verschillende ondersteuningsfuncties in alle regio's beschikbaar te zijn.
- Zeer gerichte inzet van bijkomende middelen in functie van bepaalde beleidsdoelstellingen, vaak voor bepaalde doelgroepen waarbij RTH-ondersteuning preventief kan werken ten opzichte van het uitbreiden van de zorgvraag.

Bijkomend kunnen we ook stellen dat investeringen die ertoe leiden dat de wachtlijsten in NRTH zouden kleiner worden, ook een positief effect zouden hebben op RTH, omdat daardoor het aantal mensen dat een ruimere ondersteuningsvraag heeft maar nu tijdelijk een beroep doet op RTH zou afnemen.

De middelen worden verdeeld volgens de volgende **procedure**: centraal aangestuurd vanuit het VAPH zonder advies van de regio's. De volgende stappen worden doorlopen:

- Er wordt een infonota verstuurd met duidelijke criteria.
- Alle kandidaten dienen hun aanvraag in bij het VAPH.
- Binnen het VAPH worden alle aanvragen beoordeeld op basis van de criteria en wordt eventueel op basis van de aanvragen een verdeling van de punten gedaan. Bij uitzonderingen op de criteria wordt een beslissing van het directie-overleg gevraagd.

2. Visie en doelstellingen

2.1. De VN-conventie en de doelstellingen uit het Perspectiefplan 2020

Rechtstreeks toegankelijke hulp kadert binnen het bredere concept van de persoonsvolgende financiering in Vlaanderen. Die persoonsvolgende financiering werd ingevoerd om de uitvoering van de **VN-conventie betreffende de rechten van personen met een handicap** te bewerkstelligen. Het verdrag beoogt personen met een handicap het volle genot van hun rechten te geven en zo op voet van gelijkheid met anderen te stellen door de staten ertoe aan te sporen een passende omgeving te creëren en de geschikte maatregelen

te nemen. Het streeft naar een **paradigmashift** van een medische en beschermde perceptie van de handicap ten gunste van een nieuw model dat is toegespitst op zelfstandigheid, **participatie** en een volwaardige en volledige inclusie van deze personen in de maatschappij. Er moet dus gestreefd worden naar een **inclusieve samenleving** waarin de ondersteuning van de persoon met een handicap alle levensdomeinen behelst (onderwijs, tewerkstelling, mobiliteit, cultuur en vrijetijdsbesteding). Inclusie houdt in dat die domeinen actief stappen gezet hebben om de toegankelijkheid op hun terrein te realiseren. Dat moet gebeuren door initiatieven die de persoonlijke **autonomie** versterken en de **zelfsturing** vergroten. Dit streven naar autonomie kadert binnen het '**burgerschapmodel**' waarin kwaliteit van leven centraal staat. De klemtoon wordt in dit model gelegd op de mogelijkheden, de individuele vaardigheden, de persoonlijke autonomie en de maatschappelijke solidariteit.

In het **Perspectiefplan 2020** worden de volgende twee belangrijke doelstellingen geformuleerd²:

- In 2020 is er een **garantie op zorg** voor de 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.

In een vraaggestuurd zorglandschap moet de zorgvrager of de gebruiker maximaal de controle over zijn zorg en/of ondersteuning zelf in handen kunnen nemen waardoor hij de regie over zijn eigen leven behoudt en zijn leven een invulling kan geven, in overeenstemming met zijn eigen wensen, verwachtingen en mogelijkheden.

Een ruim aanbod van RTH kan om verschillende redenen bijdragen tot de realisatie van de basisvisie en wordt in het Perspectiefplan 2020 naar voren geschoven als een van de kritische succesfactoren om de twee kerndoelstellingen te bereiken. Er wordt hierbij gedacht aan zowel door het VAPH gefinancierde aanbieders, maar evengoed aan eerstelijnsdiensten uit andere sectoren (thuiszorg, lokale dienstencentra, centra algemeen welzijnswerk, sociale huizen, opvoedingswinkels ...) die, met de inzet van VAPH-voorzieningen via **outreach** en andere methodieken, deskundigheid verwerven in handicapgebonden materies. Deze **laagdrempelige** eerstelijns hulpverlening is vlot toegankelijk voor individuele cliënten en moet zo toelaten om de **zelfredzaamheid** van de persoon met een handicap en zijn sociaal netwerk maximale kansen te geven. Tevens verhindert een dergelijk aanbod dat men onnodig of te vroegtijdig gebruik maakt van intensievere en duurdere vormen van ondersteuning die niet rechtstreeks toegankelijk zijn. Voor kinderen en jongeren is dit aanbod ingebed in de netwerken rechtstreeks toegankelijke hulpverlening. Voor volwassenen is dit eveneens ingebed in netwerken, samenwerkingsverbanden, grotere organisaties die aan eerstelijns hulpverlening doen. Binnen deze rechtstreeks toegankelijke netwerken zijn de functies **vraagverheldering**, case-management of trajectbegeleiding stevig aanwezig, zodanig dat zij kunnen ingezet worden voor de begeleiding van het 'voortraject' voor personen met een handicap. Daarnaast betreft dit aanbod eveneens handicapspecifieke ambulante begeleiding die beantwoordt aan bepaalde criteria op het vlak van duur, frequentie en intensiteit.

² Vandeuren, J. (2010). *Perspectief 2020. Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap* [Beleidsplan]. Geraadpleegd op <https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/perspectiefplan-2020-nieuw-ondersteuningsplan-voor-personen-met-een-handicap-9-juli-2010/perspectiefplan-2020-nieuw-ondersteuningsbeleid-voor-pmh.pdf>

Deze doelstellingen zoals geformuleerd in het perspectiefplan 2020 zijn vandaag (in 2020) nog steeds actueel.

2.2. Positionering van RTH binnen het bredere zorglandschap

De persoonsvolgende financiering is een tweetrapsysteem waarbij de eerste trap gericht is op personen met een handicap of met een vermoeden van handicap met een beperkte ondersteuningsvraag. De rechtstreeks toegankelijke hulp van het VAPH is naast het zorgbudget voor personen met een handicap een belangrijk element in trap 1. Deze trap dient de personen met een handicap en hun omgeving in staat te stellen om zorg en ondersteuning op een laagdrempelige manier te organiseren. Meerderjarige personen voor wie dat eerste ontoereikend is, kunnen via het persoonsvolgend budget (tweede trap van de persoonsvolgende financiering) toegang krijgen tot de meer intensieve vormen van handicapspecifieke ondersteuning. In afwachting van de uitrol van persoonsvolgende financiering bij minderjarigen bestaat trap 2 uit ondersteuning door een multifunctioneel centrum (MFC) of via een persoonlijke-assistentiebudget (PAB).

RTH is gericht op het sterker maken van de binnenste cirkels van **de vijf concentrische cirkels**, meer bepaald cirkel één tot drie. Deze cirkels visualiseren die gedeelde verantwoordelijkheid. De persoon met een handicap is het middelpunt van de cirkels. De cirkels staan voor de verschillende mogelijke bronnen van ondersteuning voor de persoon. Die kunnen door elkaar en onafhankelijk van elkaar ingezet worden, om tegemoet te komen aan de specifieke vraag van de persoon met een handicap. Hieronder wordt een overzicht gegeven van de vijf concentrische cirkels:



- Cirkel 1: zelfzorg: de zorg en ondersteuning die de persoon zelf opneemt
- Cirkel 2: gebruikelijke zorg: de dagelijkse zorg en ondersteuning die gezinsleden die bij elkaar wonen aan elkaar geven
- Cirkel 3: zorg en ondersteuning van familie, vrienden en kennissen die niet bij elkaar wonen

- Cirkel 4: professionele zorg en ondersteuning voor alle burgers: centra algemeen welzijnswerk (CAW's), gezinszorg, poetshulp, kinderopvang ...
- Cirkel 5: professionele zorg en ondersteuning die het VAPH vergoedt

Via de ondersteuningsfuncties ambulante begeleiding, mobiele begeleiding, groepsbegeleiding, begeleid werken, dagopvang en verblijf worden de binnenste drie cirkels versterkt. Daarnaast worden via globale individuele ondersteuning voor jonge kinderen zowel de binnenste drie cirkels als de vierde cirkel versterkt (kinderopvang en school). Tot slot wordt de vierde cirkel ook versterkt aan de hand van outreach. Via mobiele en ambulante **outreach** kan een erkende RTH-dienst zijn kennis overdragen naar een groep van minimaal drie ondersteuners die behoefte hebben aan handicapspecifieke kennis om hun ondersteuning beter af te stemmen op de vragen en noden van personen met een handicap. Op die manier kan RTH een belangrijke bijdrage leveren aan meer inclusieve trajecten die mee opgezet worden door hulpverleners of ondersteuners.

Door het VAPH worden nog een aanzienlijk aantal organisaties gefinancierd die een rol spelen in het voortraject of de toeleiding naar een persoonsvolgend budget. Die organisaties hebben een andere rol dan de RTH-diensten, alhoewel er soms sprake is van een grijze zone, vooral wat betreft de vrijetijdzorgorganisaties (VTZ) en de diensten ondersteuningsplan (DOP's).

Vrijetijdzorgorganisaties worden apart gesubsidieerd. Zij organiseren vrijetijdsactiviteiten en zetten trajectmatige ondersteuning op in functie van inclusieve vrijetijdsbesteding voor personen met een handicap. Ook binnen RTH is er soms sprake van dergelijke trajectmatige ondersteuning (als onderdeel van de begeleiding) en worden er bijvoorbeeld soms vakantiecampen aangeboden binnen de ondersteuningsfuncties dagopvang en verblijf.

De specifieke opdracht van de DOP's bestaat uit netwerkversterking en vraagverheldering. Voor de cliënt is die opdracht beperkt in de tijd. Dat kan leiden tot de opmaak van een ondersteuningsplan, mogelijk ook een ondersteuningsplan in functie van de aanvraag van een persoonsvolgend budget. Ook binnen RTH kan er werk gemaakt worden van de netwerkversterking en vraagverheldering, eventueel aansluitend kan dan de coördinatie van de hulpverlening opgenomen worden. Ook kunnen RTH-diensten de cliënt en zijn netwerk ondersteunen in het realiseren van de nodige ondersteuning bij reguliere diensten, een opdracht die ook door de DOP's uitgevoerd wordt.

Ook tussen RTH en reguliere ondersteuning (cirkel 4), die voor elke burger toegankelijk is, kan er sprake zijn van een grijze zone. Theoretisch kunnen we wel een onderscheid maken. Bij RTH moet er sprake zijn van ondersteuning die een handicapspecifieke knowhow vereist. Ook is het bij RTH niet de bedoeling dat bepaalde zaken blijvend overgenomen worden. Zeker bij meerderjarigen kan het onderscheid gemaakt worden als er een leertraject is waarbij de gebruiker zelfstandig(er) taken aanleert. Als er bijvoorbeeld poetshulp nodig is en het de bedoeling om dit blijvend over te nemen, dan zien we dit niet als een taak voor RTH. Wat wel mogelijk is, is een leertraject zodat de persoon met een handicap zijn woning leert poetsen. Bij minderjarigen is het zo dat RTH aanvullend kan zijn op onderwijs, maar dat het basis leertraject van kinderen en jongeren met een handicap tot de taak van het onderwijs behoort. RTH kan een residuaire rol opnemen in het leertraject van kinderen en jongeren met een handicap. Zij kunnen ook een brugfunctie

opnemen tussen de thuisomgeving en het onderwijs. De RTH-diensten hebben ook een belangrijke rol in het versterken van het netwerk in het omgaan met de beperkingen, zeker bij vroegbegeleiding.

Ook met andere vormen van doelgroepsspecifieke ondersteuning kan er een grijze zone zijn. We denken daarbij aan thuislozenzorg, geestelijke gezondheidszorg, psychiatrie en bijzondere jeugdzorg. Daarbij hangt veel af van de voornaamste insteek die nodig is in het traject. Vaak zal voor personen met een handicap en hun netwerk intersectorale samenwerking aangewezen zijn.

2.3. Impact van de huidige realiteit op RTH: schaarse middelen

De basisvisie op RTH zoals geschetst in bovenstaande delen zou optimaal werken in een situatie waarin de middelen toereikend zijn om te voldoen aan alle (terechte) vragen naar zorg en ondersteuning. De huidige realiteit is echter dat de middelen niet alleen binnen het VAPH, maar ook in het bredere zorglandschap schaars zijn. Er zijn onvoldoende middelen om aan de grote noden van vandaag te kunnen beantwoorden. Dat heeft op verschillende manieren een impact op het huidige gebruik van RTH.

Eenzijds krijgen we signalen dat er onvoldoende middelen zijn voor RTH zelf om aan alle vragen naar RTH te kunnen beantwoorden. De vragen worden echter niet centraal geregistreerd. We hebben daar dus enkel zicht op op basis van de signalen van organisaties. Die signalen werden in het wetenschappelijk onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn in kaart gebracht³. Negen op de tien RTH-diensten geeft aan dat er binnen hun dienst onvoldoende middelen zijn. 63 % werkt daardoor met een interne wachtlijst, 5 % hanteert instroomquota en 2 % heeft een aanmeldingsstop.

Anderzijds zorgt de schaarste binnen trap 2 ervoor dat mensen die wachten op een persoonsvolgend budget of NRTJ gebruik maken van RTH of RTJ in afwachting van hun NRTJ of NRTJ. Om tegemoet te komen aan al die vragen kiezen veel diensten voor zorgverdunding. Daarbij probeert men zoveel mogelijk mensen te helpen door minder punten per persoon in te zetten. Dat wordt bevestigd door het eerder laag gemiddeld aantal RTH-punten dat ingezet wordt per persoon, namelijk 2,72 punten ten opzichte van het maximaal mogelijke van 8 punten per persoon per jaar. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat niet iedereen nood heeft aan de maximaal voorziene 8 punten, en heel wat mensen voldoende ondersteuning krijgen met een lager aantal punten.

Tot slot is er ook binnen de reguliere sector niet altijd voldoende capaciteit om aan alle vragen te beantwoorden, waardoor mensen op zoek gaan naar oplossingen binnen RTH, waar reguliere ondersteuning de ondersteuningsnood van de mensen ook kon opgevangen hebben. Al die effecten versterken elkaar. Mensen gaan op zoek naar een oplossing voor hun vraag via verschillende kanalen en maken gebruik van die ondersteuning die op dat moment beschikbaar is. In deze context schuilt het gevaar dat mensen die niet de vaardigheden hebben om zelf op zoek te gaan of die de neiging hebben (te) lang te wachten om de nodige ondersteuning te zoeken, niet tijdig geholpen worden.

³ Op de Beek, L., & Teppers, E., & Van Regenmortel, T. (2020). *Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Om de middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten, is het echter van belang dat mensen enkel meer gespecialiseerde, handicapspecifieke hulp raadplegen als ze hier effectief nood aan hebben, en niet voldoende ondersteund kunnen worden door reguliere hulpverlening of een van de andere binnenste cirkels. Naast efficiëntie zorgt dit er ook voor dat mensen op een meer inclusieve manier ondersteund worden. Het verwezenlijken van deze doelstelling is echter een gedeelde verantwoordelijkheid van de verschillende overheden en de zorgverleners. Zoals in bovenstaand hoofdstuk reeds werd aangehaald, kan een dergelijke manier van ondersteuning enkel optimaal werken als al deze onderdelen streven naar toegankelijkheid op hun terrein zodat de autonomie van de persoon met een handicap versterkt wordt. Het RTH-beleidsplan kadert idealiter dus in een breder (intersectoraal) plan waarbij gestreefd wordt naar een perspectief op zorg en ondersteuning op maat voor alle mensen met een nood aan zorg en ondersteuning. Dit plan dient het juiste evenwicht te vinden tussen de vele zorgvragen en de beperkte beschikbare middelen.

2.4. Beoogde doelgroep

Een vraag die nauw verweven is met wat de prioritaire taken zijn van RTH, is wie de doelgroep is die we beogen te bereiken via RTH. De doelgroep van trap 1 zijn personen met een vermoeden van handicap met een beperkte ondersteuningsvraag. Mensen die een vraag hebben naar meer intensieve vormen van handicapspecifieke ondersteuning, worden doorverwezen naar trap 2 van het persoonsvolgend financieringssysteem (MFC of PAB voor minderjarigen, PVB voor meerderjarigen). Men kan zich echter de vraag stellen wat een beperkte ondersteuningsnood is. Vanaf wanneer heeft iemand een vermoeden van handicap? En wat met mensen die meer intensieve vormen van ondersteuning nodig hebben, maar momenteel nog geen aanspraak kunnen maken op die ondersteuning omdat zij gerangschikt staan op een wachtlijst voor een MFC of PAB of een prioriteitengroep voor een PVB?

In de praktijk onderscheiden we wat betreft de duurtijd van ondersteuning drie groepen van mensen die gebruik maken van RTH.

- mensen die **tijdelijke ondersteuning** nodig hebben
- mensen die **langdurige RTH** nodig hebben zonder vraag naar NRTH. Hier staat een preventieve werking centraal. Voornamelijk hier is er een potentiële overlap met reguliere diensten, DOP's, DMW's.
- mensen die **wachten op NRTH**, maar tijdelijk gebruik maken van RTH in afwachting van NRTH. Gezien de lange wachttijden in de prioriteitengroepen kan dit voor sommigen ook langdurige RTH vormen.

We beschouwen elk van deze groepen als evenwaardige RTH doelgroepen. Ook de groep die wacht op NRTH, aangezien er voor die mensen handicapspecifieke ondersteuning nodig is, en er geen handicapspecifieke alternatieven zijn voor hen zolang er onvoldoende middelen zijn om aan hun vraag naar NRTH tegemoet te komen.

2.5. Prioritaire opdrachten van RTH

Rekening houdende met de realiteit van de beperkte middelen is het belangrijk om de prioritaire opdrachten van RTH duidelijk af te lijnen. Ondanks het feit dat de bredere doelstellingen terechte

doelstellingen zijn, is het niet de opdracht van RTH om een toevlucht te zijn voor vragen die onbeantwoord blijven binnen andere sectoren.

Onderstaande zaken vormen de kerndoelstellingen van RTH:

- **empowerment** en verhogen van de **zelfredzaamheid**, met andere woorden vaak leegericht
- **preventieve werking**: globaal vermijden van vroegtijdig of onnodig gebruik van intensievere, duurdere vormen van hulpverlening binnen de NRTH (vaak bij langere trajecten).
- **preventieve werking specifiek bij jonge kinderen**: vroegtijdige interventie met het oog op maximale ontwikkeling van het kind en empowerment van het netwerk
- **kortverblijf** waardoor de ondersteuners in cirkel 2 of 3 langere tijd een inclusievere levenssituatie kunnen blijven ondersteunen. Tot kortverblijf behoort ook verblijf met dagbesteding in de vakantieperiode.
- **bevorderen** van een **inclusieve samenleving** door bijvoorbeeld **outreach** en ondersteuning bij **begeleid werken**
- ondersteuning van inclusieve trajecten door de **coördinatie en opvolging van de verschillende betrokken hulpverleningen**
- Voor mensen die **nood** hebben aan **NRTH** kan RTH een deel zijn van de voorlopige ondersteuning die nodig is om de **periode te overbruggen** tot er meer intensieve ondersteuning mogelijk wordt.

3. Historiek RTH

Vanaf 2012 werd rechtstreeks toegankelijke hulp als een nieuwe erkenningsvorm van VAPH-ondersteuning opgestart. Eind 2019 bedroeg de totale capaciteit 85.287 personeelspunten. Dat vertegenwoordigt een budget van € 78.500.000 in de begroting van het VAPH. Dat is 4,35 % van het totale beleidskrediet van € 1.803.922.000 van het VAPH in 2019.

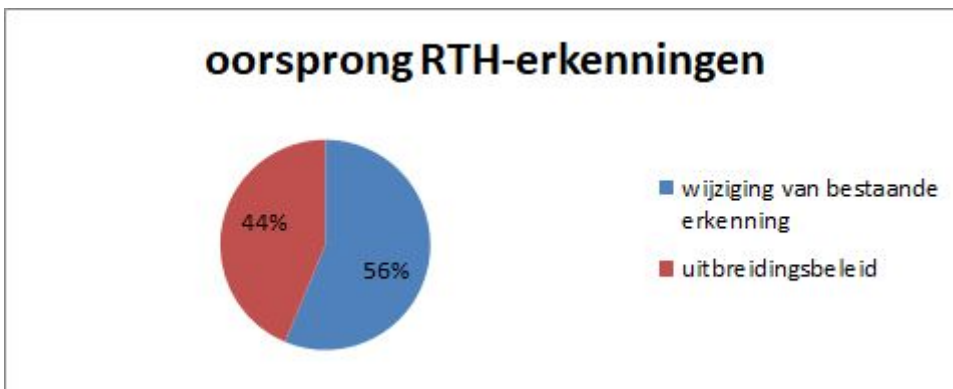
Als we de evolutie van het aantal erkende personeelspunten telkens op 31 december van het betreffende jaar en voor 2020 op 1 januari in kaart brengen, zien we jaarlijkse een gestage groei, behalve in 2016. In 2017 is er dan weer een zeer grote stijging van het aantal erkende personeelspunten RTH.



We onderscheiden hierbij 2 grote oorsprongen van bijkomende erkenningen RTH:

- wijziging van een bestaande erkenning, die omgezet wordt in een RTH-erkenning
- bijkomende middelen RTH in het kader van het uitbreidingsbeleid

Begin 2020 vinden 56 % van de RTH-erkenningen hun oorsprong in de wijziging van een andere erkenning.



In onderstaande tabel vindt u de gedetailleerde cijfers per jaar. Het gaat om het jaartal waarin de erkenningen effectief van kracht werden.

Tabel 1: erkenning RTH per jaar, naar oorsprong van de erkenning

jaar	totaal aantal personeelspunten RTH op 31 december	wijziging van bestaande erkenning	uitbreidingsbeleid
2012	1478,21	0,00	1478,21
2013	4461,57	0,00	2983,36
2014	7722,27	1456,59	1804,11
2015	13.587,21	3,14	5861,80
2016	13.674,65	87,44	0,00
2017	63.029,51	38556,34	10798,52
2018	70.429,71	918,52	6481,68
2019	77.823,43	720,44	6673,28
2020 (1/1)	85.287,19	6097,53	1366,23
	Totaal	47.840,00	37.447,19

Hieronder vindt u de opgesplitste cijfers per jaar.

Tabel 2: groei RTH door wijziging bestaande erkenning per jaar uitgedrukt in personeelspunten

aard wijziging	allerlei reconversies	transitie ZIN	transitie thuisbegeleiding	totaal
2012				0
2013				0
2014	1.456,59			1.456,59
2015	3,14			3,14
2016	87,44			87,44
2017		10.640,81	27.915,53	38.556,34
2018	119,18	320,1	479,24	918,52
2019	720,44			720,44
2020 (1/1)	-25,25	5166,55	956,53	6.282,32
Totaal	2.361,24	16.127,46	29.351,30	47.840,00

Als we nader inzoomen op de **aard van de wijziging van de erkenningen** kunnen we 3 grote redenen onderscheiden:

- *allerlei reconversies vanuit bestaande erkenningen*: in bovenstaande tabel zien we onder andere de reconversies in het kader van kortverblijf, trajectbegeleiding, pleegzorg, WOP, maar ook reconversies vanuit MFC, het regulariseren van een aantal DAC-projecten ... Begin 2020 is dit getal negatief omdat hier de 184,79 personeelspunten RTH bij de voormalige OBC's gerekend zijn, die overgedragen werden aan het agentschap Opgroeien.

- *RTH-middelen in het kader van de transitie van de zorg in natura (ZIN) meerderjarigen*: het gaat hierbij om de FAM-middelen, die ingezet werden voor cliënten die bij de transitie naar RTH doorverwezen werden en geen PVB kregen. Begin 2017 werden deze RTH-punten berekend op basis van de ondersteuning op 31 maart 2016. Begin 2018 werd dit aangepast aan de ondersteuning op 31 december 2016. In 2020 gaat het om de omzettingen van een PVB naar RTH in het kader van correctiefase 2. De betrokken voorzieningen kregen telkens een uitbreiding van hun RTH-capaciteit in functie van het continueren van de ondersteuning voor deze cliënten.
- *RTH-middelen vanuit de transitie van de diensten thuisbegeleiding*: het grootste aandeel van de middelen van de voormalige thuisbegeleidingsdiensten werd omgezet in een erkenning RTH. De verhouding tussen omzetting erkenning RTH en MFC werd naderhand nog wat bijgestuurd, vandaar dat deze transitie in onderstaande tabel in meerdere jaren voorkomt. Ook hier ligt de focus op het continueren van de werking van deze diensten.

Naast het omzetten van bestaande erkenningen naar een erkenning RTH, werd vanaf 2012 een belangrijke hoeveelheid extra middelen in het kader van het uitbreidingsbeleid geïnvesteerd in bijkomende capaciteit voor RTH.

Hieronder vindt u de ingezette middelen uitbreidingsbeleid per jaar.

Tabel 3: groei RTH door uitbreidingsbeleid uitgedrukt in personeelspunten naar jaar erkenningsbesluit

uitbreidingsbeleid	regionaal aanbod	kortverblijf	begeleid werken	GIO	totaal
2012	1.478,21				1.478,210
2013	2.983,36				2.983,36
2014	1.804,11				1.804,11
2015	5.861,80				5.861,8
2016					0
2017	10.798,52				10.798,52
2018		6.481,68			6.481,68
2019	3.994,50		746,70	1.932,08	6.673,28
2020 (1/1)		1.278,00		88,23	1.366,23
Totaal	26.920,50	7.759,68	746,70	2.020,31	37.447,19

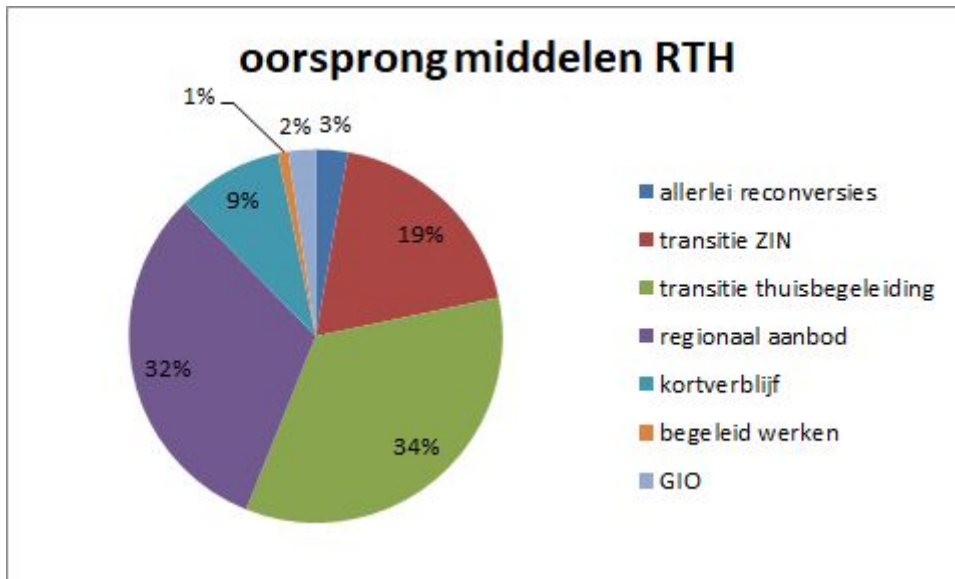
We onderscheiden hier:

- regionaal aanbod RTH: alle ondersteuningsfuncties
- kortverblijf: enkel verblijf, met voorafgaand of aansluitend dagbesteding (aanbod ook toegankelijk voor een belangrijke groep PVB'ers uit transitie ZIN, zie hoofdstuk 4.1 Concrete werking van RTH en regelgeving)
- begeleid werken (specifiek aanbod voor jongvolwassen schoolverlaters in samenwerking met het geïntegreerd breed onthaal)
- GIO (globale individuele ondersteuning voor jonge kinderen)

Met betrekking tot het regionaal aanbod werd in de jaren 2014, 2015 en 2017 bij de verdeling van de middelen ook telkens een bepaalde capaciteit voor regionaal aanbod specifiek voor minderjarigen en het

andere deel voor meerderjarigen verdeeld. De afgelijnde delen werden steeds in de globale erkenning RTH van de diensten opgenomen. In totaal werden 12 % van de middelen voor regionaal aanbod verdeeld specifiek voor minderjarigen en 56 % specifiek voor meerderjarigen. De overige 31 % werden niet specifiek toegewezen. De specifiek toegewezen capaciteit wordt niet apart opgevolgd. Het is de verantwoordelijkheid van de betrokken diensten om hun capaciteit in te zetten waarvoor ze bedoeld was.

Samenvattend kunnen we bovenstaande cijfergegevens grafisch als volgt weergeven.



4. RTH vandaag

4.1. Concrete werking van RTH en regelgeving

4.1.1. Algemeen

De rechtstreeks toegankelijke hulp van het VAPH is geregeld bij het besluit van de Vlaamse Regering van 22 februari 2013⁴. Dit besluit is ondertussen 10 keer gewijzigd, een laatste maal op 17 juli 2020⁵.

Een persoon met een handicap of een vermoeden van handicap kan gebruik maken van rechtstreeks toegankelijk hulp zonder daarvoor een toeleidingsprocedure te doorlopen. De ondersteuning kan opgestart worden in onderlinge overeenstemming tussen de cliënt en de aanbieder. De cliënt dient wel te voldoen aan de verblijfsvoorwaarden, met andere woorden in Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gedomicilieerd zijn⁶. Tevens geldt dat de persoon met een handicap jonger moet zijn dan 65 jaar bij de opstart van RTH of voor de leeftijd van 65 jaar reeds gekend moet zijn bij het VAPH.

In principe kan de cliënt RTH niet combineren met het gebruik van NRTH, met uitzondering van de mensen die over een PVB beschikken uit de transitie ZIN, waarbij minder dan 60 nachten woonondersteuning in rekening werden genomen bij het bepalen van het PVB. Zij mogen tot 60 nachten kortverblijf per jaar gebruiken, afhankelijk van hun zorggebruik op 31 december 2016.

Op persoonsniveau kan elke cliënt tot maximaal 8 personeelspunten RTH per jaar gebruiken. Er kunnen meer dan 8 punten geregistreerd worden, maar dan wordt de betrokken RTH-dienst daarvoor niet gesubsidieerd. Daarbij kunnen de verschillende ondersteuningsfuncties gecombineerd worden. De cliënt kan zijn overblijvend saldo zelf opvolgen in het e-loket mijnvaph.be. Het is echter niet zo dat iedereen die ondersteund wordt via RTH automatisch recht heeft op de volle 8 punten. Het is afhankelijk van de vraag van de cliënt en van de betrokken RTH-dienst hoeveel punten nodig en beschikbaar zijn voor de cliënt.

Individuele ondersteuningsfuncties:

Voor de individuele ondersteuningsfuncties geldt de volgende puntenwaarde:

- ambulante begeleiding: (per sessie): 0,155
- begeleiding: mobiel (per sessie): 0,220
- begeleid werk (per sessie): 0,220
- groepsbegeleiding (per sessie): 0,087
- dagopvang (per dag): 0,087
- verblijf (per nacht): 0,130

De ondersteuningsfuncties worden als volgt gedefinieerd:

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

⁴ Besluit van de Vlaamse Regering betreffende rechtstreeks toegankelijke hulp voor personen met een handicap (2013, 22 februari)

⁵ Zie bijlage

⁶ Voor minderjarigen hoeft het niet steeds te gaan om het domicilieadres, maar mag ook de feitelijke verblijfplaats in Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn.

- **mobiele begeleiding:** de algemene psychosociale ondersteuning van minimaal één uur en maximaal twee uur, waarbij de hulpverlener zich naar de persoon met een handicap of zijn netwerk verplaatst
- **begeleid werken:** de individuele en trajectmatige begeleiding van een gebruiker die niet kan worden ingeschakeld in het bestaande reguliere of beschermde arbeidscircuit
- **groepsbegeleiding:** algemene psychosociale ondersteuning van minimaal één uur en maximaal twee uur van twee of meer personen met een handicap of hun netwerk
- **dagopvang (dag):** de ondersteuning overdag voor een aangepaste opvang of een aangepaste dagbesteding
- **verblijf (nacht):** het verblijf met overnachting, met inbegrip van de opvang en ondersteuning gedurende de ochtend en de avonden

Ondersteuningsfuncties niet gelinkt aan individuele cliënt

Voor de ondersteuningsfuncties geldt de volgende puntenwaarde:

- ambulante outreach: (per sessie): 0,155
- mobiele outreach: (per sessie): 0,220

Via **mobiele en ambulante outreach** kan de erkende RTH-dienst zijn kennis overdragen naar een groep van minimaal drie ondersteuners die behoefte hebben aan handicapspecifieke kennis om hun ondersteuning beter af te stemmen op de vragen en noden van personen met een handicap. Op die manier worden hulpverleners uit de reguliere sector ondersteund in het helpen van personen met een handicap en kunnen meer inclusieve trajecten opgezet worden.

Op het vlak van subsidiëring werd bij de inkanteling van de thuisbegeleidingsdiensten in het systeem van persoonsvolgende financiering een uitzondering gemaakt voor de mobiele begeleiding van deze diensten. Zij kregen 0,235 personeelspunten per mobiele begeleiding binnen de omgezette capaciteit. Voor ondersteuning aan personen ouder dan 22 jaar werd dit over een periode van 3 jaar afgebouwd, zodat het vanaf 2020 voor die groep ook om 0,220 personeelspunten gaat. Voor ondersteuning aan de groep jonger dan 22 jaar is geen afbouw voorzien. Deze uitzondering geldt enkel voor de punten die in het verleden omgezet werden, en niet voor de eventuele bijkomende punten in het kader van het uitbreidingsbeleid na 2017.

Een erkenning voor RTH is steeds gekoppeld aan een erkenning als vergunde zorgaanbieder of multifunctioneel centrum, wordt uitgedrukt in personeelspunten en bestaat minimaal uit 35 personeelspunten. Op dit minimum is door middel van het zogenaamde Mozaïek 4-besluit een uitzondering voorzien voor een beperkt aantal diensten die in het kader van correctiefase 2 van de transitie naar persoonsvolgende financiering een kleinere erkenning RTH kregen⁷.

De erkenning kan zowel ingezet worden voor het ondersteunen van minderjarigen als van meerderjarigen. In bepaalde jaren werd bij het uitbreidingsbeleid een specifieke uitbreiding voor minderjarigen en voor meerderjarigen voorzien. Deze capaciteit werd echter niet afgelijnd in de afgeleverde erkenningen en wordt ook niet apart opgevolgd.

⁷ Besluit van de Vlaamse Regering tot aanpassing van een aantal besluiten van de Vlaamse Regering over de ondersteuning van personen met een handicap (2020, 24 april)

Sedert het uitbreidingsbeleid van 2018 werd gekozen om naast het regionale aanbod RTH ook gericht in te zetten op het realiseren van een aantal beleidsdoelstellingen. Hiertoe wordt bij een aantal diensten een afgelijnde capaciteit voorzien voor kortverblijf, voor begeleid werken in samenwerking met het geïntegreerd breed onthaal (GBO) en voor globale individuele ondersteuning voor jonge kinderen (GIO).

4.1.2. Kortverblijf

De afgelijnde capaciteit voor kortverblijf kan ingezet worden voor RTH-cliënten en voor die personen die op 1 januari 2017 of 1 januari 2018 de overstap maakten naar een persoonsvolgend budget en bij wie voor de bepaling van hun budget werd rekening gehouden met minder dan 60 nachten woonondersteuning. Voor hen wordt het kortverblijf rechtstreeks gefinancierd door het VAPH.

Deze capaciteit werd voorzien met middelen afkomstig uit het uitbreidingsbeleid vanaf 2018.

4.1.3. Begeleid werken i.s.m. geïntegreerd breed onthaal

In het kader van het uitbreidingsbeleid 2019 werd een beperkte capaciteit voorbehouden voor begeleid werken voor jongvolwassenen. Die middelen zijn toegekend aan diensten die een samenwerking opzetten met het geïntegreerd breed onthaal binnen de eerste lijn. Dit project loopt in regio's in drie provincies⁸.

4.1.4. Globale individuele ondersteuning

Globale individuele ondersteuning voor minderjarigen (GIO) is een aparte functie binnen rechtstreeks toegankelijke hulp, specifiek voor kinderen die starten in de kinderopvang, kleuterklas of het eerste leerjaar. Het gaat om laagdrempelige en snel inzetbare hulp in de gewone kinderopvang of school van het kind zodat kinderen met en zonder specifieke zorgbehoeften samen spelen, leren, vriendschappen sluiten ... Deze vorm van ondersteuning werkte het VAPH uit in samenwerking met Kind & Gezin en het departement Onderwijs.

GIO startte op in het najaar van 2019. Kinderen kunnen gebruik maken van maximaal 4 RTH-punten op jaarbasis, die losstaan van de 8 punten waar elk kind met een (vermoeden van) handicap gebruik van kan maken binnen rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH). De puntenwaarde van een uur is gelijk aan 0,130.

4.1.5. Subsidiëring en afrekening

De subsidiëring wordt afgerekend op het niveau van de subsidie-eenheid, bestaande uit de vergunde zorgaanbieder, het multifunctioneel centrum en eventueel rechtstreekse financiering. Een erkende dienst kan prestaties laten uitvoeren door een andere VZA of MFC als onderaannemer, het zogenaamde penhouderschap.

De prestaties RTH dienen geregistreerd te worden bij het VAPH in de geïntegreerde registratietool (GIR). Het personeel dient geregistreerd te worden in de elektronische personeelsregistratie (ISIS).

⁸ Dit project loopt in drie regio's in Vlaanderen (Noord-Limburg en Herkenrode, Oost-Brabant, Zuidwest-Vlaanderen).

Tegenover elke geleverde prestatie staat een aantal personeelspunten. Die worden opgeteld om de effectief geboden ondersteuning in personeelspunten te kunnen vergelijken met de totale erkenning op jaarbasis. Als de som van de op jaarbasis geregistreerde ondersteuning zowel door de erkende aanbieder als de puntenontvanger of onderaannemer, meer dan 92 % bedraagt van de erkenning en als er maximaal 20 punten minder worden gepresteerd dan de erkenning, ontvangt de RTH-aanbieder toch het volledige puntentotaal van de erkenning.

Naast de personeelsinzet wordt € 89 aan werkingsmiddelen voorzien per personeelspunt. Daarbovenop kan tot 3 % van de personeelspunten omgezet worden in werkingsmiddelen (aan € 834 per personeelspunt)⁹.

Naast de subsidiëring van de overheid kan de aanbieder een forfaitaire prijs per prestatie als eigen bijdrage van de cliënt aanrekenen. Deze bedraagt maximaal € 5,38 voor begeleiding, € 10,22 voor dagopvang en € 25,38 voor verblijf (bedragen vanaf 1 januari 2020, jaarlijks indexeerbaar).

4.2. Gebruik RTH

We brengen in dit onderdeel het huidige gebruik van RTH in kaart. We maken hier gebruik van rapporteringscijfers uit het wetenschappelijk onderzoek naar de plaats en werking van RTH binnen de eerste lijn waar mogelijk, en vullen aan met VAPH-gegevens. Er werden immers een aantal bijkomende analyses gemaakt door het VAPH. Hier dient rekening gehouden te worden met het feit dat de cijfers uit het wetenschappelijk onderzoek gaan over het jaar 2018, terwijl de analyses van het VAPH gemaakt werden op basis van de cijfers van 2019.

Voor de opsplitsing per regio, maken we gebruik van de cijfers van het VAPH en niet van het wetenschappelijk onderzoek. De reden daarvoor is dat in het wetenschappelijk onderzoek niet op het niveau van de zorgregio, maar enkel op het niveau van de provincie gerapporteerd wordt. Daarenboven houden wij als VAPH - tenzij anders vermeld - rekening met het domicilie van de cliënt, terwijl in het wetenschappelijk onderzoek de provincie van het aanbod in rekening genomen wordt. Aangezien RTH hoofdzakelijk in de vorm van mobiele begeleiding geboden wordt en aangezien de vestigingsplaats van de aanbieder niet steeds gekend is en er dus op basis van de administratieve zetel gerapporteerd wordt, is rapportage op basis van het domicilie van de cliënt meer aangewezen.

⁹ 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 (2019, 26 april)

4.2.2. Aantal cliënten

Tabel 4: profielschets van de mensen die in 2018 gebruik maakten van RTH¹⁰

Leeftijd	Gemiddelde		24,05 jaar	
	Mediaan		18 jaar	
			n	%
Minderjarigen			12.720	48,76
Meerderjarigen			13.368	51,24
Aantal voorzieningen			n	%
1			23.263	89,17
2			2.463	9,44
3			307	1,18
4			47	0,02
5			6	0,00
6			1	0,00
7			1	0,00
Wachtnlijst NRTH			n	%
Enkel wachtnlijst MFC (minderjarigen)			667	2,56
Enkel wachtnlijst PAB (minderjarigen)			311	1,19
Enkel wachtnlijst PVB (meerderjarigen)			3.794	14,54
Combinatie wachtnlijst PAB en MFC			68	0,26
Combinatie wachtnlijst PVB en MFC			11	0,04
Totaal wachtnlijst NRTH			4.851	18,59
Wachtnlijst PVB			n	%
Prioriteit 1			458	1,76
Prioriteit 2			508	1,95
Prioriteit 3			2.839	10,88
Prioriteit indien wachtnlijst PVB (n= 3 805)			n	%
Prioriteit 1			458	12,04
Prioriteit 2			508	13,35
Prioriteit 3			2.839	74,61
Budgetcategorie indien wachtnlijst PVB (n= 3 805)	Naam	Zorgpunten	n	%
	0	6.024399- 25.427669 (gem. 11.15173445)	47	1,24
	I	12.234511	889	23,36
	II	17.128316	300	7,88
	III	24.469022	1.045	27,46
	IV	33.644906	386	10,14
	V	42.820789	141	3,71

¹⁰ Op de Beeck, L., & Teppers, E., & Van Regenmortel, T. (2020). *Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

	VI	50.161496	587	15,43
	VII	53.220123	76	2,00
	VIII	55.0553	150	3,94
	IX	59.949104	81	2,13
	X	70.960164	92	2,42
	XI	88.08848	11	0,29
	XII	/	0	0,00
			n	%
RTH-punten per cliënt	% minder dan 8 punten		25.370	97,25
	% meer dan 8 punten		718	2,75
			Gemiddelde (95% BI)	Mediaan
	Totaal (n = 26 088)		2,72 (2,69-2,75)	2,10
	Geen wachtlijst NRTH (n = 21 237)		2,47 (2,44-2,50)	1,83
	Wachtlijst NRTH (n = 4 851)		3,84 (3,76-3,92)	3,46
	- Prioriteit 1 (n = 458)		4,58 (4,30-4,87)	4,43
	- Prioriteit 2 (n = 508)		4,44 (4,17-4,72)	4,44
	- Prioriteit 3 (n = 2 839)		3,92 (3,82-4,02)	3,57
	Budgetcategorieën PVB (n= 3 805)		Gemiddelde (95% BI)	Mediaan
	- Budgetcategorie I (n = 889)		3,90 (3,74-4,06)	3,74
	- Budgetcategorie II (n = 300)		3,88 (3,57-4,19)	3,74
	- Budgetcategorie III (n = 1 045)		3,96 (3,77-4,14)	3,49
	- Budgetcategorie IV (n = 386)		4,33 (4,04-4,63)	4,16
	- Budgetcategorie V (n = 587)		4,16 (3,93-4,39)	3,70
	- Budgetcategorie VI (n = 76)		4,23 (3,56-4,90)	3,54
	- Budgetcategorie VII (n = 150)		4,51 (3,96-5,07)	4,18
	- Budgetcategorie VIII (n = 81)		4,24 (3,45-5,03)	3,52
	- Budgetcategorie IX (n = 141)		4,33 (3,88-4,77)	4,18
	- Budgetcategorie X (n = 92)		3,87 (3,27-4,48)	3,27
- Budgetcategorie XI (n = 11)		4,16 (2,32-6,00)	3,96	

“Van de 26 088 personen met (een vermoeden van) een handicap die RTH gebruikt hebben in 2018, bedroeg de **gemiddelde leeftijd ongeveer 24 jaar** (mediaan= 18 jaar). Er zijn **ongeveer evenveel minderjarige personen** met (een vermoeden van) een handicap (49%, n= 12 720) **als meerderjarige personen** met (een vermoeden van) een handicap (51%, n= 13 368) die gebruik maakten van RTH in 2018. [...]

Omtrent aantal voorzieningen, kreeg 89% (n= 23 263) van de cliënten RTH bij slechts één vergunde zorgaanbieder. [...]

Ongeveer **twee op de tien RTH-cliënten** (19%, n= 4 851) stonden **op een wachtlijst voor nRTH** (d.i. PVB, PAB of MFC) in 2018. Het ging voornamelijk om de wachtlijst PVB voor meerderjarigen, wat 15% (n= 3 805) bedroeg. Drie vierde (75%, n= 2 839) van deze groep behoorde tot prioriteitengroep 3. Binnen deze groep wachtenden kwamen de volgende budgetcategorieën het meeste voor: budgetcategorie III (27%, n= 1 045), I (23%, n= 889), VI (15%, n= 587) en IV (10%, n= 386).

Gemiddeld werden er **2.72 RTH-punten per cliënt** besteed in 2018. Dit gemiddelde ligt significant hoger indien de cliënt op een wachtlijst voor nRTH stond dan wanneer men niet op deze wachtlijst stond, meer specifiek 3.84 versus 2.47 RTH-punten. Indien men op de wachtlijst PVB voor meerderjarigen stond met de hoogste prioriteiten (prioriteit 1 en 2) dan besteedde men significant ook meer RTH-punten in 2018 dan de laagste prioriteit (4.58 en 4.44 versus 3.92 RTH-punten). Het gemiddeld aantal RTH-punten per cliënt lijkt ook lichtjes, hoewel niet significant, te stijgen indien de cliënt in een hogere budgetcategorie zou zitten.

Bijna elke cliënt (97%, n= 25 370) bleef onder de grens van 8 RTH punten in 2018, met een kleine minderheid van ongeveer 3% (n= 718) dat meer dan 8 RTH-punten besteedde.”¹¹

Tabel 5: aantal per doelgroep met percentage kennismakingsgesprekken en langdurigere trajecten in 2019

Doelgroep	Aantal	% met deze doelgroep tov totaal aantal met RTH	% enkel kennismakings gesprek	% kennismakings gesprek en langduriger traject	% langduriger traject
geen handicapcode beschikbaar	14.956	53,5%	17%	4%	80%
autismespectrumstoornissen	3.894	13,9%	9%	5%	86%
licht verstandelijk	3.866	13,8%	5%	3%	93%
zintuiglijke handicap (auditief, visueel en spraak)	2.324	8,3%	10%	2%	88%
motorische stoornis	2.261	8,1%	8%	3%	89%
matig verstandelijk	1.781	6,4%	4%	2%	93%
(ernstige) gedrags- en emotionele stoornissen (GES(+))	1.213	4,3%	11%	4%	85%
<i>waarvan enkel GES(+)</i>	282	1,0%	12%	3%	84%
stoornis van specifieke mentale functies	1.192	4,3%	7%	4%	89%
zwakbegaafd	717	2,6%	8%	4%	88%
<i>waarvan enkel zwakbegaafd</i>	85	0,3%	8%	4%	88%
psychiatrische aandoeningen	699	2,5%	5%	3%	92%
<i>waarvan enkel psychiatrische aandoening</i>	62	0,2%	11%	2%	87%
fysieke handicap niet gespecificeerd	607	2,2%	6%	3%	91%
andere lichamelijke stoornis	482	1,7%	7%	4%	89%
psychiatrische stoornis niet gespecificeerd	376	1,3%	5%	3%	92%
<i>waarvan enkel psychiatrische stoornis niet gespecificeerd</i>	42	0,2%	5%	7%	88%
ernstig of diep verstandelijk	350	1,3%	5%	3%	92%
verstandelijke handicap niet gespecificeerd	246	0,9%	7%	1%	92%
uithoudingsstoornis	119	0,4%	5%	1%	94%
Totaal	27.940	>100%	12%	3%	84%

¹¹ Op de Beeck, L., & Teppers, E., & Van Regenmortel, T. (2020). *Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

In bovenstaande tabel is het aantal personen te zien dat een welbepaalde handicap heeft. Iemand met meerdere handicaps kan in meerdere categorieën voorkomen, tenzij anders vermeld. De som van de onderdelen is dus groter dan het totaal. In de tabel wordt per doelgroep het percentage personen dat enkel een kennismakingsgesprek, enkel een langduriger traject of zowel een kennismakingsgesprek als een langduriger traject had, per doelgroep weergegeven. Uit bovenstaande tabel blijkt dat 53,5 % van de personen die gebruik maken van RTH ontbrekende handicapcodes hebben. Daarnaast zien we dat 13,9 % minstens ASS heeft en 13,8 % minstens een licht verstandelijke handicap heeft. We zien lage percentages voor mensen met een ernstige of diep verstandelijke handicap of lichamelijke stoornissen die geen motorische stoornis zijn. We zien dat het percentage met enkel een kennismakingsgesprek het hoogst ligt bij mensen waarvoor de handicapcodes niet gekend zijn. Dat is niet onlogisch, aangezien mensen waarvan de handicapcodes niet gekend zijn, veelal mensen zijn waarvoor nog geen dossier gekend is bij het VAPH voor een andere aanvraag voor hulpmiddelen of ondersteuning. Dat doet vermoeden dat het vaker gaat over mensen die een lichtere handicap hebben, of in het begin van hun hulpverleningstraject zitten en zoekende zijn, eventueel doorverwezen worden naar reguliere diensten na een kennismakingsgesprek, of waarvoor de betrokken RTH-dienst (nog) geen ruimte heeft op een meer langdurig traject voor deze mensen op te starten.

Uit het onderzoek naar de de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn blijkt dat er **verschillende profielen zijn van gebruik**¹²: intensieve of hoogfrequente ondersteuning (dat betekent 7 tot 8 RTH punten, 7 % in 2018), slechts één intake (of een afsluitingssessie) (12 % in 2018), ondersteuning die laat in het jaar wordt ingezet (9 % voor het laatste kwartaal in 2018) of weinig intensieve of laagfrequente ondersteuning (dat is maximum 1 RTH-punt, 31 % in 2018) wat mogelijk overbruggingshulp kan zijn voor personen die moeten wachten op meer RTH-ondersteuning. Deze verschillende profielen kunnen overlappen met elkaar (het kan bijvoorbeeld gaan om zowel één intake als een late instroom).

4.2.3. Ondersteuningsfuncties

Tabel 6: aantal personen per ondersteuningsfunctie in 2019

Ondersteuningsfunctie	Aantal	Percentage
Mobiele begeleiding	21.875	78,30%
Ambulante begeleiding	9.814	35,10%
Dagopvang	4.672	16,70%
Groepsbegeleiding	2.636	9,40%
Verblijf	1.076	3,90%
Begeleid werk	158	0,60%
Totaal	27.940*	>100%

*geen optelling van aantal personen per ondersteuningsfunctie want verschillende combinaties per persoon

Het grootste aantal RTH-gebruikers maakt minstens gebruik van mobiele begeleiding (78,3 %) of ambulante begeleiding (35,1 %). Op de derde plaats komt dagopvang: 16,7 % van de RTH-gebruikers maakt minstens gebruik van dagopvang. Op de vierde plaats komt groepsbegeleiding (9,4 %). Verblijf wordt minder vaak

¹² Op de Beeck, L., & Teppers, E., & Van Regenmortel, T. (2020). *Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

gebruikt (3,9 %). Recent werd ook de functie begeleid werk toegevoegd aan de registraties. De (0,6 %) geregistreerde prestaties zijn wellicht een onderschatting, omdat begeleid werken nog grotendeels geregistreerd wordt onder ambulante en mobiele begeleiding.

Daarnaast maakten in 2019 1079 personen gebruik van kortverblijf. Dit zijn mensen die op 1 januari 2017 de overstap maakten naar een persoonsvolgend budget en waarbij voor de bepaling van hun budget werd rekening gehouden met minder dan 60 nachten woonondersteuning. Voor kortverblijf werden in 2019 in totaal 3243 personeelspunten ingezet. Verder kregen 43 personen in 2019 globale individuele ondersteuning ter waarde van 47 personeelspunten. Dit aantal is beperkt omdat deze ondersteuningsfunctie nog niet lang is opgestart.

Tabel 7: uniek aantal personen per combinatie van ondersteuningsvormen RTH in 2019

Combinatie per persoon per jaar	Aantal	Percentage
Enkel individuele begeleiding	23.209	83,1%
Dagopvang (+ begeleiding)	3.655	13,1%
Dagopvang + verblijf (+ begeleiding)	1.076	3,9%
Totaal	27.940	100%

Uit bovenstaande tabel blijkt nogmaals dat het overgrote deel van de cliënten in RTH gebruik maken van individuele begeleiding, in het bijzonder van enkel individuele begeleiding (83,1 %). Slechts een beperkt deel van de cliënten maakt gebruik van verblijf eventueel in combinatie met dagopvang of begeleiding (3,9 %).

Verder blijkt uit het onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn dat in 2018 cliënten die op de wachtlijst stonden voor NRTH significant meer een beroep deden op de RTH-ondersteuningsfunctie dagopvang, al dan niet in combinatie met begeleiding of verblijf, dan cliënten die niet op de wachtlijst voor NRTH stonden (27,1 % vs. 10,3 %)¹³. Cliënten die meer dan 8 RTH-punten hadden ingezet, deden ook meer een beroep op dagopvang in combinatie met begeleiding of verblijf dan cliënten die maximaal 8 RTH-punten hadden ingezet (46,7 % vs. 14,3 %). Minderjarigen deden meer een beroep op 'enkel begeleiding' dan meerderjarigen (89,6 % vs. 83,3 %), maar minder een beroep op dagopvang al dan niet in combinatie met begeleiding of verblijf (10,2 vs. 16,5 %).

“De meeste aangehaalde activiteiten die worden uitgevoerd tijdens (ambulante/ mobiele of groeps-) begeleiding van **minderjarigen** zijn begeleiding en ondersteuning van ouders rond ontwikkelingsstimulering van hun kind (60%), begeleiding van de minderjarige rond leren omgaan met de handicap (40%), begeleiding en ondersteuning van ouders rond hun zoektocht in het hulpverleningslandschap, opvangmogelijkheden en participatie in het onderwijs (31%) en ontspanningsactiviteiten (29%). Hieruit kan worden afgeleid dat de begeleiding van minderjarigen binnen RTH sterk gericht is op het netwerk, meer bepaald de ouders, en op inclusie in de maatschappij met betrekking tot opvang, onderwijs maar ook vrije tijd.

¹³ Op de Beeck, L., & Teppers, E., & Van Regenmortel, T. (2020). *Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

De meest aangehaalde activiteiten die worden uitgevoerd tijdens (ambulante/mobiele of groeps-) begeleiding van **meerderjarigen** zijn iets meer divers dan tijdens begeleiding van minderjarigen. Er werden namelijk ongeveer in gelijke mate verschillende activiteiten aangeduid binnen de top 3. Voorbeelden van veel aangehaalde activiteiten zijn: gesprekken met als onderwerp ‘administratie’ (30%), organisatie en coördinatie van de hulpverlening (26%), ondersteuning en coördinatie van het netwerk (23%), gesprekken met als onderwerp ‘relaties’ (22%), ondersteuning bij psychische problemen (20%), begeleiding in het kader van begeleid werken (20%) en begeleiding rond leren omgaan met de handicap (18%).”¹¹

4.2.4. Gebruikte personeelspunten

4.2.4.1. Algemeen

Tabel 8: gebruikte personeelspunten, prestaties en aantal personen per functie in 2018¹⁴

	Aantal RTH-punten		Aantal RTH-prestaties		Aantal personen met een (vermoeden van) handicap	
	n	%	n	%	n	%
Ambulante begeleiding	5 345.88	7.38	34 361	8.43	9 200	35.27
Mobiele begeleiding	55 302.79	76.36	249 029	61.13	20 971	80.39
Groepsbegeleiding	1 456.29	2.01	16 739	4.11	2 138	8.20
Dagopvang	7 937.79	10.96	91 239	22.40	3 957	15.17
Verblijf	1 538.29	2.12	11 833	2.90	885	3.39
Ambulante outreach	180.27	0.25	1 163	0.29		
Mobiele outreach	662.2	0.91	3 010	0.74		
Totaal	72 423.51	100	407 374	100	26 088*	>100

*geen optelling van aantal personen per ondersteuningsfunctie want verschillende combinaties per persoon of penhouder mogelijk

Uit onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerstelijns blijkt dat er een grote nadruk ligt op mobiele begeleiding (76,36 % van de punten)¹⁴. Op de tweede plaats komt dagopvang (11 %) en op de derde ambulante begeleiding (7 %). Verblijf en groepsbegeleiding blijven eerder beperkt (elk 2 % van de punten). Er wordt wel aangegeven dat er ook vraag is naar deze functies, bijvoorbeeld in het kader van het overbruggen van vakantieperiodes met verblijf.

99 % van de RTH-punten gaat naar ondersteuning van cliënten en 1 % gaat naar outreach. Daarbij dient opgemerkt te worden dat door de RTH-diensten werd aangegeven dat outreach vaak niet geregistreerd wordt en vrijwillig wordt aangeboden, veelal omdat de bezetting reeds behaald is met de cliëntgebonden functies. Het lage percentage wordt ook verklaard door het feit dat outreach op minder regelmatige basis wordt aangeboden dan begeleiding en vaak maar één sessie in beslag neemt.

Wat betreft het aanbod blijkt uit het onderzoek dat gemiddeld 15 % van de gepresteerde RTH-punten door onderaannemers gepresteerd wordt. “Ongeveer 80% van de diensten presteerde meer dan hun erkende capaciteit [...]. Deze overprestatie is vooral te wijten aan de grote vraag naar RTH en de expertenrol binnen een bepaalde doelgroep. Indien er meer gepresteerd werd, dan ging het gemiddeld om 48% meer per penhouder. Maar ook de verdeling van het aandeel meer gepresteerd is positief scheef waardoor de

¹⁴ Op de Beeck, L., & Teppers, E., & Van Regenmortel, T. (2020). *Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

mediaan lager was en 24% bedroeg. Het aandeel meer gepresteerd dan de erkenning lijkt ook sterk samen te hangen met de grootte van de penhouder. Meer specifiek hoe kleiner de erkende RTH-capaciteit, hoe hoger het gemiddelde percentage meer gepresteerd. Over alle penhouders heen (penhouders die evenveel, meer of minder presteren dan de erkenning) werd er in totaal 14% meer gepresteerd dan de totale erkende RTH-capaciteit.”¹⁴

4.2.4.2. Regionale afstemming

4.2.4.2.1. Werkwijze

Aangezien we gelijke toegang tot RTH voor elke inwoner van Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest als een belangrijk na te streven doel zien voor toekomstig uitbreidingsbeleid RTH, is het belangrijk dat we een goed zicht krijgen op hoe RTH vandaag regionaal verdeeld is. We streven immers naar een gelijke verdeling per inwoner van de erkende capaciteit per regio. Hierbij dienen de verschillende ondersteuningsfuncties in alle regio's beschikbaar te zijn.

Om die situatie vandaag in kaart te brengen kijken we naar het RTH-gebruik in 2019. We kijken daarvoor naar de ingezette punten per functie per zorgregio van het domicilie van de ondersteunde cliënten. We kozen ervoor om niet naar het domicilie van de aanbieders te kijken omdat RTH hoofdzakelijk in de vorm van mobiele begeleiding geboden wordt. Daarnaast is de vestigingsplaats van de aanbieder niet steeds gekend en wordt er dus op basis van de administratieve zetel gerapporteerd. Door de toenemende trend naar schaalvergroting, het fusioneren van verschillende RTH-diensten, geeft de administratieve zetel steeds minder weer waar de ondersteuning effectief geboden wordt. In het kader van een goede rapportering, opvolging van RTH en regionale afstemming, zou het aangewezen zijn om in de toekomst meer in te zetten op registratie van de vestigingsplaats voor de functies verblijf, dagopvang en ambulante begeleiding.

Een knelpunt is hier dat niet van alle cliënten die via RTH ondersteund werden, het domicilie gekend is bij het VAPH. Dat wordt immers niet geregistreerd door de RTH-diensten. Om de domiciliegegevens vanuit de databank te kunnen importeren, is enerzijds een dossiernummer nodig, en is er anderzijds een correct geregistreerde geboortedatum, naam, voornaam, rijksregisternummer en geslacht nodig. Tot nog toe wordt er voor RTH-gebruikers geen dossiernummer aangemaakt bij het VAPH. Daarnaast zijn er heel wat fouten in de geregistreerde gegevens (bijvoorbeeld typfouten in de naam) door de RTH-diensten.

Momenteel is het VAPH bezig met het optimaliseren van de gegevens zodat tegen een volgende rapportering meer domicilieadressen kunnen geïmporteerd worden. In afwachting daarvan gaan we ervan uit dat de punten die ingezet worden per onderaannemer bij mensen waarvoor geen domicilie beschikbaar is, evenredig verdeeld mogen worden per functie zoals de regio van de anderen die door dezelfde onderaannemer ondersteund worden voor die functie. Concreet betekent dit dat als bij een onderaannemer 10 punten in regio X ingezet worden voor mobiele begeleiding en 10 punten in regio Y voor mobiele begeleiding en 2 mensen hebben een ongekend domicilie en zetten samen 4 punten in via mobiele begeleiding, dan worden 2 punten toegevoegd aan regio X en 2 punten aan regio Y.

Wanneer we de verdeling van RTH op vandaag over de provincies en zorgregio's in kaart willen brengen, moeten we naast het huidige gebruik ook rekening houden met het feit dat er RTH-diensten zijn die overpresteren. Indien we deze prestaties mee in rekening zouden nemen om te kijken hoe middelen verdeeld zijn en op basis daarvan het toekomstig uitbreidingsbeleid zouden verdelen, dan zouden we die

regio's met RTH-diensten die veel extra inspanningen doen benadelen ten opzichte van de anderen. Zij zouden niet beloond worden voor hun efficiënte werking, aangezien uit de cijfers zou blijken dat zij meer RTH hebben in die regio ten opzichte van anderen dan zonder de overprestatie. Vandaar wordt ervoor gekozen om het percentage dat meer gepresteerd wordt dan de erkende capaciteit per aanbieder procentueel af te trekken van de RTH-inzet per bediende zorgregio en functie van personen die ondersteund werden door deze aanbieders. We maken het aantal overgepresteerde punten per zorgregio wel transparant.

Vervolgens moet er ook rekening gehouden worden met onderprestaties. Voor wie minder punten ingezet heeft dan de erkende capaciteit, zou uit de cijfers blijken dat zij minder RTH hebben in die regio ten opzichte van anderen dan zonder de onderprestatie. Dit zou de indruk wekken dat zij meer punten nodig hebben dan effectief het geval is, aangezien er nog punten niet benut werden en dus nog beschikbaar zijn in die regio. Vandaar dat deze niet-ingezette punten procentueel opgeteld worden bij de regio's die die RTH-diensten ondersteund hebben. Ook dit wordt in de analyse transparant gemaakt.

Voor het percentage van de onder- en overprestaties kijken we naar de capaciteit van de penhouder. Voor de evenredige verdeling over regio's van ondergepresteerde punten of het evenredig afhouden van de overgepresteerde punten kijken we naar de ingezette punten van de cliënten van de onderaannemer bij die penhouders.

4.2.4.2.2. Resultaten

Tabel 9: ingezette punten RTH (excl. GIO en outreach) per functie per zorgregio 2019, afgetopt voor onder- en overprestaties

Zorgregio persoon met handicap	Dagopvang	Verblijf	Mobiele begeleiding	Ambulante begeleiding	Groepsbegeleiding	Begeleid werk	Totaal
Leuven	420,8	96,7	4.782,40	670,2	144,2	-	6.128,30
Gent	1.043,80	387,9	7.714,00	641,8	391,5	10	10.178,50
Mechelen	593,3	116,2	3.625,40	368,6	103,6	13,4	4.851,10
Antwerpen	1.294,50	296,8	7.106,30	1.258,30	254,9	26,8	10.233,10
Brugge	560,00	116,2	2.528,20	272,20	81,5	-	3.554,10
Roeselare	420,5	96	2.920,80	325,1	122,8	-	3.870,50
Turnhout	630	96,3	3.611,40	303	134,3	4,7	4.773,40
Aalst	332,3	113,2	2.686,20	214,2	110,1	0,7	3.480,60
Oostende	266,3	53,9	1.450,40	116,3	13	-	1.908,90
Sint-Niklaas	181,8	48,7	1.942,60	98,3	46,2	12,3	2.339,80
Hasselt	903,6	101,8	4.606,20	276,6	181,7	11,5	6.068,70
Kortrijk	319	31,7	2.391,40	202	56,9	6,8	3.014,90
Genk	479,6	41,6	1.563,50	110,8	34,3	1,2	2.243,80
Halle-Vilvoorde	506,70	88,2	3.481,80	360	108,2	-	4.518,10
Brussel	167,5	38,1	1.169,10	214,4	24,4	-	1.613,50
Totaal	8.119,8	1.723,5	51.579,8	5.431,9	1.807,6	87,5	68.777,4

Tabel 10: percentage ingezette punten RTH (excl. GIO en outreach) per functie per zorgregio ten opzichte van totaal aantal ingezette punten RTH 2019, afgetopt voor onder- en overprestaties

Zorgregio persoon met handicap	Dagopvang	Verblijf	Mobiele begeleiding	Ambulante begeleiding	Groeps- begeleiding	Begeleid- werken	Totaal	Bevolkings- percentage*
Leuven	5,2%	5,6%	9,3%	12,3%	8,0%	0,0%	8,9%	7,2%
Gent	12,9%	22,5%	15,0%	11,8%	21,7%	11,4%	14,8%	13,2%
Mechelen	7,3%	6,7%	7,0%	6,8%	5,7%	15,4%	7,1%	6,1%
Antwerpen	15,9%	17,2%	13,8%	23,2%	14,1%	30,6%	14,9%	14,0%
Brugge	6,9%	6,7%	4,9%	5,0%	4,5%	0,0%	5,2%	4,5%
Roeselare	5,2%	5,6%	5,7%	6,0%	6,8%	0,0%	5,6%	5,2%
Turnhout	7,8%	5,6%	7,0%	5,6%	7,4%	5,4%	6,9%	6,6%
Oostende	3,3%	3,1%	2,8%	2,1%	0,7%	0,0%	2,8%	2,8%
Aalst	4,1%	6,6%	5,2%	3,9%	6,1%	0,8%	5,1%	5,1%
Sint-Niklaas	2,2%	2,8%	3,8%	1,8%	2,6%	14,1%	3,4%	3,6%
Hasselt	11,1%	5,9%	8,9%	5,1%	10,1%	13,1%	8,8%	9,0%
Kortrijk	3,9%	1,8%	4,6%	3,7%	3,1%	7,7%	4,4%	4,6%
Genk	5,9%	2,4%	3,0%	2,0%	1,9%	1,4%	3,3%	3,6%
Halle- Vilvoorde	6,2%	5,1%	6,8%	6,6%	6,0%	0,0%	6,6%	9,4%
Brussel	2,1%	2,2%	2,3%	3,9%	1,4%	0,0%	2,3%	5,2%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

*bevolkingspercentage op 1 januari 2020

Uit bovenstaande tabel blijkt dat SE's die ondersteuning bieden aan mensen uit Leuven, Gent, Mechelen en Antwerpen de hoogste percentages van punten hebben (exclusief overprestaties, inclusief onderprestaties) ten opzichte van hun bevolkingspercentage. SE's die ondersteuning bieden aan mensen uit Kortrijk, Genk, Halle-Vilvoorde en Brussel hebben de laagste percentages aan punten in vergelijking met hun bevolkingspercentage.

Tabel 11: percentage over- en ondergepresteerde punten bij SE's ten opzichte van totaal ingezette punten per functie en per zorgregio van het domicilie van de persoon met een handicap in 2019 (gesorteerd van meest naar minst gepresteerd)

Zorgregio persoon met handicap	Dagopvang	Verblijf	Mobiele begeleiding	Ambulante begeleiding	Groeps- begeleiding	Begeleid werken	Totaal
Turnhout	30%	19%	18%	16%	6%	49%	19,70%
Oostende	36%	17%	16%	19%	7%		19,60%
Brugge	26%	28%	15%	15%	9%		17,20%
Roeselare	25%	20%	14%	18%	5%		15,70%
Antwerpen	17%	2%	12%	11%	7%	13%	12,10%
Mechelen	15%	7%	9%	6%	6%	14%	9,50%
Kortrijk	25%	17%	6%	1%	4%	54%	8,10%
Sint-Niklaas	12%	14%	6%	5%	5%	12%	6,50%
Aalst	8%	4%	5%	4%	3%	-7%	4,90%
Brussel	6%	2%	4%	11%	5%		4,80%
Gent	13%	-10%	4%	8%	3%	14%	4,80%
Genk	11%	-3%	2%	8%	-3%	7%	4,40%
Leuven	6%	-6%	3%	8%	6%		3,40%
Halle- Vilvoorde	-1%	8%	3%	7%	5%		2,80%
Hasselt	0%	-17%	0%	-2%	-3%	7%	-0,90%
Totaal	16%	5%	8%	9%	4%	21%	8,8%

*Negatieve percentages duiden op onderprestaties, positieve percentages duiden op overprestaties.

SE's die mensen met een domicilie in de zorgregio Turnhout ondersteunen hebben het meeste overprestaties (gemiddeld 19,7 % meer gepresteerd dan hun capaciteit). En dan vooral voorzieningen die dagopvang bieden aan mensen met een domicilie in Turnhout (30 %). SE's die mensen uit Hasselt ondersteunen hebben als enige regio gemiddeld ondergepresteerd (gemiddeld 0,90 % minder gepresteerd dan de capaciteit). Vooral wie verblijf aanbiedt, heeft het vaakst onderprestaties (voornamelijk bij SE's die verblijf bieden aan mensen uit Gent, Genk, Leuven en Hasselt). Waar dagopvang (16 %) of begeleid werk (21 %) geboden wordt, zijn er gemiddeld genomen de meeste overprestaties. Deze cijfers kunnen erop wijzen dat er een grotere noodzaak is voor dagopvang en begeleid werken dan voor bijkomende capaciteit (kort)verblijf. Maar het kan er ook op wijzen dat men er meer in slaagt om dagopvang en begeleid werken op een efficiëntere manier te organiseren dan verblijf of dat het puntenaantal dat ze krijgen voor dagopvang in verhouding tot wat effectief geboden wordt redelijk hoog ligt.

Tabel 12: capaciteit per penhouder per provincie ten opzichte van gepresteerde punten in 2019 (gecorrigeerd voor onder- of overprestaties) met percentage onder- of overprestatie

Provincie	Aantal SE per provincie van de SE	Totaal punten 31.12.2019	% punten 31.12.2019	Totaal punten 01.01.2020	% punten 01.01.2020	% gepresteerd o.b.v. domicile persoon met handicap	% inzet per provincie persoon met handicap, overprestaties niet meegerekend, onderprestaties evenredig verdeeld	% overgepresteerde punten t.o.v. totaal ingezette punten per provincie persoon met handicap	Bevolkingspercentage
Antwerpen	61	23.793,3	30,6%	26.535,4	31,1%	30,4%	28,9%	13,5%	26,7%
Brussel	3	1.082,9	1,4%	407,9	0,5%	2,2%	2,3%	4,8%	5,2%
Limburg	27	9.603,5	12,3%	10.298,5	12,1%	11,1%	12,1%	0,6%	12,5%
Oost-Vlaanderen	54	16.454,0	21,1%	17.934,4	21,0%	22,4%	23,3%	5,1%	21,8%
Vlaams-Brabant	40	11.846,2	15,2%	13.561,2	15,9%	14,6%	15,5%	3,2%	16,5%
West-Vlaanderen	45	15.043,6	19,3%	16.549,8	19,4%	19,3%	18,0%	15,1%	17,2%
Totaal	230	77.823,4	100%	85.287,2	100%	100%	100%	8,8%	100%

De totale capaciteit RTH op 1 januari 2020 is gestegen ten opzichte van 31 december 2019 door een deel omgezette punten vanuit PVB naar RTH door correctiefase 2, door een aantal reconversies van MFC naar RTH en door uitbreidingsbeleid voor kortverblijf. Daarnaast zijn er een aantal verschuivingen tussen provincies door overdrachten van de ene naar de andere RTH-dienst of verschuivingen van de middelen voor kortverblijf uit het uitbreidingsbeleid van 2019. We zien echter dat de procentuele verdeling per provincie slechts in beperkte mate beïnvloed wordt door deze verschuivingen¹⁵. Bij de vergelijking van de procentuele verdeling van de capaciteit over de provincies met het bevolkingspercentage moet rekening gehouden worden met het feit dat de provincie van de SE die van de administratieve hoofdzetel is. Vaak wordt ondersteuning geboden via mobiele begeleiding. Daarvoor gaan diensten soms over provinciegrenzen heen, en al zeker over de grenzen van zorgregio's heen. Vandaar dat het niet zinvol is om de capaciteitscijfers op zorgregioniveau te bekijken. Daarnaast is de vestigingsplaats waar de ondersteuning geboden wordt voor verblijf, dagopvang of ambulante begeleiding niet steeds dezelfde provincie als die van de administratieve zetel.

We zien dat Brussel, Vlaams-Brabant en in mindere mate ook Oost-Vlaanderen en Limburg procentueel gezien minder capaciteit hebben dan hun bevolkingspercentage, terwijl Antwerpen en West-Vlaanderen meer hebben. Wanneer we kijken naar de effectieve inzet in 2019, zien we dat mensen uit Oost-Vlaanderen ondanks een gemiddeld lagere capaciteit dan het bevolkingspercentage, procentueel gezien meer punten

¹⁵Met uitzondering van Brussel. De daling is voornamelijk te verklaren door een fusie tussen een SE in Brussel en Vlaams-Brabant waarbij de punten op administratief niveau naar de SE in Vlaams-brabant overgedragen worden. Dit verandert in de praktijk niets aan de ondersteuning voor de cliënt

inzetten dan hun bevolkingspercentage. Zij worden iets vaker ondersteund door SE's met een hoofdzetel buiten hun provincie.

Wanneer overprestaties niet meegerekend worden, en onderprestaties evenredig verdeeld worden over de provincies, krijgen we een helderder zicht op waar er tekorten zouden kunnen zijn. Lagere inzet, maar overgebleven capaciteit duidt immers niet op een nood aan middelen, terwijl hoge inzet met krappe capaciteit kan wijzen op het feit dat er meer mogelijk is met de middelen dan voorzien of op een efficiënte werking, maar het kan er ook op wijzen dat er tekorten zijn waardoor men genoodzaakt is om meer mensen te helpen met eenzelfde capaciteit. SE's die ondersteuning bieden aan mensen uit Brussel, Vlaams-Brabant en Limburg blijken het laagste percentage punten te hebben ten opzichte van hun bevolkingspercentage. We zien dat dit percentage voor SE's die mensen uit West-Vlaanderen en Antwerpen ondersteunen iets minder uitgesproken hoger is dan het bevolkingspercentage dan de effectieve ingezette punten. We zien tevens dat het percentage overgepresteerde punten in deze regio's het hoogst is ten opzichte van de andere provincies. Een deel van de hoge percentages ten opzichte van de bevolkingspercentages kan dus door overprestaties verklaard worden, maar ook de capaciteit is in deze provincies het hoogst ten opzichte van het bevolkingspercentage. Waar er dus veel capaciteit is, worden ook meer overprestaties geleverd.

Tabel 13: inzet van punten over de grenzen van de provincie heen vanuit standpunt van de aanbieders in 2019 (afgetopt voor onder- of overprestatie)

Provincie persoon met handicap	Provincie van de onderaannemer						
	Antwerpen	Brussel	Limburg	Oost- Vlaanderen	Vlaams- Brabant	West- Vlaanderen	Totaal
Antwerpen	88,7%	1,2%	1,3%	3,0%	5,3%	1,1%	28,9%
Brussel	0,5%	87,0%	0,4%	0,2%	6,1%	0,3%	2,3%
Limburg	0,4%	0,2%	92,3%	1,5%	3,0%	1,3%	12,1%
Oost- Vlaanderen	1,7%	1,3%	1,3%	88,7%	5,6%	6,4%	23,3%
Vlaams- Brabant	8,5%	10,3%	3,0%	2,4%	79,6%	1,6%	15,5%
West- Vlaanderen	0,1%	0,0%	1,8%	4,2%	0,5%	89,3%	18,0%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

In bovenstaande tabel is te zien hoeveel punten aan cliënten in een welbepaalde provincie worden gegeven van de punten per provincie van de onderaannemer. Bijvoorbeeld: 88,7 % van de punten ingezet door onderaannemers met hun hoofdzetel in Antwerpen wordt ook ingezet voor cliënten uit Antwerpen. Het hoogste percentage dat ingezet wordt aan cliënten uit de eigen provincie zien we bij Limburg (92,3 %). Het laagste bij Vlaams-Brabant (79,6 %). Het is niet onlogisch dat RTH-aanbieders uit provincies die centraal in Vlaanderen gesitueerd zijn vaker naar andere provincies gaan om ondersteuning te bieden dan aanbieders uit provincies die minder centraal gesitueerd zijn.

Tabel 14: inzet van punten over de grenzen van de provincie heen vanuit standpunt van de cliënten in 2019 (afgetopt voor onder- of overprestatie)

Provincie persoon met handicap	Provincie van de onderaannemer						Totaal
	Antwerpen	Brussel	Limburg	Oost- Vlaanderen	Vlaams- Brabant	West- Vlaanderen	
Antwerpen	93,6%	0,1%	0,5%	2,4%	2,7%	0,7%	100%
Brussel	6,6%	50,4%	1,8%	1,6%	37,4%	2,3%	100%
Limburg	0,9%	0,0%	90,7%	2,8%	3,6%	1,9%	100%
Oost- Vlaanderen	2,3%	0,1%	0,6%	88,4%	3,5%	5,2%	100%
Vlaams- Brabant	16,8%	0,9%	2,3%	3,6%	74,4%	1,9%	100%
West- Vlaanderen	0,2%	0,0%	1,2%	5,4%	0,4%	92,8%	100%
Totaal	30,4%	1,4%	11,9%	23,2%	14,5%	18,7%	100%

In deze tabel is te zien hoeveel punten cliënten inzetten bij onderaannemers met een hoofdzetel in de eigen provincie of in provincies over de grenzen heen. Hier valt op dat mensen uit Antwerpen het vaakst bij SE's uit de eigen provincie inzetten (93,6 %) gevolgd door West-Vlamingen (92,8 %). Mensen uit Brussel zetten dan weer het minst in in de eigen regio (50,4 %). Een groot deel van hen laat zich ondersteunen door een SE met hoofdzetel in Vlaams-Brabant (37,4 %) en in minder mate ook in Antwerpen (6,6 %).

Vervolgens brengen we het gemiddelde aantal ingezette punten per persoon per zorgregio van het domicilie van de cliënt in kaart. We willen een opsplitsing maken tussen de mensen die enkel een kennismakingsgesprek hadden, en mensen die meer dan enkel een kennismakingsgesprek hadden. We hebben daar geen geregistreerde gegevens over, maar kunnen dit wel inschatten. We doen dat door als mensen enkel één mobiele of ambulante begeleiding kregen bij een RTH-dienst in 2019, die begeleiding te beschouwen als enkel een kennismakingsgesprek. Als iemand dus bij verschillende RTH-diensten telkens slechts één mobiele of ambulante begeleiding had, wordt dat als enkel een kennismakingsgesprek gerekend.

Tabel 15: gemiddeld aantal ingezette punten per persoon per zorgregio van de persoon met een handicap, opgesplitst naar enkel kennismakingsgesprek of meer in 2019

Zorgregio's	Gemiddelde inzet bij niet enkel kennismaking sgesprek	Aantal trajecten niet enkel kennismaking sgesprek	Gemiddelde inzet bij enkel kennismaking sgesprek*	Aantal trajecten enkel kennismaking sgesprek	% kennismaking sgesprekken t.o.v. totaal aantal trajecten	Gemiddelde inzet totaal
Brussel	3,8	343	0,2	26	7%	3,62
Leuven	3,62	1.336	0,2	147	10%	3,38
Halle-Vilvoorde	3,59	982	0,2	97	9%	3,35
Mechelen	3,48	1.223	0,22	188	13%	3,2
Turnhout	3,44	1.403	0,21	165	11%	3,24
Aalst	3,4	814	0,22	94	10%	3,15
Brugge	3,36	978	0,2	97	9%	3,13
Roeselare	3,33	1.018	0,19	122	11%	3,04
Gent	3,32	2.399	0,21	239	9%	3,12
Antwerpen	3,31	2.661	0,21	476	15%	2,99
Oostende	3,27	566	0,19	58	9%	3,04
Sint-Niklaas	3,17	577	0,21	87	13%	2,89
Kortrijk	3,14	820	0,19	76	8%	2,93
Hasselt	3,08	1.502	0,2	193	11%	2,82
Genk	2,94	612	0,2	84	12%	2,66
Ongekend	2,33	7.231	0,2	2.250	24%	1,89
Totaal	3,05	24.465	0,20	4.399	15%	2,70

*op persoons en SE-niveau: enkel 1 mobiele of 1 ambulante begeleiding gekregen in 2019

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de gemiddelde inzet per persoon 2,70 punten is in 2019. Wanneer we de kennismakingsgesprekken zonder vervolgondersteuning uit de analyse halen, zien we dat het gemiddelde gebruik per persoon op 3,05 ingezette punten uitkomt. Mensen met een domicilie in Brussel, Leuven en Halle-Vilvoorde zetten gemiddeld het hoogste aantal punten per persoon in (meer dan 3,5 per persoon). Mensen met een domicilie in Hasselt en Genk het laagste aantal per persoon (minder dan 3 per persoon). Opvallend is ook dat het laagste gemiddelde aantal punten per persoon (2,33) geregistreerd wordt bij mensen waarvan het domicilie ongekend is. We zien hier tevens het hoogste percentage trajecten die enkel kennismakingsgesprekken zijn ten opzichte van het totaal aantal trajecten (namelijk 24 % ten opzichte van 15 % globaal genomen). Dit is niet onlogisch, aangezien mensen waarvan het domicilie niet gekend is, veelal mensen zijn waarvoor nog geen dossier gekend is bij het VAPH voor een andere aanvraag voor hulpmiddelen of ondersteuning. Dat doet vermoeden dat het vaker gaat over mensen die een lichtere handicap hebben, of in het begin van hun hulpverleningstraject zitten en zoekende zijn, eventueel doorverwezen worden naar reguliere diensten na een kennismakingsgesprek, of waarvoor de betrokken RTH-dienst (nog) geen ruimte heeft op een meer langdurig traject voor deze mensen op te starten.

4.2.5. Globale conclusies uit deze cijfers

Als we de regionale verschillen grondig bekijken en de inzet van de punten vergelijken met het bevolkingsaantal, dan zien we over het algemeen een goede spreiding van RTH over Vlaanderen. De doelstelling om RTH voor alle Vlamingen relatief gelijk toegankelijk te maken wordt daardoor grotendeels gerealiseerd.

Uitzonderingen hierop zijn de provincie Vlaams-Brabant en het Brussel Hoofdstedelijk Gewest. De inzet van RTH bij mensen die in Brussel gedomicilieerd zijn, is beperkt tot 2,3 % van de middelen RTH, terwijl in Brussel 5,2 % van de Vlamingen woont. Ook in Halle-Vilvoorde zien we een beduidend lagere inzet van RTH ten opzichte van de bevolking: 6,6 % van de middelen voor 9,4 % van de bevolking.

Daartegenover worden in de zorgregio Leuven dan weer 8,9 % van de middelen ingezet voor 7,2 % van de bevolking. Deze cijfers zijn des te opvallender bij de mobiele en ambulante begeleidingen, terwijl de voormalige thuisbegeleidingsdiensten de volledige provincie als hun regio hebben.

Daarbovenop stellen we vast dat het gemiddelde gebruik van RTH per cliënt in deze 3 regio's het hoogste van Vlaanderen is. Er wordt in deze regio's dus minder aan zorgverdunding gedaan, wat er zou kunnen op wijzen dat de druk van de wachtenden hier wat minder groot zou kunnen zijn dan in de andere Vlaamse regio's. Als we terugkijken op het verleden weten we dat het aantal geregistreerde wachtenden bij de CRZ in het verleden ook relatief laag was in Brussel en Halle-Vilvoorde, ondanks een lager aanbod in vergelijking met bevolkingsaantal.

Deze zaken doen ons besluiten dat het op dit moment niet aangewezen is om prioritair middelen uitbreidingsbeleid in te zetten in functie van het rechte trekken van de verschillen tussen de regio's.

Wat betreft de ondersteuningsfuncties zie we dat de inspanningen die de afgelopen jaren geleverd zijn voor kortverblijf momenteel voldoende blijken, gezien het hogere percentage onderprestaties bij SE's die voornamelijk verblijf aanbieden in vergelijking met andere SE's. Tot slot zien we dat er meer overprestaties zijn bij dagopvang dan bij de andere functies. Het is niet eenvoudig om de reden daarvoor te achterhalen. De cijfers kunnen er immers op wijzen dat er een grotere noodzaak is voor dagopvang dan voor de andere functies. Maar het kan er ook op wijzen dat men er meer in slaagt om dagopvang op een efficiëntere manier te organiseren dan verblijf of dat het puntenaantal dat ze krijgen voor dagopvang in verhouding tot wat effectief geboden wordt redelijk hoog ligt.

4.3. Inhoudelijke bevindingen wetenschappelijk onderzoek

Met betrekking tot RTH werden recent 2 wetenschappelijke onderzoeken uitgevoerd:

- Teppers, E., & Op de Beeck, L., & Van Regenmortel, T. (2020). *De besteding van budgethouders in de laagste categorie van het persoonsvolgend budget en de mogelijkheden binnen RTH in combinatie met reguliere diensten*. HIVA - Onderzoeksinstituut voor arbeid en samenleving, KU Leuven.
- Op de Beeck, L., & Teppers, E., & Van Regenmortel, T. (2020). *Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

4.3.1. Samenvatting onderzoek grens tussen RTH en NRTH

Onderzoeksdoelstelling: Een duidelijk beeld krijgen op de concrete besteding van de persoonsvolgende budgetten binnen de laagste budgetcategorie 1. Welke zorg- en ondersteuningsvormen worden gebruikt en kunnen die opgenomen worden door RTH-diensten en/of reguliere diensten?

Onderzoeksvraag: Ligt de grens tussen RTH en NRTH op het optimale niveau of is het opportuun om het doelpubliek van RTH-diensten uit te breiden naar (bepaalde profielen binnen) de budgethouders in de laagste categorie?

Onderzoekresultaten: Uit de kwantitatieve data van het VAPH over budgethouders in BC I met minstens één vorm van cashbesteding (202 personen) blijkt dat net als bij RTH gebruikers verstandelijke handicaps en ASS het meeste voorkomen. Daarnaast zien we dat cash- en voucherovereenkomsten vaak gecombineerd worden. Slechts 30 % heeft geen overeenkomst bij een vergunde zorgaanbieder. De meesten nemen daarnaast ook het vrij besteedbaar deel op (90 %). Het budget wordt besteed bij een zeer diverse groep aan zorgaanbieders of diensten: bijstandsorganisaties (51 %), dienstencheques (43 %), niet-vergunde VAPH-voorzieningen (37 %), vrijwilligers (28 %), hulpverleners (18 %), vergunde zorgaanbieders (18 %) en vervoerders (14 %). De cashondersteuningsfunctie die het vaakst wordt geregistreerd is praktische hulp (69 %). Op de tweede plaats komt globale ondersteuning (23 %).

De gebruikers geven de ruime bestedingsmogelijkheden van PVB aan als een groot voordeel. De beslissingsvrijheid van het PVB wordt als belangrijkste meerwaarde van een PVB aangehaald. De meerderheid van de budgethouders verkiest het behoud van hun PVB boven de overstap naar RTH of reguliere diensten met als voornaamste redenen: de ondersteuning die reeds met het PVB werd opgebouwd werkt voor hen, de mogelijkheid om een deel vrij te besteden en de onbetaalbaarheid van de reeds opgebouwde ondersteuning zonder het PVB. Tot slot speelt de onbekendheid van RTH onder de bevraagde budgethouders ook een rol, aangezien men niet gaat kiezen voor iets wat men niet of nauwelijks kent.

Beleidsaanbevelingen:

- Minder aangewezen voor budgethouders die geen beroep doen op een vergunde zorgaanbieder of enkel gebruik maken van praktische hulp om over te stappen naar RTH
- Dienstencheque of vrij besteedbaar deel kan niet worden opgevangen binnen RTH-circuit.
- Door opschuiven van de grens zal er meer druk komen op de reeds bestaande wachtlijsten in RTH;
- Bij het doorsturen van deze mensen naar RTH, zullen velen 8 punten nodig hebben. Hier is geen garantie op gezien RTH-diensten aan zorgverdunding doen om zoveel mogelijk cliënten te kunnen helpen.
- Indien de grens verlegd wordt, is het van belang dat er voldoende wordt geïnvesteerd in tijdige, concrete, duidelijke en transparante communicatie over de beslissing en over de verschillende mogelijke ondersteuningsvormen en tegemoetkomingen binnen trap 1.
- Verdere en intensievere samenwerkingen tussen de gehandicaptensector, de welzijnssector en de reguliere sector worden ook aanbevolen.
- Er is voldoende aanbod RTH nodig en ook voldoende aanbod binnen de reguliere sector als de grens verhoogd wordt.
- Outreach is belangrijk om de reguliere sector te helpen.

- Betaalbaarheid voor de cliënt is belangrijk.

4.3.2. Samenvatting onderzoek naar de plaats van RTH binnen de eerste lijn

Onderzoeksvraag: wie is de RTH-cliënt, op welk aanbod kan deze beroep doen en welke (intersectorale) samenwerkingen zijn hiervoor uitgebouwd?

De centrale onderzoeksvraag omvat drie thematische clusters van meer concrete onderzoeksvragen:

1. het aanbod van RTH-diensten, zowel voor wat betreft de omvang en spreiding als de inhoud van de ondersteuning
2. de doelgroep van RTH-diensten, meer specifiek het profiel en de kenmerken van de RTH-cliënten
3. de (inter)sectorale samenwerking van RTH-diensten, tevens gerelateerd aan hun outreach functie

Daarnaast is er ook, zij het in meer beperkte mate, aandacht voor het perspectief van reguliere diensten en gebruikers.

Onderzoeksmethoden: het onderzoek combineert kwantitatieve methoden (analyse van administratieve data, websurvey) en kwalitatieve methoden (verkennende individuele gesprekken en verdiepende focusgroepen met diverse stakeholders).

Onderzoekresultaten:

De meeste RTH-middelen worden ingezet voor mobiele begeleiding (76 %), op de tweede plaats komt dagopvang (11 %). De andere functies komen minder vaak voor. 99 % van de middelen RTH gaan naar rechtstreekse ondersteuning van cliënten, 1 % naar outreach.

Diensten die RTH aanbieden aan minderjarigen hebben een hoger aanbod van outreach en verblijf dan diensten die RTH aanbieden aan enkel meerderjarigen. Het aanbod van outreach en verblijf ligt hoger en het aanbod van dagopvang lager bij grote dan bij kleine RTH-diensten. Ten opzichte van het bevolkingsaantal, zijn er in 2018 meer cliënten geholpen in Antwerpen en West-Vlaanderen en minder cliënten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Vlaams-Brabant.

De meerderheid van de RTH-diensten geeft aan dat een langdurige (meer dan twee jaar) opvolging van de cliënt vereist is bij begeleiding¹⁶. Bij RTH-diensten die voornamelijk **minderjarigen** begeleiden is er een sterke nadruk op het netwerk, meer bepaald de ouders, en wordt er ook ingezet op inclusie in de maatschappij met betrekking tot opvang, onderwijs maar ook vrije tijd. Bij **meerderjarigen** is de begeleiding zeer divers en omvat ze verschillende levensdomeinen (relaties, werk, hulpverlening en netwerk). Het thema 'administratie' komt ook sterk naar voren, wat naast een reële vraag van cliënten om met de complexe, administratieve realiteit om te gaan, ook een ingangspoort kan zijn om een vertrouwensrelatie aan te gaan of een impliciete zorgvraag naar ondersteuning.

Met betrekking tot **kenmerken van de RTH-cliënt** zien we dat 52 % meerderjarig is en de gemiddelde leeftijd 24 jaar is, meestal is er geen indicatie van het handicapprofiel of gaat het om ASS of een licht verstandelijke handicap, 85 % doet een beroep op enkel begeleiding, twee op de tien staat op de wachtlijst

¹⁶ mobiele, ambulante of groepsbegeleiding

NRTH, (voornamelijk in PG 3 met BC I, III, IV of VI), gemiddeld worden 2,72 punten per cliënt ingezet. Dit is hoger voor cliënten op de wachtlijst NRTH (3,84).

Ondanks dat er cliënten zijn voor wie de **acht RTH-punten per jaar** voldoende zijn, geeft de meerderheid van de RTH-diensten aan dat voor sommige cliënten dit aantal te weinig is. Er wordt het best een verhoging doorgevoerd enkel onder bepaalde voorwaarden (bijvoorbeeld wachtenden NRTH, sleutelmomenten in het leven ...).

Sterktes van RTH zijn: vlot en op korte termijn inzetbaar, laagdrempelig, flexibel, weinig complexe administratie, snel. Maar dit komt onder druk te staan door lange wachtlijsten. Negen op de tien RTH-diensten geeft aan onvoldoende middelen te hebben, acht op de tien presteert meer dan de erkende RTH-capaciteit. Ongeveer zes op de tien werkt met een wachtlijst voor RTH, voornamelijk voor de functie begeleiding.

RTH-diensten doen niet alleen aan **outreach**, zoals dit wordt gedefinieerd door het VAPH, ze delen ook **kennis en expertise op cliëntniveau**. Daarnaast blijkt uit praktijkvoorbeelden dat **(inter)sectorale samenwerking** diverse vormen aanneemt. RTH-diensten bieden aan een brede waaier van actoren outreach en dragen cliëntgebonden kennis over. Er wordt ook met een verscheidenheid aan partners samengewerkt (bijvoorbeeld scholen, CLB's, organisaties voor jongerenwelzijn, CAW's, OCMW's, diensten maatschappelijk werk (DMW's), thuiszorgdiensten, diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg ...). Outreach draagt onder meer bij tot meer inclusie en kwaliteitsvolle ondersteuning. Ontvangers van outreach bouwen meer zelfvertrouwen op door de aangereikte handvatten en de praktijkgerichte adviezen die hen in staat stellen om beter met de specifieke noden van deze doelgroep om te gaan. Er is een spanningsveld tussen outreach, het inzetten op ondersteuning en daarmee samenhangend het beheersbaar houden van wachttijden binnen RTH. Administratieve verschillen en verschillen in financiële systemen zijn hindernissen om (meer) intersectoraal samen te werken. Meer kennis van elkaar en elkaars dienstverlening werd meegeven als een belangrijke voorwaarde voor meer (inter)sectorale samenwerking.

Er is een **grijze zone tussen het VAPH-aanbod RTH en het reguliere aanbod**. De mogelijkheid om een proces aan te gaan met als doel personen met een handicap iets aan te leren waarbij gespecialiseerde kennis vereist is (RTH) versus het overnemen/uitvoeren van (praktische) taken met een focus op zelfzorg of thuiszorg en waarbij basiskennis met betrekking tot handicap volstaat (reguliere ondersteuning), is een belangrijke onderscheidende factor.

Beleidsaanbevelingen. De nadruk van de aanbevelingen rond het RTH-aanbod ligt op een verdere uitbreiding van het RTH-aanbod, een algemeen (en intersectoraal) aanmeldingssysteem met continue opvolging en actualisering, het belang van een flexibel en breed ondersteuningsaanbod om het preventieve en inclusieve karakter van RTH te vrijwaren en het empowerend ondersteunen van de persoon en het netwerk. De nadruk van de aanbevelingen rond het profiel van de RTH-cliënt ligt op het belang van een betere registratie van de handicapprofielen, de voorwaarden die best in acht worden genomen indien cliënten de overstap maken van NRTH naar RTH, een betere bekendmaking van RTH en een flexibele inzet van RTH-punten per cliënt met het oog op het verhogen van de grens tussen RTH en NRTH gebonden aan bepaalde voorwaarden. Binnen de aanbevelingen rond (inter)sectorale samenwerking en outreach wordt er een nadruk gelegd op het belang van outreach binnen het streven naar inclusie, het continueren en

bekender maken van outreach, de noodzaak en het potentieel van intersectorale samenwerking binnen het streven naar inclusie, de én-én verhouding van reguliere en RTH-ondersteuning en de eigenheid van beide.

4.3.3. Belangrijkste inhoudelijke conclusies en beleidsaanbevelingen uit het wetenschappelijk onderzoek

Kort samengevat zijn dit de belangrijkste conclusies uit de beide onderzoeken:

- Het tekort aan middelen binnen RTH, maar ook ruimer binnen NRTH en de reguliere sector, heeft een belangrijke impact op de huidige realiteit van RTH. Er zijn bijkomende investeringen nodig, niet alleen binnen NRTH, maar zeker ook in RTH.
- Intersectorale samenwerking en afstemming zijn zeer belangrijk. Er moet een focus liggen op kwaliteit van leven en inclusie van de persoon met een handicap binnen deze samenwerkingen. Er moet verder ingezet worden op outreach om inclusie verder te bevorderen.
- Er moet aandacht zijn voor de betaalbaarheid van de zorg en ondersteuning voor de cliënt.
- Wat betreft het wijzigen van de grens tussen RTH en NRTH wensen de cliënten in de laagste budgetcategorieën PVB zeker geen overstap naar RTH. Zij wensen de regie in eigen handen te houden en de ruimere bestedingsmogelijkheden van PVB te behouden. De RTH-diensten zelf zouden het opportuun vinden om de grens op te trekken.

5. RTH in de toekomst: beleidsaanbevelingen

5.1. RTH binnen breder kader

5.1.1. Uitbreidingsbeleid RTH: welke investering?

Op dit moment slagen we er niet in om aan alle vragen naar RTH tegemoet te komen. Dit kadert in de ruimere problematiek van schaarse middelen binnen de gehandicaptensector, maar ook binnen de ruimere welzijnssector. Om de doelstellingen van RTH ten volle te realiseren, zouden we ideaal gezien over voldoende capaciteit moeten beschikken om tijdig tegemoet te komen aan alle terechte vragen, binnen zowel de NRTH van het VAPH, de RTH als in de belendende sectoren. Als personen met een handicap en de mensen die hen bijstaan zouden weten dat ze op het moment dat het nodig is voldoende ondersteuning op maat kunnen genieten, vermijden we vroegtijdige en gemaximaliseerde vragen. De investeringen die hiervoor nodig zijn binnen de VAPH-sector werden in de meerjarenanalyse ingeschat op 1,6 miljard euro voor de periode 2019-2024. Specifiek voor RTH werd een verdubbeling van de capaciteit als nodig ingeschat, wat een investering van 55 miljoen euro zou inhouden. Dit is 3,4 % van het totale benodigde bedrag voor de VAPH-sector.

Gezien de huidige budgettaire context met een voorzien uitbreidingsbeleid van 270 miljoen euro en grote noden binnen de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp, moeten we afwegen of bijkomende middelen geïnvesteerd worden in RTH en, zo ja, in welke grootteorde deze investeringen dan het best liggen.

Voordeel van bijkomende middelen in RTH:

- Het aantal cliënten is relatief hoog in verhouding met de geïnvesteerde middelen. Er kunnen dus meer mensen geholpen worden binnen RTH met dezelfde middelen.
- Bijkomende middelen RTH kunnen gericht ingezet worden in functie van beleidsdoelstellingen.

Bedenkingen bij bijkomende middelen in RTH:

- RTH brengt weinig soelaas voor dringende vragen van mensen met een grote zorgzwaarte, terwijl volgens het Vlaams Regeerakkoord juist op die dringende vragen moet ingezet worden.
- De wachttijd in de prioriteitengroepen voor PVB, voor PAB en MFC zal meer oplopen.

Advies: Een investering in RTH, bijvoorbeeld 2 keer 5 miljoen euro gedurende de legislatuur in functie van de kerndoelstellingen RTH. Dit komt neer op 3,7 % van de voorziene bijkomende middelen in deze legislatuur.

5.1.2. Uitbreidingsbeleid RTH: doelstellingen en procedure

We formuleren 2 belangrijke **doelstellingen** voor een toekomstig uitbreidingsbeleid:

1. *Gelijke toegang tot RTH voor elke inwoner van Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. We streven naar een gelijke verdeling per inwoner van de erkende capaciteit per regio. Hierbij dienen de verschillende ondersteuningsfuncties in alle regio's beschikbaar te zijn.*
 - a. Uit het projectteamoverleg, de rapportering en wetenschappelijk onderzoek is niet gebleken of geobjectiveerd dat er een welbepaalde functie is waarvoor de nood groter is

dan de andere functies. Het is wel duidelijk dat er nood is aan algemene bijkomende investeringen in RTH. De middelen worden dus het best verdeeld los van een specifieke doelstelling.

- b. Uit de cijfermatige analyses blijkt dat de tekorten in het regionaal aanbod momenteel overal in Vlaanderen ongeveer gelijkaardig zijn. Deze middelen worden dus het best verdeeld over Vlaanderen op basis van de bevolkingscijfers.

We adviseren dat minimum twee derde van de middelen naar deze regionale verdeling gaan.

2. *Zeer gerichte inzet van bijkomende middelen in functie van bepaalde beleidsdoelstellingen, vaak voor bepaalde doelgroepen waarbij RTH-ondersteuning preventief kan werken ten opzichte van het uitbreiden van de zorgvraag.*

- a. We denken hierbij aan de mogelijkheid voor organisaties die nog geen SE hebben om RTH aan te bieden (zie beleidsaanbeveling 5.2.3).
- b. Het project Begeleid werken i.s.m. GBO loopt nu in drie regio's in Vlaanderen¹⁷. Het project is pas in 2020 opgestart. Het is nog te vroeg om dit te evalueren. We stellen voor dat er tegen het najaar van 2021 een evaluatie gemaakt wordt, en onderzocht wordt of uitrol vanaf 2022 aangewezen is naar alle regio's in Vlaanderen of als men het niet meer nodig acht om deze afgezonderde capaciteit te blijven te behouden en toe te voegen aan het regionaal aanbod.

We adviseren dat in 2021 en 2022 telkens maximum een derde van de middelen naar deze specifieke beleidsdoelstellingen gaat.

Bijkomend kunnen we stellen dat investeringen die er toe leiden dat de wachtlijsten in NRTH kleiner zouden worden ook een positief effect zouden hebben op RTH, omdat hierdoor het aantal mensen dat eigenlijk een ruimere ondersteuningsvraag heeft maar nu tijdelijk een beroep doet op RTH zou afnemen.

Als **procedure** van verdeling stellen we een centraal aansturing vanuit het VAPH voor zonder advies van de regio's die als volgt verloopt:

- infonota met duidelijke criteria. Deze criteria zorgen ervoor dat de beoogde beleidsdoelstellingen gerealiseerd worden en dat de regionale spreiding bewaakt wordt.
- Alle kandidaten dienen een gemotiveerde aanvraag tot uitbreiding in bij het VAPH.
- Binnen het VAPH worden alle aanvragen beoordeeld op basis van de criteria en wordt eventueel op basis van de aanvragen een verdeling van de punten gedaan. (Bij uitzonderingen op de criteria wordt een beslissing van het directie-overleg van het VAPH gevraagd.)

5.1.3. De grens tussen RTH en NRTH

Vanuit verschillende hoeken gaan meer en meer stemmen op om de grens tussen RTH en NRTH te herbekijken. Er wordt voornamelijk gedacht in de richting van het verhogen van de grens, en de laagste budgetcategorieën naar RTH toe te leiden. Deze discussie heeft ook linken met de beslissing van de Vlaamse Regering om het zorgbudget voor mensen met een handicap niet langer als een aparte vorm van het zorgbudget te zien, maar het te integreren met de andere vormen van het zorgbudget. Daardoor

¹⁷ Noord-Limburg en Herkenrode, Oost-Brabant, Zuidwest-Vlaanderen

moeten we op een andere wijze naar de eerste trap van de persoonsvolgende financiering en de grens tussen trap 1 en trap 2 kijken.

Voordeel van de grens optrekken:

- Meer mensen helpen met dezelfde middelen.
- Vereenvoudiging van het systeem voor mensen met een minder zware ondersteuningsnood. Geen 'zware' toeleidingsprocedure meer voor deze mensen.
- Eerlijke communicatie: Mensen met lage budgetcategorieën staan zelden in hoge prioriteitengroepen. De kans dat zij een budget zullen krijgen via de prioriteitengroepen is dus laag. Als zij weten dat zij zich definitief moeten organiseren binnen het reguliere en RTH-aanbod, kunnen ze zich daarop focussen in plaats van slechts beperkte tijdelijke ondersteuning te zoeken, in de hoop dat zij ooit een PVB zullen krijgen.
- Je zet naast het beantwoorden van de meest dringende, zwaardere zorgvragen ook in op preventief werken. Je kan hiermee hopelijk vermijden dat een deel van de mensen evolueren tot een vraag naar meer intensieve zorg doordat ze preventief geholpen worden.
- Hefboom voor voorzieningen om iets meer te doen dan ze nu kunnen doen in zeer dringende situaties die net geen noodsituatie in termen van PVB zijn.

Bedenkingen bij het optrekken van de grens:

- Meer aanbodgestuurd. Minder zekerheid en zelfregie voor de persoon met een handicap en zijn netwerk.
- Wegvallen van vraagverheldering en ondersteuningsplanning: mensen worden niet meer verplicht om stil te staan bij alle mogelijkheden, alle opties binnen de cirkels te verkennen.
- Het heroriënteren van een aantal mensen op de wachtlijst naar RTH zonder bijkomende budgettaire investeringen zal niet leiden tot een beter perspectief voor deze mensen. Er moet een forse investering gebeuren om mensen effectief een perspectief te kunnen geven binnen RTH. Onderstaande tabel toont ter illustratie de kost indien we iedereen die nu op de wachtlijst staat met BC I, II of III 8 punten RTH zouden geven. Daaruit blijkt dat hiervoor alleen al een investering van 51 miljoen euro nodig zou zijn. Deze mensen vertegenwoordigen op de wachtlijst een budget van 136 miljoen euro. De kostprijs van de totale wachtlijst op 31 december 2020 wordt ingeschat op ongeveer 511 miljoen euro. Indien we iedereen met BC I of II 8 punten RTH willen geven, zou dit 24 miljoen euro kosten. Zij vertegenwoordigen een budget van 47 miljoen euro op de wachtlijst. Men kan zich de vraag stellen of deze mensen voldoende geholpen zouden zijn met 8 punten. Deze kostprijs zou dus hoger zijn, mochten zij nog meer dan 8 punten moeten kunnen inzetten. Deze bedragen houden nog geen rekening met de aangroei van deze groep los van de huidige wachtlijst en het feit dat huidige RTH-gebruik gemiddeld op 2,7 punten per persoon ligt.

Tabel 16: kost van de mensen in de prioriteitengroepen indien iedereen 8 punten RTH zou krijgen met een BC I, II en III op de wachtlijst van 31 december 2019

BC	Punten	Euro	Aantal
I	18 328	16 971 461 €	2 291
II	7 736	7 163 423 €	967
III	29 152	26 994 327 €	3 644
Totaal	26 064	51 129 211 €	6 902

- Inhoudelijk moet men zich bewust zijn van het feit dat deze beweging, samen met investeren in RTH, betekent dat je een deel van het uitbreidingsbeleid reserveert voor mensen met een lagere zorgwaarde, minder dringende zorgvraag dan mensen in PG 1. De wachttijd voor NRTH zal daardoor geïmpacteerd worden. Je investeert immers deels in mensen in PG 3. Dit wordt duidelijk in onderstaande tabel:

Tabel 17: percentage per BC in PG, opgesplitst per PG op basis van wachtlijst 31 december 2019

BC	PG 1	PG 2	PG 3	Totaal
I	1% (15)	2% (66)	19% (2.210)	14% (2.291)
II	2% (40)	3% (88)	7% (839)	6% (967)
III	10% (178)	11% (300)	28% (3.166)	23% (3.644)
IV-XII*	87% (1.604)	84% (2.372)	46% (5.281)	57% (9.257)
Totaal	100% (1837)	100% (2.826)	100% (11.496)	100% (16.159)

*inclusief geschraptent transitie ZIN

- 42 % van de mensen in de prioriteitengroepen zitten in BC I, II of III.
 - 20 % in BC I of II.
 - Voornamelijk in PG 3 zien we dit. Daar zit 54 % in BC I, II of III (27 % in I of II)
 - In PG 1 is het aantal mensen met lage budgetcategorieën eerder beperkt, namelijk 13% heeft BC III of lager. Mensen met lage BC zitten voornamelijk in PG 3 (87 % van BC II en III in PG 3; 96 % van BC I in PG 3).
- Er is amper instroom van nieuwe budgetten met lage budgetcategorieën op de wachtlijst. De maatregel zou dus weinig impact hebben op nieuwe budgetten. Mensen met BC I, II of III zijn hoofdzakelijk via de procedure transitie CRZ in de prioriteitengroepen gekomen.

Tabel 18: percentage met procedure transitie CRZ in BC I, II en III, wachtlijst 31 december 2019

BC	Totaal
I	96,0%
II	83,5%
III	90,1%

- De wachttijden voor RTH bij de aanbieders zullen verder aanzwellen.
- Indien mensen die nu reeds een terbeschikkingstelling hebben in een lage budgetcategorie niet gereconverteerd worden naar RTH, en nieuwe mensen wel, creëer je een extra complexiteit in je systeem. (Maar het is niet wenselijk om rechten van mensen met PVB af te nemen, zie CF2.)
- Er is geen praktische hulp mogelijk binnen RTH, maar wel binnen de laagste budgetcategorieën. (evenals cashbestedingsvormen zoals dienstencheques). Voor praktische hulp kan men eventueel wel een beroep doen op reguliere hulpverlening (dit zal in vergelijking met de inzet vanuit PVB echter duurder zijn voor de cliënt en wellicht ook minder intensief).
- Er kunnen mogelijk effecten zijn op de toeleidingsprocedure: vraagmaximalisatie om toch in aanmerking te komen voor een PVB.

Indien ervoor gekozen wordt om de grens te verhogen, moeten heel wat knopen doorgehakt worden:

- Voor mensen die vandaag reeds een ter beschikking gesteld PVB hebben in lage budgetcategorieën, zijn er 2 scenario's:
 - Scenario A: Reconverteren naar RTH, maar dit ligt zeer gevoelig. In CF2 zijn er zelfs mensen die gereconverteerd werden naar RTH en cash gebruikten die een minibudget gekregen hebben. De volledige CF2-beweging waarbij mensen aangepast budgetten kregen ligt gevoelig. Het is niet wenselijk om nogmaals het budget van deze mensen te wijzigen.
 - Scenario B: Je behoudt de rechten van de huidige budgethouders. Vanaf een welbepaalde datum, worden alle nieuwe aanvragen op de nieuwe wijze behandeld.
- Wat met mensen die vandaag op de wachtlijst staan met lage budgetcategorieën?
 - Scenario X: schrappen van de bestaande vragen op wachtlijst, maar ook dit zal lijken op het ontnemen van rechten.
 - Scenario Y: Vragen laten bestaan maar uit de prioritering halen. Hierdoor blijft het theoretisch recht bestaan, maar leidt dit nooit tot een terbeschikkingstelling.
- Eenzelfde logica dient te gelden voor mensen die de toeleiding doorlopen en onder de nieuwe grens terechtkomen:
 - Scenario X: geen toewijzing voor mensen in de lage budgetcategorieën
 - Scenario Y: toewijzing maar geen perspectief op TBS
- Inhoudelijke argumenten moeten gezocht worden om een welbepaalde budgetcategorie als grens te nemen. Daarbij moeten we inzoomen op de budgetbepaling PVB. Mogelijk scenario's zijn hier:
 - Scenario A: 16 punten, dus geen TBS meer in BC I (oud) of BC1, 2 en 3 (nieuw)
 - Scenario B: 25 punten, dus geen TBS meer in BC I, II en III (oud) of BC 1, 2, 3, 4 (nieuw)
- Welke investering dient gepaard te gaan met deze beweging om een perspectief te creëren voor deze mensen? En moeten mensen die nu op de wachtlijst staan en eventueel gereconverteerd worden dan voorrang krijgen op andere RTH-gebruikers?
 - Maken van budgettaire scenario's
- Wat met minderjarigenzorg? Moet daar dan ook een reconversie van middelen naar RTH gebeuren? En wat met gelijkaardige budgethoogtes PAB?

Argumenten om de grens te verlagen:

- Meer vraaggestuurd, meer gebruikers krijgen een persoonsvolgend budget en hierdoor de regie in eigen handen.

Argumenten om niet langer met een zeer strikte grens te werken:

- Het huidige PVF-systeem heeft geen oplossing voor mensen die tijdelijk meer nodig hebben dan 8 punten. Enkel in acute noodsituaties kan een tijdelijk budget aangevraagd worden. Je zou een systeem kunnen uitwerken waarbij men tijdelijk meer mag inzetten dan 8 punten als men in een scharniermoment zit (bijvoorbeeld schoolverlaters). Dit heeft echter geen invloed op het NRTH-systeem

- Opmerking: RTH-diensten presteren vaak meer dan hun output. Dus dat kan in principe nu ook al gebeuren. Maar dan registeren ze niet meer dan 8 punten voor deze personen.
- In het wetenschappelijk onderzoek wordt gesuggereerd om bij mensen die woonondersteuning willen meer dan 8 punten gebruik toegelaten worden.

Advies: Het optrekken van de grens zal in de praktijk zonder forse investering in RTH weinig verschil maken voor mensen die nu wachten op een budget in de lage budgetcategorieën. Daarnaast is het een moeilijke communicatie dat de grens zou opgetrokken worden, en sommigen niet meer in aanmerking zullen komen voor een PVB. Vandaar adviseren we om de grens niet op te trekken, tenzij er grote investeringen in RTH kunnen gebeuren, zonder dat het huidige budget dat voor PG 1 en dringende vragen voorzien is hierdoor geïmpacteerd wordt.

5.1.4. Positie RTH-diensten binnen de eerste lijn

Het aanbieden van laagdrempelige ondersteuning op maat voor personen met een handicap is niet alleen de verantwoordelijkheid van RTH binnen het VAPH. Afhankelijk van de concrete ondersteuningsvraag dienen ook reguliere eerstelijnsdiensten hierin een rol te spelen.

Conform de bevindingen van het wetenschappelijk onderzoek menen we dat het regionaal aanbod RTH het best ingebed wordt in het ruimere regionaal aanbod dat toegankelijk is voor alle burgers¹⁸. Op deze manier kan verder gebouwd worden aan een inclusieve maatschappij en kunnen mensen met een ondersteuningsvraag bij één loket in hun regio terecht, van waaruit ze verder geholpen worden. Afhankelijk van de concrete vraag kan dit bij een reguliere dienst zijn, een RTH-dienst, een andere gespecialiseerde dienst of een combinatie van ondersteuning. Dit geheel kadert in de uitrol van het geïntegreerd breed onthaal.

Wanneer is RTH vanuit een VAPH-dienst aangewezen?

- Er is handicapspecifieke kennis nodig om de ondersteuning te kunnen aanbieden.
- De finaliteit van de ondersteuning is voornamelijk gericht op zelfredzaamheid verhogen, empowerment, ouders of mantelzorgers ondersteunen bij omgaan met handicap ...

Advies: De VAPH-diensten die RTH aanbieden in een bepaalde regio, maken hun aanbod kenbaar bij het geïntegreerd breed onthaal (GBO). Vanuit het GBO kan indien aangewezen naar deze diensten doorverwezen worden. We moeten daarnaast streven naar een volwaardige plek van onze sector binnen het GBO. Daardoor wordt op een efficiënte wijze omgegaan met de middelen binnen het beleidsdomein Welzijn en kan het grootste aantal mensen geholpen worden met de beschikbare middelen.

5.1.5. RTH persoonsvolgend

De vraag of RTH persoonsvolgend moet worden, werd reeds vanuit verschillende hoeken gesteld. Ook in het wetenschappelijk onderzoek komt naar voren dat gebruikersorganisaties vragen om RTH om te vormen naar een persoonsvolgend systeem¹⁹.

¹⁸ Op de Beeck, L., & Teppers, E., & Van Regenmortel, T. (2020). *Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

¹⁹ Op de Beeck, L., & Teppers, E., & Van Regenmortel, T. (2020). *Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Voordelen: Persoonsvolgende systemen zijn vraaggestuurd. De persoon met een handicap heeft de regie in eigen handen en is niet langer afhankelijk van het door de diensten gevoerde beleid.

Bedenkingen: Tot op vandaag is er geen systeem gevonden om RTH persoonsvolgend te maken en daarbij de sterke kanten van RTH te behouden: laagdrempelig, snel inzetbaar, weinig administratieve overlast, regelluw, toegankelijk. Indien je dit systeem persoonsvolgend moet maken, heb je immers een aanvraagprocedure nodig, heb je een systeem van prioritering van vragen nodig, waarbij er centraal aangestuurde wachtlijsten RTH ontstaan. Je kan minder kort op de bal spelen in een dergelijk systeem. De grens tussen RTH en NRTH vervaagt of verdwijnt zelfs volledig.

Advies: RTH wordt niet omgevormd tot een persoonsvolgend systeem. Zelfregie wordt gestimuleerd door het invoeren van een verplicht evaluatiemoment binnen RTH. Hierdoor moeten de RTH-dienst en de cliënt stilstaan bij het ondersteuningstraject en de vraag van de persoon met een handicap en zijn netwerk en de mate waarin het huidige traject nog op de vraag is afgestemd of bijgestuurd moet worden.

5.1.6. Centrale wachtlijst voor RTH

Er wordt soms geopperd dat er nood zou zijn aan een centrale wachtlijst RTH om de vraag naar RTH in kaart te brengen. Er zou op die manier een beter zicht zijn op de noden binnen RTH, waardoor eventuele bijkomende middelen in het kader van het uitbreidingsbeleid gericht zouden kunnen ingezet worden.

Vanuit wetenschappelijk onderzoek wordt echter niet geadviseerd een centrale wachtlijst uit te rollen. De onderzoekers geven aan dat hier geen eensgezindheid over is onder RTH-diensten.

Voordelen: Wanneer een RTH-dienst punten over heeft en zelf geen aanvragen naar hulp gekregen heeft, kan de dienst in de centrale wachtlijst kijken of er iemand is met een vraag waar zij nog een antwoord kunnen op bieden.

Nadelen of risico's:

- Een wachtlijst is geen goede voorspeller van de nood aan RTH, zeker niet als er UB aan gekoppeld wordt. Dan worden mensen soms om strategische redenen op een wachtlijst geplaatst.
- Tevens is het zo dat een wachtlijst administratieve opvolging vraagt en een aanvraagprocedure waardoor de sterke kanten van RTH terug onder druk komen te staan: laagdrempelig, eenvoudig, snel, weinig administratieve overlast.
- Het up-to-date houden van een wachtlijst is een zeer arbeidsintensieve opdracht.

Advies: De voordelen van een wachtlijststelsel zijn voor RTH veel te beperkt om dit te implementeren en wegen niet op tegen de administratieve last en benodigde middelen. We adviseren dan ook om dit niet te doen.

Zijn er dan mogelijke alternatieve manieren om de nood aan bijkomende middelen RTH in kaart te brengen?

- Als we kunnen bepalen hoeveel een vraaggestuurd gemiddeld gebruik per jaar per persoon zou zijn, kunnen we berekenen hoeveel extra personeelspunten hiervoor nodig. Uit de rapportage blijkt dat het gemiddeld gebruik voor wie niet enkel een kennismakingsgesprek krijgt nu 3,05 personeelspunten per jaar bedraagt. Gaan we ervan uit dat we dit op bijvoorbeeld 5 willen brengen. Dan zijn ongeveer 48.000 extra personeelspunten nodig.
- Nu zijn er 4399 mensen die enkel één kennismakingsgesprek hebben. Als we ervan uitgaan dat de helft daarvan ook een langer traject nodig heeft met een gemiddelde inzet van 5 personeelspunten per jaar, zijn hiervoor ook nog eens 11.000 extra personeelspunten nodig, wat het totaal op ongeveer 59.000 extra personeelspunten brengt.

5.1.7. Outreach

Uit het wetenschappelijk onderzoek blijkt dat slechts 1 % van de middelen voor RTH ingezet worden voor outreach²⁰. Dit leidt tot de aanbeveling om hier meer middelen voor te voorzien. Het is echter niet duidelijk of deze 1 % alle outreach capteert. Er zouden diensten zijn die outreach aanbieden zonder te registreren omdat ze al boven hun erkenning presteren met de ondersteuning die ze bieden aan hun cliënten.

Voordelen:

- Outreach draagt bij aan een meer inclusieve samenleving, omdat het ervoor zorgt dat personen met een handicap meer en langer een beroep kunnen doen op reguliere diensten.

Bedenkingen:

- RTH-diensten zijn slechts één van de mogelijke partners voor outreach. Daarnaast kan hier een rol weggelegd zijn voor de diensten ondersteuningsplan, gebruikersverenigingen, vormingsdiensten, opleidingen ... Elk van deze diensten kan zijn specifieke rol hebben vanuit zijn invalshoek.
- Outreach vanuit een RTH-dienst, die steeds gelinkt is aan VZA of MFC kan het risico inhouden dat men de mogelijkheden van de reguliere hulpverlening voor personen met een handicap onderschat.

Advies: Laat outreach als mogelijkheid binnen RTH zeker bestaan, maar bekijk dit in een ruimer kader en werk hierrond een beleidsvisie uit. Ook andere actoren binnen de handicapspecifieke sector kunnen belangrijke partners zijn in de verdere uitrol van outreach.

5.1.8. Reconversie van punten MFC of thuisbegeleiding naar RTH

In het kader van de inkanteling van de thuisbegeleidingsdiensten in het tweetrapssysteem van de persoonsvolgende financiering, werd de capaciteit thuisbegeleiding opgesplitst in een deel capaciteit RTH, een deel capaciteit MFC en een deel capaciteit PVB. Hierbij werd de afspraak gemaakt dat de verdeling tussen RTH en MFC naderhand nog zou kunnen bijgestuurd worden. Deze bijstellingen moeten in elk geval afgerond zijn bij de opstart van de persoonsvolgende financiering minderjarigen.

Ook andere reconversies tussen MFC en RTH kunnen eventueel nog overwogen worden zolang er sprake is van een erkende capaciteit MFC.

²⁰ Op de Beeck, L., & Teppers, E., & Van Regenmortel, T. (2020). *Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Voordelen: Als middelen NRTH ingezet worden voor mensen die eigenlijk binnen de capaciteit RTH vallen, dan zorgt een reconversie ervoor dat deze mensen niet langer een toeleidingsprocedure dienen te doorlopen (administratieve vereenvoudiging).

Bedenkingen of risico's:

- mogelijk strategisch gedrag bij de diensten in de aanloop naar PVF minderjarigen omdat de erkende RTH-capaciteit voorzieningengebonden is
- Middelen die momenteel voorzien zijn voor intensieve ondersteuning worden niet langer zo ingezet, terwijl de tekorten in trap 2 nog steeds zeer groot zijn.

Advies: Reconversie van MFC naar RTH wordt niet langer toegelaten. Wat betreft verdere aanpassingen in het kader van de transitie thuisbegeleiding, melden we aan de betrokken diensten dat ze hiertoe een laatste kans krijgen in 2021 en het vanaf 2022 niet meer mogelijk is.

5.2. Erkenningen RTH

5.2.1. Penhouderschap

Om RTH-middelen flexibel te kunnen inzetten, werd het systeem van penhouderschap ingevoerd. Een voor RTH erkende dienst kan daardoor erkende punten laten inzetten door een andere SE, de zogenaamde onderaannemer. Dit systeem was bedoeld om de middelen op een meer flexibele manier vraaggestuurd te kunnen inzetten, eventueel binnen een netwerk van samenwerkende voorzieningen. Door de grote administratieve complexiteit en de beperkte rechtszekerheid voor de gebruikers wordt dit systeem nu in vraag gesteld.

Voordelen penhouderschap:

- Als diensten onvoldoende aanvragen krijgen voor hun capaciteit, kunnen ze de middelen doorgeven, zodat er toch nog mensen mee geholpen worden. Op die manier blijven er geen middelen onderbenut.
- Het creëert de mogelijkheid om binnen een regio een netwerk RTH op te zetten.
- Diensten die RTH willen aanbieden, maar niet aan de minimumgrens van 35 personeelspunten geraken, kunnen ook RTH aanbieden.

Nadelen penhouderschap:

- complexe administratieve opvolging, zowel voor het VAPH als voor de RTH-diensten zelf
- De afrekeningen op SE-niveau worden ernstig vertraagd door de gebrekkige registratie van het aantal punten dat in onderaannemerschap wordt gepresteerd.
- Beperkte rechtszekerheid voor de gebruiker: indien de penhouder het volgende jaar beslist geen punten meer door te geven, is de gebruiker zijn RTH-punten kwijt bij de onderaannemer.

Advies: Het penhouderschap blijft behouden, maar er worden niet langer correcties toegelaten in de registraties die de afrekeningen vertragen. De penhouders en onderaannemers dienen dus onmiddellijk correct te registreren.

5.2.2. Minimaal 35 personeelspunten

In functie van efficiëntie en om de versnippering van middelen tegen te gaan, werd in de regelgeving voor RTH bepaald dat een erkenning steeds minimaal uit 35 personeelspunten dient te bestaan. In het verleden zijn hier al verschillende malen uitzonderingen op toegestaan, met name in het kader van de transitie naar PVF en recent bij CF 2. Telkens werden een aantal gebruikers van NRTH wegens een laag zorggebruik of zorgzwaarte doorverwezen naar RTH. De zorgaanbieder die reeds instond voor de ondersteuning, diende de zorg te continueren binnen RTH en kreeg hiervoor (bijkomende) RTH-punten, waarbij de mogelijkheid ontstond dat de totale RTH-erkenning onder de 35 punten bleef.

Voordelen 35 punten-regel:

- Grotere schaalgrootte leidt tot meer efficiëntie.
- Afschaffen van de 35-punten regel zou kunnen leiden tot vele kleine organisaties.

Nadelen 35 punten-regel:

- Er kunnen meer RTH-diensten een aanvraag doen, aangezien de drempel verlaagd wordt.
- Punten uitwisseling enkel in kader van het omzeilen de 35-punten regeling.

Advies: De 35 punten-regel wordt afgeschaft. Indien de voorwaarde om een RTH-erkenning te koppelen aan een MFC of VZA afgeschaft wordt, blijft deze regel wel behouden voor organisaties zonder MFC of VZA.

5.2.3. RTH enkel in combinatie met VZA of MFC?

Op dit moment kunnen enkel vergunde zorgaanbieders en multifunctionele centra een een erkenning voor RTH krijgen. Gezien het specifiek karakter van RTH, dat zich voornamelijk richt naar mensen met een minder intensieve zorgvraag of zorgzwaarte, zou het ook een optie kunnen zijn om deze voorwaarde te laten vallen.

Voordelen van laten vallen voorwaarde koppeling met VZA of MFC:

- meer mogelijkheden tot intersectorale samenwerking
- expertise met betrekking tot ambulante of mobiele begeleiding
- vermijden dat organisaties een vergunning NRTH vragen enkel om RTH te kunnen aanbieden. Om aan de erkenningsvoorwaarden te blijven voldoen, moeten die dan minimaal 1 PVB 'binnenhalen'.
- specifiek, gespecialiseerd aanbod dat kadert in RTH maar in geen enkele andere subsidievorm zou kunnen erkend worden
- Organisaties zonder MFC of VZA hebben er geen belang bij mensen naar trap 2 door te verwijzen.

Nadelen of risico's van het laten vallen van de voorwaarde koppeling met VZA of MFC:

- aparte erkenningsvoorwaarden voor wie binnen het VAPH enkel RTH wil aanbieden
- heel wat mogelijke aanvragers
- moeilijk op te volgen of VAPH-middelen effectief handicapspecifiek ingezet worden
- kleine organisaties, versnipperde middelen: leefbaarheid? kwaliteit? arbeidsvoorwaarden?
- De grijze zone met wat ouderverenigingen, zelfhulpgroepen ... doen wordt nog groter.
- Wat nu met fondsenwerving gebeurt, wordt overgenomen door VAPH-subsidiëring.

Advies: Om organisaties die geen MFC of VZA zijn ook de mogelijkheid te geven om RTH-dienst te worden, wordt een projectoproep gelanceerd. Organisaties kunnen hierdoor gedurende drie jaar een

projectsubsidie krijgen. Bij een positieve evaluatie aan het einde van het project waarbij aangetoond moet worden dat er een meerwaarde is om het project structureel te verankeren, wordt het mogelijk om een erkenning RTH te krijgen die niet gekoppeld is aan een VZA of MFC. Er worden voor deze organisaties aparte erkenningsvoorwaarden voorzien in de regelgeving waarbij de organisatie aan het VAPH dient aan te tonen dat ze voldoet aan de voorwaarden. We denken daarbij onder andere aan voorwaarden op het vlak van rechtspersoon, personeel (paritair comité), kwaliteit (waaronder handicapspecifieke knowhow), doelgroepbewaking, schaalgrootte, innoverend ten opzichte van het bestaand RTH-aanbod ... De combinatie met een erkenning als DOP of een vergunning als bijstandsorganisatie binnen dezelfde rechtspersoon is niet wenselijk en kan het best uitgesloten worden.

Als hiervoor gekozen wordt, dient een aanzienlijk deel van het uitbreidingsbeleid voorzien te worden voor de doelstellingen die men hiermee wil bereiken. Dat betekent dat voldoende tijd zal moeten genomen worden bij een volgende uitbreidingsronde om te onderzoeken of aanvragers voldoen aan de gestelde voorwaarden.

5.2.4. Opvolgen output

De laatste jaren werd gericht uitbreidingsbeleid ingezet in functie van een aantal doelstellingen. In principe betekent dit dat een aantal RTH-diensten zich aan bijkomende voorwaarden moeten houden bij de inzet van deze middelen.

In een aantal gevallen heeft zich dit vertaald in een specifieke afgelijnde capaciteit die expliciet in het erkenningsbesluit werd opgenomen, met name voor kortverblijf, GIO en begeleid werken in samenwerking met GBO. Deze zaken worden dan ook apart geregistreerd en opgevolgd. In andere gevallen, voornamelijk waar het gaat om capaciteit specifiek voor minderjarigen of specifiek voor meerderjarigen, is dat niet expliciet in de erkenningsbesluiten opgenomen. Hier wordt ook niet opgevolgd of deze middelen ingezet worden zoals afgesproken, maar aangezien het meestal gaat om een beperkt deel van de capaciteit, is dit wellicht niet echt noodzakelijk.

Naast deze specifieke opvolging van de output volgt het VAPH ook de reële inzet van personeelspunten op ten opzichte van de erkende punten. Als een dienst meer dan 92 % van de erkende punten presteert en de eventuele onderprestatie niet meer dan 20 personeelspunten bedraagt, krijgt de dienst de volledige voorziene subsidiëring.

Voordelen van opvolgen output:

- Door de output van de ingezette middelen voor welbepaalde doelstellingen beter op te volgen en consequenties te koppelen aan het niet halen van een welbepaalde output, worden RTH-diensten afgeraden om zomaar in te schrijven op een uitbreidingsronde en achteraf de middelen in te zetten zoals ze zelf willen.

Nadelen van opvolgen output:

- Het is niet wenselijk dat de opvolging ertoe leidt dat punten onbenut blijven die anders ingezet zouden worden voor vragen die niet binnen de doelstelling van het vooropgestelde uitbreidingsbeleid passen.

Advies:

- Het VAPH krijgt een mandaat om bij structurele onderprestatie de erkenning van een dienst te verminderen. Dit mandaat geldt zowel voor de specifieke afgelijnde capaciteit als voor de totale capaciteit. Er wordt hiertoe een concrete operationalisering in de regelgeving opgenomen.
- Goede registraties zijn belangrijk. SE's worden aangespoord om tijdig en correct te registreren.
- geen opvolging tot 100 %, maar wel 92 % van de middelen die moeten ingezet worden voor de vooropgestelde doelstelling
- Het is heel moeilijk om te achterhalen hoe het komt dat sommige RTH-diensten meer presteren dan andere RTH-diensten. Heeft dit te maken met de wijze waarop er geregistreerd wordt? De mate van efficiëntie van bepaalde diensten? Of een hogere nood in de regio waardoor meer cliënten opgenomen worden? Zijn er nog andere oorzaken? We adviseren om een kwalitatief wetenschappelijk onderzoek uit te laten uitvoeren met als onderzoeksvragen:
 - Wat veroorzaakt de variatie in outputniveau tussen verschillende RTH-diensten?
 - Is de wijze waarop output nu gemeten wordt de optimale wijze of kan deze verbeterd worden?

5.2.5. Registratie van de vestigingsplaats

Een van de kerndoelstellingen van RTH is een gelijke spreiding over Vlaanderen van het RTH-aanbod zodat elke persoon met een handicap gelijke toegang heeft tot ondersteuning. Vandaag is het echter niet eenvoudig om de spreiding van de middelen in kaart te brengen. We hebben immers enkel gegevens over de locatie van de administratieve hoofdzetel van RTH-diensten. Terwijl dit niet steeds de plaats is waar de ondersteuning geboden wordt. Dit is des te meer het geval door de trend naar meer en meer schaalvergroting en fusies van verschillende kleine diensten, vaak over zorgregio's of zorgzones heen. Voor mobiele begeleiding is het vaak aangewezen om naar het domicilie van de cliënt te kijken, maar voor de functies dagopvang en verblijf, evenals ambulante begeleiding, is het belangrijk om te weten waar de ondersteuning effectief geboden wordt.

Tot slot is het ook voor Zorginspectie aangewezen om te beschikken over de adressen van de plaats waar de ondersteuning effectief aangeboden wordt in kader van onaangekondigde bezoeken.

Voordelen van registratie van de vestigingsplaats:

- beter opvolging mogelijk gezien betere rapportering
- betere regionale afstemming mogelijk
- onaangekondigde bezoeken van Zorginspectie mogelijk
- monitoring van inclusief werken
- beter kunnen ingrijpen bij onverwachte crisissen, denk aan verdeling mondkapen bij coronacrisis.

Nadelen van registratie van de vestigingsplaats:

- meer administratie voor de RTH-diensten

Advies: RTH-diensten registreren het adres van de vestigingsplaats voor de functies dagopvang, verblijf en ambulante begeleiding. Dit systeem wordt geïntegreerd in de databanken van het VAPH en ook voor NRTH toegepast. Er wordt een koppeling gemaakt naar de databank erkenningen zodat SE's kunnen aanduiden in de begeleidingsovereenkomsten of RTH-registraties op welke vestigingsplaats de cliënt ondersteund wordt.

Deze registratieplicht wordt regelgevend verankerd. Deze koppeling is niet nieuw, maar werd tot nog toe nog niet geïmplementeerd. We zouden dit implementeren bij de overstap naar de nieuwe financiering.

5.3. Aanbod RTH

5.3.1. Praktische hulp

Binnen RTH is de mogelijkheid niet voorzien om praktische hulp te krijgen. Die kan echter wel betaald worden met een PVB. Hierdoor lijkt er een ongelijkheid te ontstaan voor mensen in trap 1. Zij kunnen wel, zoals iedere burger, een beroep doen op reguliere diensten voor praktische hulp, maar dienen die met eigen middelen of uit het zorgbudget te betalen.

Voordelen van het organiseren van praktische hulp binnen RTH:

- Betere afstemming tussen de bestedingsmogelijkheden PVB en het aanbod RTH.
- De nood aan een beperkte hoeveelheid praktische hulp leidt niet langer tot een PVB-vraag.

Nadelen van het organiseren van praktische hulp binnen RTH:

- Praktische hulp kadert in principe niet in de kerndoelstellingen van RTH, omdat het gaat om het overnemen van bepaalde taken.
- Het onderscheid tussen de opdrachten van de reguliere diensten en de RTH-diensten van het VAPH vervaagt, waardoor het risico ontstaat dat de reguliere diensten alle ondersteuning aan personen met een handicap aan door het VAPH gesubsidieerde diensten overlaten. Dit is niet bevorderend voor de inclusie van personen met een handicap.
- Er zijn veel bijkomende middelen nodig om dit op grote schaal te realiseren.
- Wellicht zal de nood aan praktische hulp op cliëntniveau zelden kunnen gelenigd worden binnen de beschikbare 8 punten.

Advies: Praktische hulp aanbieden behoort niet tot de opdracht van RTH-diensten van het VAPH, maar tot de opdracht van de reguliere diensten.

5.3.2. Verschillende namen van de ondersteuningsfuncties PVB en RTH

De namen van de ondersteuningsfuncties in RTH verschillen van de gelijkaardige functies bij PVB. Dit is zo gegroeid doorheen de tijd doordat PVB later ontstaan is dan RTH en de namen van de functies destijds niet op elkaar afgestemd zijn. Ze betekenen inhoudelijk hetzelfde, maar krijgen een andere naam. We zouden de namen van deze functies gelijk kunnen trekken.

Voordelen van wegwerken verschil:

- Verschillen tussen PVB en RTH wegwerken is voor cliënt helderder.

Nadelen van wegwerken verschil:

- Wijzigen kan oorspronkelijk tot weerstand en verwarring leiden.

Advies: De functies binnen RTH krijgen de namen van de functies binnen PVB. Begeleiding is individuele psychosociale begeleiding. Het onderscheid tussen mobiel en ambulant blijft behouden, maar de naamgeving is verwarrend. Dit wordt vervangen door 'individuele psychosociale begeleiding met of zonder verplaatsing van de begeleider'.

5.3.3. Vrijwilligerswerk

Momenteel zijn er in de regelgeving 2 zaken opgenomen met betrekking tot vrijwilligers:

- Het is toegelaten om meer personeelspunten om te zetten naar werkingsmiddelen dan anders, specifiek om vrijwilligers te vergoeden.
- Als de RTH-aanbieder structureel een beroep doet op vrijwilligers voor de begeleiding van gebruikers, kunnen die gebruikers maar maximum 7 personeelspunten per jaar inzetten.

Deze regelgeving omtrent vrijwilligers richt zich voornamelijk op het blijvend mogelijk maken van het inzetten van vrijwilligers voor het vroegere WOP (wonen onder begeleiding van een particulier). De persoon met een handicap woont hierbij zelfstandig en wordt begeleid door een vrijwilliger uit zijn omgeving. Deze formule is geschikt voor mensen die hun leven eigenhandig kunnen organiseren, maar daarbij heel wat steun kunnen gebruiken om hun woon- en leefomstandigheden mee te organiseren. Deze werking past binnen de visie op RTH die de autonomie van personen met een handicap wil versterken.

Voordelen afschaffen van het maximum van 7 punten:

- administratieve vereenvoudiging: De impact van het afschaffen van deze regel is beperkt aangezien de slechts een beperkt aantal mensen meer dan 7 punten RTH gebruikt.

Nadelen afschaffen van het maximum van 7 punten:

- Mensen die ondersteund worden door een vrijwilliger die een vrijwilligersvergoeding krijgt vanuit omgezette RTH-middelen naar werkingsmiddelen, krijgen eigenlijk al een deel van hun ondersteuning via die RTH-middelen omgezet naar werkingsmiddelen. Als zij ook nog eens 8 punten inzetten via RTH, krijgen zij meer dan het maximum voor alle andere RTH-gebruikers.

Advies:

- De mogelijkheid om meer personeelspunten om te zetten naar werkingsmiddelen wanneer vrijwilligers ingeschakeld worden, blijft behouden.
- De regelgeving rond het aftoppen op 7 personeelspunten voor personen met een handicap die structureel een beroep doen op vrijwilligers, wordt afgeschaft.
- In de regelgeving wordt geëxpliciteerd dat enkel RTH-ondersteuning geboden door professionelen geregistreerd kan worden als begeleiding. Voor ondersteuning geboden door vrijwilligers kan dit niet. Hiervoor moet een vrijwilligersvergoeding uitgekeerd worden, eventueel vanuit omgezette RTH-punten naar werkingsmiddelen.

5.3.4. Minimum (en maximumbedrag) voor eigen bijdrage bij RTH

Vandaag is het niet verplicht om voor RTH een bijdrage te vragen aan cliënten. Daardoor is er geen drempel voor RTH-diensten om te registreren. Zij kunnen, voornamelijk bij begeleiding, bij kortere sessies ook een volledige begeleiding registreren. Soms worden verschillende korte sessies als één sessie geregistreerd. Om dit te vermijden, zou men een bescheiden minimumbijdrage kunnen vragen voor een RTH-sessie, -dag of -nacht. Hier dient echter opgemerkt te worden dat het moeilijk te objectiveren is of het (te) snel registreren nu vaak gebeurt of niet.

Voordelen van verplicht minimumbedrag:

- Kortere sessies leiden niet tot een registratie. Die kortere sessies zijn een taak die RTH-diensten kosteloos opnemen.
- Korte sessies gaan niet meer van de 8 punten van de cliënt als dit niet als volwaardige sessie beschouwd wordt.
- Vermijden van onnodige sessies. Mensen denken immers meer na of ze echt iets willen of niet als het niet gratis is.
- De inkomsten voor de RTH-dienst stijgen.

Nadelen van verplicht minimumbedrag:

- De kost stijgt voor de cliënt.
- De drempel wordt verhoogd: sommige cliënten zullen minder snel gebruik maken van RTH als het niet gratis is. Waar RTH niet onnodig is, is dit nadelig.
- De maatregel treft kwetsbare gezinnen, gezinnen in armoede. Voor hen zal dit het meest drempelverhogend zijn. Men zou een sociaal tarief kunnen invoeren voor kwetsbare gezinnen (of RTH volledig gratis maken voor hen?).
- Welk bedrag als bijdrage gevraagd wordt, is moeilijk te controleren door het VAPH.

Advies: Er wordt geen minimumbedrag voor de eigen bijdrage voor RTH ingevoerd. De nadelen overstijgen de voordelen van de invoering.

5.3.5. Flexibel omgaan met maximum van 8 punten

In bepaalde periodes is het mogelijk dat een cliënt RTH tijdelijk nood heeft aan ondersteuning die meer intensief is dan wat mogelijk is met het voorziene maximum van 8 personeelspunten. We denken hierbij aan ondersteuning op scharniermomenten of in een scharnierperiode in het leven of aan een periode waarin het netwerk het tijdelijk wat moeilijker heeft. Het zou een optie kunnen zijn om in die gevallen een overschrijding van de grens van 8 personeelspunten toe te laten. Wellicht zal dit momenteel in de praktijk reeds gebeuren door diensten die boven hun capaciteit presteren.

Voordelen:

- Bij een vraag naar tijdelijk meer intensieve ondersteuning hoeft niet onmiddellijk een PVB-vraag als enig alternatief naar voor geschoven te worden.

Nadelen of risico's:

- niet steeds mogelijk binnen huidige capaciteit

Advies: We begrijpen dat het in bepaalde situaties zinvol is om meer dan 8 punten RTH in te zetten voor een persoon met een handicap. Het VAPH heeft er geen probleem mee dat diensten met een output boven de 100 % meer dan 8 punten bieden en registreren voor één persoon, maar de bestaande regelgeving wordt hiervoor niet aangepast.

5.3.6. Online hulpverlening binnen RTH

Tijdens de coronacrisis zijn veel diensten noodgedwongen overgeschakeld op vormen van online hulpverlening. Deze vorm van hulpverlening kan zeker niet alle ambulante en mobiele begeleidingen vervangen, maar biedt in een aantal situaties wel mogelijkheden. De vraag rijst of hier een gelijkaardig aantal punten voor geregistreerd moet worden of niet.

Voordelen van verschillend aantal punten:

- Online hulpverlening is ruimer dan enkel bellen of een videogesprek. Dit kan gaan over internettools die niet te vangen zijn in de huidige ondersteuningsfuncties. We denken hierbij bijvoorbeeld aan de Autisme Chat waar er permanent iemand beschikbaar is om te chatten.

Nadelen van verschillend aantal punten:

- Bij RTH vinden we het belangrijk dat er een hulpverleningsrelatie is. We gaan ervan uit dat ondersteuning online vanop afstand, zoals bellen of videogesprekken, een ambulante begeleiding vormt, aangezien er geen verplaatsingskosten zijn zoals bij mobiele begeleiding. We beschouwen de meer innovatieve internettools niet als de taak van RTH-diensten.

Advies: Individuele psychosociale begeleidingen via internettools, zoals videochat, zijn een ambulante begeleidingen als die ook gepaard gaan met een hulpverleningsrelatie. We beschouwen het niet als mobiele begeleidingen, aangezien er geen kost is van de verplaatsing.

5.3.7. Uitzondering subsidiëring voormalige thuisbegeleidingsdiensten

Op het vlak van subsidiëring werd bij de inkanteling van de thuisbegeleidingsdiensten in het systeem van persoonsvolgende financiering een uitzondering gemaakt op het aantal gesubsidieerde personeelspunten voor een mobiele begeleiding van deze diensten. Zij kregen 0,235 personeelspunten per mobiele begeleiding binnen de omgezette capaciteit. Voor ondersteuning aan personen boven de 22 jaar werd dit over een periode van 3 jaar afgebouwd, zodat het vanaf 2020 voor deze groep ook om 0,220 personeelspunten gaat. Voor ondersteuning aan de groep jonger dan 22 jaar is er geen afbouw voorzien. Deze uitzondering geldt enkel voor de punten die in het verleden omgezet werden, en niet voor de eventuele bijkomende punten in het kader van het uitbreidingsbeleid na 2017.

Deze hogere subsidiëring werd verantwoord door het feit dat zij omwille van hun specifieke opdracht en doelpubliek verhoudingsgewijs meer hoogopgeleide personeelsleden in dienst hadden dan andere zorgaanbieders.

Advies: Zo weinig mogelijk uitzonderingen laten bestaan. De huidige uitzondering voor de groep jonger dan 22 wordt afgeschaft omwille van administratieve vereenvoudiging. Dit heeft slechts een beperkte impact, aangezien dit enkel impact heeft op RTH-diensten die hun output van 92 % niet behalen. De anderen krijgen hun volle subsidiebedrag.

5.3.8. Aanpassingen aan het systeem van personeelspunten per prestatie

Voor de volledigheid vermelden we hier dat in het kader van het project Financiering, waar het de bedoeling is om alle subsidiëring uit te drukken in euro, ook een alternatieve regeling voor RTH dient gezocht te worden.

Advies:

- Het huidige systeem waarbij flexibel kan geschakeld worden tussen de ondersteuningsfuncties en waarbij gefinancierd wordt in functie van werkelijke geleverde prestaties, kan hierbij het best behouden blijven.
- Tevens pleiten we ervoor om waar mogelijk het systeem binnen RTH en PVB zo veel mogelijk gelijk schakelen.

6. Conclusies na bespreking op Taskforce PVF en vervolgtraject

Dit beleidsplan is besproken op de Taskforce PVF meerderjarigen. Het grootste deel van de beleidsaanbevelingen in het beleidsplan werd door de leden van de Taskforce positief geadviseerd. Er werd echter wel aangegeven dat meer verregaande hervormingen gewenst zijn. Het VAPH raakt in het beleidsplan hier en daar wel al zaken in die richting aan (zoals bijvoorbeeld het wijzigen van de cesuur trap 1 - trap 2, en de positie van RTH binnen de eerstelijnszones), maar dit werd in dit beleidsplan nog niet verder concreet uitgewerkt. Deze zaken hangen sterk samen met andere projecten. Bij de uitwerking moet rekening gehouden worden met het bredere plaatje van de evaluatie PVF. Daarenboven is het VAPH in het beleidsplan uitgegaan van een beperkte uitbreiding voor RTH. Indien zou blijken dat er toch een mogelijkheid is van een aanzienlijke uitbreiding RTH, kan men meer verregaande wijzigingen in het beleid voorstellen dan in het huidige RTH beleidsplan gedaan is.

Vanuit de taskforce wil men voornamelijk dat RTH meer vraaggestuurd is. Het VAPH staat hier zeker achter. Bij de opmaak van het beleidsplan werd nagedacht over methodieken om RTH meer vraaggestuurd te maken. Hiervoor werden echter geen concrete oplossingen gevonden.

Vervolgens kwam op de taskforce aan bod dat men het beheer van de RTH-middelen wil verleggen naar een lager, meer lokaal niveau, waarbij lokale netwerken de verantwoordelijkheid krijgen over de middelen en het zoeken naar een oplossing voor alle zorgvragen in hun regio. Hiervoor wordt een intensere samenwerking met het geïntegreerd breed onthaal beoogd.

Deze inhoudelijke punten worden verder uitgewerkt door het VAPH samen met de sector.

Daarnaast worden de beleidsaanbevelingen die eerder van technische aard zijn verder uitgewerkt door het VAPH via projectwerking. Hier worden voorstellen van aanpassing regelgeving uitgewerkt. Dit moet dan verder afgestemd worden met de gemandateerde politieke actoren om te beslissen welke wijzigingen definitief weerhouden worden.

7. Kader, opdracht, scope en methodiek van het project

7.1. Kader: waarom dit project?

In de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding van minister Beke wordt bij de strategische doelstelling toegankelijkheid volgende operationele doelstelling geformuleerd²¹: “We breiden de middelen voor zorg en ondersteuning van personen met een handicap verder uit.” Dit project kadert binnen deze doelstelling. Er wordt immers het volgende bij deze doelstelling vermeld: “We investeren ook verder in rechtstreeks toegankelijke hulp en onderzoeken hoe dit aanbod verder geoptimaliseerd kan worden. We doen dit op basis van wetenschappelijk onderzoek en verkennen mogelijkheden projectmatig.”

RTH is organisch ontstaan vanuit de oude zorgvormen. Het is niet duidelijk wat er vandaag allemaal binnen RTH gebeurt, hoe diensten omgaan met flexibiliteit en hoe ze vraaggestuurd werken en of de middelen vandaag goed worden ingezet. Binnen het project proberen we een antwoord te formuleren op die vragen, en onderzoeken we hoe het RTH-aanbod verder geoptimaliseerd en bijgestuurd kan worden.

Vervolgens denken we ook na over eventuele bijkomende uitbreidingsrondes in de komende legislatuur. Kan de manier waarop middelen nu verdeeld worden beter? Aan welke doelstellingen kunnen we vervulling geven met bijkomende middelen RTH?

7.2. Opdracht, scope en projectstructuur

Gefundeerde beleidsaanbevelingen formuleren in het kader van RTH in functie van gerichte inzet van eventuele uitbreidingsmiddelen en bijsturen van de bestaande RTH-capaciteit.

Scope: rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp en rechtstreeks toegankelijke hulp meerderjarigen
Buiten de scope: nieuwe financiering: omschakeling van subsidiëring aan de hand van personeelspunten naar euro.

Projectstructuur: team Cijfers, Budget en Boekhouding (Tess Pype, Marc Sevenhant, Julie Brackx), Afdeling Vergunning en Financiering (Evi Vangeneugden, Micheline De Gussem, Petra Vanoppen), team Beleid (Anne Buelens, opgevolgd door Sven Pans, Katrien Panis), Afdeling Toeleiding en Hulpmiddelen (Natalie Vanvalckenborgh, Daisy Titeca, Jolien Polleunis)

7.3. Methodiek

Er werd gebruikt gemaakt van verschillende werkmethodeken binnen dit projectteam. De taken werden onderverdeeld in 5 werkpakketten:

WERKPAKKET 1: **Inhoudelijke visie:** Het uitwerken van de inhoudelijke visienota met betrekking tot RTH. Hierin wordt de doelstellingen en de doelgroep van RTH opgelijst. Er wordt een inhoudelijk kader uitgewerkt waaraan de praktijk moet afgetoetst worden.

²¹ Beke, W. (2019). *Beleidsnota 2019-2024. Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding* [Beleidsnota]. Geraadpleegd op <https://www.vlaanderen.be/publicaties/beleidsnota-2019-2024-welzijn-volksgezondheid-gezin-en-armoedebestrijding>.

WERKPAKKET 2: **Rapportering**: samenbrengen van bestaande rapportering uit wetenschappelijk onderzoek en het jaarverslag van het VAPH enerzijds, en het maken van bijkomende rapportering anderzijds, bijvoorbeeld over regionale afstemming

WERKPAKKET 3: **Wetenschappelijk onderzoek**: analyseren en samenbrengen van belangrijkste conclusies en rapportering uit de recente wetenschappelijke onderzoeken rond RTH

WERKPAKKET 4: **Historiek en regelgeving**: in kaart brengen van hoe RTH ontstaan is (historiek), de huidige basisregelgeving en alle mogelijke uitzonderingen en de capaciteit en erkenningen met hun evoluties doorheen de tijd op een rij zetten

WERKPAKKET 5: **Beleidsaanbevelingen**: aan de hand van de verzamelde informatie in het beleidsplan formuleren van concrete beleidsaanbevelingen.

We lijsten hieronder op hoe concreet te werk gegaan werd:

- brainstormsessie: Wat moet aan bod komen binnen het project? Welke problemen moeten uitgelicht worden?
- ongeveer om de twee weken projectteamoverleg: debatteren rond de thema's binnen RTH aan de hand van inhoudelijke stellingen
- subteamoverleg met betrokken collega's rond werkpakket historiek om bepaalde taken te verdelen onder de projectteamleden
- lezen en analyseren van wetenschappelijk onderzoek rond RTH
- aanvullende rapportering vanuit team Cijfers, Budget en Boekhouding
- samenvatten en samenbrengen van informatie voornamelijk vanuit team Cijfers, Budget en Boekhouding: nota's opstellen
- bilateraal overleg met collega's buiten het projectteam
- terugkoppeling en feedback vragen rond nota's op het projectteamoverleg

Bijlage: referentielijst

Beke, W. (2019). *Beleidsnota 2019-2024. Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding* [Beleidsnota]. Geraadpleegd op <https://www.vlaanderen.be/publicaties/beleidsnota-2019-2024-welzijn-volksgezondheid-gezin-en-armoedebestrijding>

Op de Beeck, L., & Teppers, E., & Van Regenmortel, T. (2020). *Onderzoek naar de plaats en werking van RTH-diensten binnen de eerste lijn*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Teppers, E., & Op de Beeck, L., & Van Regenmortel, T. (2020). *De besteding van budgethouders in de laagste categorie van het persoonsvolgend budget en de mogelijkheden binnen RTH in combinatie met reguliere diensten*. HIVA - Onderzoeksinstituut voor arbeid en samenleving, KU Leuven.

Vandeurzen, J. (2010). *Perspectief 2020. Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap* [Beleidsplan]. Geraadpleegd op <https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/perspectiefplan-2020-nieuw-ondersteuningsplan-voor-personen-met-een-handicap-9-juli-2010/perspectiefplan-2020-nieuw-ondersteuningsbeleid-voor-pmh.pdf>

REGELGEVING:

Besluit van de Vlaamse Regering betreffende rechtstreeks toegankelijke hulp voor personen met een handicap (2013, 22 februari)

Dit besluit werd gewijzigd door tien andere besluiten:

1. Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 2001 betreffende de erkenning en subsidiëring van diensten voor begeleid wonen voor personen met een handicap en wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 september 2010 betreffende de subsidiëring van crisisjeugdhulpverlening en rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp verleend door voorzieningen voor personen met een handicap en wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 22 februari 2013 betreffende rechtstreeks toegankelijke hulp voor personen met een handicap, wat betreft de opheffing van trajectbegeleiding binnen de diensten begeleid wonen, de opheffing van rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp en de beperking van het toepassingsgebied van het besluit van de Vlaamse Regering van 22 februari 2013 betreffende rechtstreeks toegankelijke hulp voor personen met een handicap (2013, 12 juli)
2. Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de integrale jeugdhulp (2014, 21 februari)
3. Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 december 1996 betreffende de erkenning en subsidiëring van thuisbegeleidingsdiensten voor personen met een handicap en van het besluit van de Vlaamse Regering van 22 februari 2013 betreffende rechtstreeks toegankelijke hulp voor personen met een handicap (2016, 19 februari)
4. Besluit van de Vlaamse Regering houdende de transitie van personen met een handicap met een actieve zorgvraag naar persoonsvolgende financiering (2016, 10 juni)

5. Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 september 2011 betreffende de erkenning en subsidiëring van diensten Ondersteuningsplan en een mentororganisatie voor het voortraject van personen met een handicap en het besluit van de Vlaamse Regering van 22 februari 2013 betreffende rechtstreeks toegankelijke hulp voor personen met een handicap en tot opheffing van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 december 1996 betreffende de erkenning en subsidiëring van thuisbegeleidingsdiensten voor personen met een handicap (2017, 12 mei)
6. Besluit van de Vlaamse Regering houdende maatregelen ter beheersing van de uitgaven voor werkingssubsidies in de sector voor personen met een handicap (2017, 22 december)
7. 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 wat betreft de combinatie van rechtstreeks toegankelijke hulp en niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning (2018, 25 mei)
8. Besluit van de Vlaamse Regering houdende de wijziging van diverse besluiten van de Vlaamse Regering die verband houden met de ondersteuning van personen met een handicap, wat betreft reservevorming, en maatregelen ter beheersing van de uitgaven voor werkingssubsidies in de sector voor personen met een handicap (2019, 11 januari)
9. 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 (2019, 26 april)
10. Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van verschillende besluiten van de Vlaamse Regering ter uitvoering van het vijfde Vlaams Intersectoraal Akkoord van 8 juni 2018 voor de social-/non-profitsectoren voor de periode 2018 - 2020 voor de sector personen met een handicap (2020, 17 juli)

Besluit van de Vlaamse Regering tot aanpassing van een aantal besluiten van de Vlaamse Regering over de ondersteuning van personen met een handicap (2020, 24 april)