

FAQ - module C 11/03/2021

INHOUDSOPGAVE	
INHOUDSOPGAVE	1
ALGEMENE GEGEVENS	2
MAATSCHAPPELIJKE NOODZAAK	2
PRIORITERING	4
ALGEMEEN	4
ONDERSTEUNING NETWERK & PROFESSIONALS	4
PERSOON DIE ONDERSTEUNING VRAAGT	6
ONDERSTEUNINGSKLOOF	6
OPSPLITSING VAN DE VRAAG	8
PRIORITERINGSCRITERIA	8
EXTRA INFO, BIJLAGEN, AKKOORD KLANT	9
ANDERE VRAGEN	9

ALGEMENE GEGEVENS

Bij een herprioritering moet er beknopte info gegeven worden over de **problematiek en de beperking**. Is er dan een omschrijving nodig van de problematiek/beperking op alle levensdomeinen of niet? Hoe beknopt of hoe lang moet het antwoord dan zijn?

Het is niet de bedoeling om alle informatie uit vorige modules A en B over te nemen, maar de VTC moet wel een duidelijk beeld kunnen vormen over de problematiek en beperkingen. Daarbij is het voldoende dat de belangrijkste levensdomeinen bondig samengevat worden.

De lengte van het antwoord is afhankelijk van de complexiteit van de problematiek van de persoon. Het is de bedoeling dat de VTC weet: welke aandoeningen de persoon heeft en op welke domeinen de persoon beperkingen ondervindt.

In de nieuwe module wordt gevraagd om ook te beschrijven welke **andere tegemoetkomingen** iemand krijgt. Waarom wordt die vraag gesteld? Welke impact heeft dat op de dringendheid van de vraag?

Andere tegemoetkomingen hebben geen invloed op het PVB zelf, maar kunnen wel een invloed hebben op de dringendheid van de vraag. Andere tegemoetkomingen of het gebrek daaraan kunnen namelijk zorgen dat de situatie langer of minder lang vol te houden is. Het is daarbij niet nodig om exacte bedragen te vermelden, maar als je die hebt, mag je die wel meegeven. Het basisinkomen moet nooit vermeld worden.

MAATSCHAPPELIJKE NOODZAAK

Op welke manier mag het begrip '**netwerk**' bij maatschappelijke noodzaak geïnterpreteerd worden? Kan dit ook van toepassing zijn wanneer de moeder bijvoorbeeld regelmatig langskomt om ondersteuning te bieden?

Het netwerk wordt gedefinieerd als 'elke niet-professionaal die zorg en ondersteuning biedt' en/of 'de inwonende personen (niet in een professionele context)'. Ook personen die niet in hetzelfde huis wonen, kunnen aanzien worden als mantelzorger als zij zorg en ondersteuning bieden.

Personen zonder netwerk of mantelzorgers worden uitgesloten bij maatschappelijke noodzaak. Is er een mogelijkheid om hen toch te includeren in deze groep?

De procedure wordt dit jaar herwerkt en bij de herwerking kwam deze opmerking ook reeds aan bod. Er moet echter bekeken worden of en hoe deze groep personen gedefinieerd moet worden en of er voldoende budget beschikbaar is om deze groep te includeren als automatische toekenningsgroep.

In de opleiding wordt gesproken over **bewuste verwaarlozing**. Betekent dat dat personen die bv omwille van dementie verwaarlozen niet in aanmerking komen?

Elke situatie van ernstige verwaarlozing kan in aanmerking komen voor een goedkeuring maatschappelijke noodzaak. Dat wordt los van de achterliggende intentie bekeken.

In de nieuwe module worden we als MDT-lid beperkt tot de **vier criteria maatschappelijke noodzaak**. Vaak krijgen we de vraag van voorzieningen of alleenwonende personen om ook voor hen maatschappelijke noodzaak aan te vragen, klopt het dat dat niet meer kan nu?

Dit is geen nieuw gegeven, de criteria blijven ongewijzigd. Elk MDT heeft de taak om aanvragers te informeren over de criteria maatschappelijke noodzaak. Als MDT-lid mag je enkel aanduiden dat het gaat over maatschappelijke noodzaak als je van mening bent dat de situatie voldoet aan de criteria. Als een situatie daar niet aan voldoet, is het de bedoeling het MDT-lid dat zo kadert naar de persoon toe en de informatie bijvoorbeeld opneemt onder integriteit of onhoudbaarheid.

Soms zijn er **geen PV's beschikbaar**, maar schat ik als MDT-lid zelf in dat het gaat over een zeer ernstige situatie. Als ik de getuigenissen van de persoon of het netwerk duidelijk beschrijf, is dat dan voldoende voor een aanvraag maatschappelijke noodzaak?

Ja, het is niet noodzakelijk om bewijsstukken toe te voegen. Dit kan uiteraard wel bijdragen ter ondersteuning van de motivering van maatschappelijke noodzaak.

Een professionele context kan niet aanzien worden als mantelzorger of inwonende personen. Op welke manier wordt omgegaan met pleegzorg en **pleegouders**?

Pleegouders worden inderdaad aanzien als mantelzorgers in het kader van maatschappelijke noodzaak.

Soms wordt er bij de opmaak van het **ondersteuningsplan** reeds gesproken over maatschappelijke noodzaak. Hoe moeten wij daarmee omgaan?

In deze situaties blijft het belangrijk om de criteria te volgen en voldoende duidelijkheid te bieden aan de cliënt en zijn/haar sociaal netwerk. Het MDT heeft steeds het eindoordeel over het al dan niet aanvragen van maatschappelijke noodzaak. Als de cliënt dat wel vroeg in het OP PVB en het MDT duidt dat niet aan in module C, kan de mening van de cliënt opgenomen worden in het veld 'akkoord cliënt'. De VTC kan bovendien ook maatschappelijke noodzaak toekennen wanneer dat niet gevraagd wordt.

Door de **coronacrisis** merken we dat er veel meer aanvragen maatschappelijke noodzaak binnenkomen omdat personen meer gedragsproblemen stellen. Hoe moeten we daarmee omgaan?

Ook tijdens corona blijven dezelfde criteria voor maatschappelijke noodzaak en prioritering van toepassing. Daarbij wordt wel rekening gehouden met het feit dat corona een tijdelijke situatie is. Dat neemt echter niet weg dat ernstig misbruik dat ontstaan is tijdens corona en, toch kan leiden tot een goedkeuring maatschappelijke noodzaak.

Mogen wij bij een vraag maatschappelijke noodzaak nog **bellen** om bijkomende uitleg te krijgen over de beslissing?

Als de motivering in de brief aan de cliënt niet volstaat, kan de cliënt altijd contact opnemen met het provinciaal kantoor. Men kan dan de bespreking en notulen van de commissie verder toelichten.

Kan een budget maatschappelijke noodzaak ook gebruikt worden om bij een familielid of vriend(in) te gaan wonen en daar ondersteund te worden?

De bestedingsregels voor een PVB na maatschappelijke noodzaak zijn dezelfde als bij andere aanvraagprocedures.

PRIORITERING

ALGEMEEN

Tijdens de opleiding wordt opgemerkt dat **herhaling best vermeden wordt** en dat gekopieerde en geplakte stukken tekst zelden gelezen worden. Bij sommige vragen is herhaling echter wel nodig, op welke manier los ik dat op?

In de nieuwe module werden de vragen zo opgesteld dat er geen herhaling nodig is. Als er toch verwezen wordt naar een andere vraag, kan die informatie geparafraseerd worden of kan je inderdaad verwijzen naar de vraag zelf. Het is vooral de bedoeling dat copy paste vermeden wordt omdat deze informatie vaak niet gelezen wordt.

Wat is het doel van de **outputchecklist** die vermeld werd tijdens de opleiding?

De outputchecklist voor de VTC-leden bevat de antwoorden op alle vragen uit alle modules die ingediend werden. Daarbij worden de persoonsgegevens eruit gefilterd zodat de dossiers anoniem beoordeeld kunnen worden.

ONDERSTEUNING NETWERK & PROFESSIONALS

In module C wordt gevraagd om de **ondersteuningsvorm en frequentie** van de professionele ondersteuning (bv MFC) concreet te beschrijven. Wat moet ik doen als de ondersteuning plots werd stopgezet?

Als dat het geval is, vermeld je dat in de omschrijving of bij de vraag *“Welke professionele zorg en ondersteuning verloopt goed en welke verloopt moeilijk? Is er bepaalde zorg en ondersteuning die in de toekomst niet langer kan opgenomen worden? Waarom?”*

Er wordt gevraagd om toe te lichten waarom er geen ondersteuning wordt geboden door het sociaal netwerk. Wat schrijf je hier wanneer er **geen netwerk** is?

Als er nooit een netwerk is geweest, kan je dat ook op die manier vermelden. Ook als er een netwerk is, maar die kunnen geen zorg en ondersteuning bieden, moet je dat daar vermelden.

Bij het invullen van de **duurtijd** wordt afgesproken dat een dag overeenkomt met acht uur. Wat moet ik invullen als een cliënt aangeeft dat er meer of minder uren ondersteuning geboden wordt? Op welke manier wordt er bij het prioriteren omgegaan met deze gegevens?

Het opgeven van de duurtijd van ondersteuning is in principe geen nieuwe instructie. Ook in de oude module C was het de bedoeling dat de ondersteuning zo concreet mogelijk beschreven werd (frequentie, duurtijd, sinds wanneer...). Als de cliënt of mantelzorger zelf aangeeft dat het gaat over bv 10 uur per dag, kan dat zeker zo ingevuld worden. De richtlijn ivm 8u en 4u zijn er vooral voor situaties waarbij men aangeeft dat iemand bv een halve of een hele dag per week ondersteuning biedt en daar zelf niet meteen uren op kan plakken.

Deze informatie is voor alle criteria belangrijk. De VTC moet immers een zo concreet mogelijk beeld kunnen vormen van de huidige ondersteuning van de persoon. In de vorige module werd opgemerkt dat de VTC - ondanks herhaaldelijke instructies - vaak toch geen goed beeld had van de huidige ondersteuning. Bij impact op het netwerk moet de VTC bv kunnen inschatten hoeveel ondersteuning dat netwerk biedt, bij 'de persoon die ondersteuning vraagt' speelt de hoeveelheid huidige ondersteuning ook een grote rol om in te schatten welke impact het uitblijven van een PVB heeft. Ten slotte speelt de huidige ondersteuning vanzelfsprekend een grote rol voor de ondersteuningskloof omdat men daar de kloof tussen de huidige en gewenste ondersteuning moet beoordelen.

Op welke manier kan ik invullen dat een persoon **24/24u ondersteuning** biedt?

Wanneer iemand 24u/24u ondersteund wordt door 1 persoon/instantie, kan je aanduiden dat de persoon dagelijks ondersteuning krijgt, gedurende 24u. Vervolgens beschrijf je welke ondersteuning geboden wordt. Het is namelijk niet de bedoeling dat alle ondersteuning tot op het uur wordt berekend.

Bij personen met ASS komt het vaak voor dat er **ondersteuning** nodig is in de **communicatie**. Het beschrijven van een concrete frequentie of duur van die ondersteuning vind ik erg moeilijk. Op welke manier kan ik dat best aanpakken? Hetzelfde geldt namelijk voor ondersteuning bij angsten, gedragsproblemen, toezicht 's nachts...

Hoe je dit moet inschatten is afhankelijk van hoe intensief de nodige ondersteuning is. Als een mantelzorger bijvoorbeeld dagelijks ondersteuning biedt en daar in feite een hele dag mee bezig is, kan je aanduiden dat zij bv 7x/week (of 1x/dag) ondersteuning bieden, en dat die ondersteuning een hele dag duurt (bv 8 uur voor overdag). Bij de beschrijving kan je dan omschrijven dat het gaat over ondersteuning bij de communicatie, beschikbaarheid voor angsten, opruimen, enz... Het is dus niet de bedoeling om voor elke taak te gaan berekenen hoe lang die duurt, maar wel om per ondersteuner weer te geven hoeveel ondersteuning die biedt.

Voor nachtpermanentie kan je dan weer aangeven dat er 1x/dag ongeveer 8uur ondersteuning nodig is. Bij de beschrijving vermeld je over welk soort toezicht het gaat en hoe frequent er moet ingegrepen worden.

Op welke manier of waar kan ik de moeilijkheden van de huidige ondersteuning beschrijven? Bijvoorbeeld: persoon zit niet in de juiste voorziening wegens toegenomen ondersteuningsnood, ondersteuning wordt met eigen middelen betaald...

Die zaken kan je beschrijven onder de vraag 'onhoudbaarheid van de situatie'.

PERSOON DIE ONDERSTEUNING VRAAGT

Integriteit: Welke behoeften worden er begrepen onder basisbehoeften? Bij de vorige module C stond er 'bed-bad-brood'. Worden deze basisbehoeften nog steeds zo begrepen of wordt dit nu ruimer begrepen? Cfr. basisbehoeften volgens Maslow/Robbins/Steven Reiss..

Onder integriteit worden nog steeds dezelfde zaken begrepen als bij de vorige criteria. De bed-bad-brood-behoeften horen daar inderdaad nog steeds onder.

Kan zelfverwaarlozing meegenomen worden onder het item 'integriteit van de zorgvrager'?

Dat is inderdaad één van de zaken die beschreven kunnen worden onder integriteit.

ONDERSTEUNINGSKLOOF

Moet ik mij bij het beschrijven van **alternatieven** beperken tot alternatieven die de cliënt aanhaalt of mag ik mij baseren op mijn eigen kennis? De cliënt heeft namelijk niet altijd de knowhow over de juiste vorm van ondersteuning. Voorbeeld: Veel cliënten denken dat praktische ondersteuning een oplossing kan bieden terwijl er eigenlijk beter continue en handicapspecifieke ondersteuning geboden zou worden.

Bij de alternatieven is het de bedoeling dat de MDT-medewerker bekijkt op welke manier alternatieven ingeschakeld kunnen worden. Het moet dus gaan over een objectieve inschatting van het MDT, waarbij de mening van de cliënt ook aan bod mag komen. Het moet echter duidelijk zijn wat de mening van de cliënt is en wat de objectieve inschatting van het MDT is. Bv: Het MDT schat in dat gezinshulp zou kunnen helpen om te zorgen dat de vraag naar een PVB minder dringend is. De cliënt geeft echter aan dat dit financieel niet haalbaar is of hij/zij wil geen wisselende personen in huis. In het voorbeeld in de vraag kan je beschrijven dat de cliënt zelf alternatieven ziet, maar dat dit objectief gezien (volgens het MDT) niet helemaal haalbaar zijn.

Soms is een persoon **niet bereid om** alternatieven te overwegen. In dat geval moet dit beschreven worden. Welk effect heeft dat op de beoordeling?

Bij de beoordeling van de ondersteuningskloof wordt gekeken naar reguliere en laagdrempelige alternatieven. Als de persoon echter niet openstaat voor bv. poetshulp, wordt poetshulp wel nog

steeds als een valabel alternatief beschouwd. Dit kan betekenen dat het dossier dan als minder dringend beoordeeld wordt.

Mogen we ons beperken tot **alternatieven** die relevant zijn voor de zorgnood of het profiel van de persoon die ondersteuning vraagt?

Ja, bijvoorbeeld iemand met ASS heeft een alternatief uitgeprobeerd maar dit is niet haalbaar wegens de nood aan vaste structuur, het niet aanwenden van andere gelijkaardige alternatieven kunnen dan ook verantwoord worden vanuit dezelfde redenering.

Hoe ver moeten we gaan in het beschrijven van **alternatieven**? Komt hier een volledig overzicht van?

Het is de bedoeling dat je een globaal beeld geeft van alternatieven. Daarbij mag je je beperken tot de meest voorkomende alternatieven: poets hulp, OCMW, CAW, gezinshulp, thuisverpleging, RTH,....

In het **ondersteuningsplan** wordt ook reeds nagedacht over alternatieven. Waarom moet dat in module C nogmaals gebeuren?

In het proces van de vraagverheldering worden inderdaad bepaalde keuzes gemaakt over alternatieven, maar daar ligt de focus helemaal anders. Bij module C worden de alternatieven bekeken los van de wens van de cliënt en in functie van de dringendheid. Er wordt dus geen rekening gehouden met waar de cliënt voor openstaat of niet. Bovendien is het ook de taak van het MDT om objectief te bekijken welke alternatieven ervoor kunnen zorgen dat de vraag minder dringend zou zijn.

Moeten wij bij de alternatieven ook kijken naar **hulpmiddelen en/of woningaanpassingen**?

Als deze zaken ervoor kunnen zorgen dat de zelfredzaamheid van de cliënt verhoogt, hebben zij logischerwijze ook een impact op de dringendheid van het gevraagde PVB. Als iemand niet in de mogelijkheid is om bepaalde hulpmiddelen aan te schaffen of woningaanpassingen te laten uitvoeren (bv de huisbaas geeft geen toestemming), vermeld je dat best.

In module C wordt gevraagd om te motiveren **op welke manier een PVB ervoor kan zorgen dat de persoon op de gewenste manier kan leven**. Waarom wordt die informatie niet uit het ondersteuningsplan gehaald? En wat als de vraag uit het ondersteuningsplan niet meer klopt?

De VTC beschikt enkel over de frequenties en ondersteuningsfuncties uit het OP PVB. Daar mag je inderdaad wel naar verwijzen. Het MDT moet wel beschrijven op welke manier die gevraagde ondersteuning een impact zal hebben.

Net zoals bij de alternatieven, is het hier de bedoeling om die impact te beschrijven vanuit de invalshoek van de dringendheid van de vraag. Als MDT-lid kan je je wel baseren op de informatie die al beschreven werd in het OP PVB.

Als de vraag van de persoon veranderd is ten opzichte van het moment waarop het OP PVB is opgemaakt, wordt best een nieuwe aanvraag ingediend. Eens het OP PVB is goedgekeurd, kan dat immers niet meer aangepast worden en het is die gevraagde ondersteuning waarmee de persoon zal geprioriteerd worden.

OPSPLITSING VAN DE VRAAG

Kan er ook een **herziening van de prioriteitengroep** gevraagd worden voor enkel de deelvraag?

Neen, de vraag wordt geprioriteerd door de VTC zoals ze in het ondersteuningsplan (al dan niet opgesplitst) staat vermeld. De persoon met een handicap ervoor kiezen om zijn vraag op te splitsen maar deze opsplitsing moet aangevraagd worden in het ondersteuningsplan PVB. Het is dus niet mogelijk om in module C een opsplitsing van de vraag aanvragen als dit niet in het ondersteuningsplan PVB is gevraagd. Deze info kan u terugvinden op onze [website](#).

PRIORITERINGSCRITERIA

Het **criterium 'netwerk'** wordt niet gescoord als de persoon voltijds in een voorziening verblijft, maar op welke manier wordt het criterium gescoord als de persoon slechts om de twee weken een dag op bezoek gaat bij de ouders? In welke mate speelt het bekijken van het netwerk dan een rol?

Als MDT is het vooral belangrijk om alle acties en frequenties zo duidelijk mogelijk te beschrijven. Op basis van die informatie zal de VTC inschatten of het criterium netwerk gescoord moet worden. Als tijdens die ene dag bezoek zeer intensieve ondersteuning geboden wordt door de ouders, wordt het criterium gescoord. Is dat niet het geval, kan het zijn dat het criterium niet gescoord wordt.

Wegen de **drie criteria** even zwaar door?

De drie criteria wegen even zwaar door. Als er geen netwerk aanwezig is, worden slechts twee criteria beoordeeld. De scores op die criteria worden herleid tot dezelfde somscores als wanneer er drie criteria beoordeeld worden.

Hoe ziet de **zespuntenschaal** voor de scores eruit?

De zes puntenschaal vormt een continuüm waarop de impact van het uitblijven van een PVB gescoord wordt:

1. zeer grote impact
2. grote impact
3. eerder grote impact
4. eerder kleine impact
5. kleine impact
6. zeer kleine impact

Bij het scoren van elk criterium zijn er bovendien verschillende indicatoren opgesteld zodat elke VTC rekening kan houden met de juiste zaken. Van de MDT's wordt alleszins verwacht dat zij de informatie zo concreet mogelijk omschrijven zodat de VTC een goede score kan toekennen.

EXTRA INFO, BIJLAGEN, AKKOORD KLANT

Worden de **bijlagen** gelezen door de commissie?

De bijlagen worden niet standaard gedeeld met de commissieleden. Er wordt enkel gekeken of er bijlagen zijn. Het is dus belangrijk dat je de relevante informatie uit de bijlagen verwerkt in de module.

Waarom moet module C ondertekend worden **meerdere disciplines**?

De regelgeving stelt dat een multidisciplinair verslag multidisciplinair tot stand moet komen. Dat betekent dat alle modules tot stand moeten komen op basis van een multidisciplinaire samenwerking. Die samenwerking wordt aangetoond door elke module te laten ondertekenen door de drie disciplines.

Kunnen we in module C ergens beschrijven dat de **cliënt niet akkoord gaat** met wat het MDT beschrijft in de module?

Dat valt onder het veld 'akkoord cliënt'. Daarbij moet de cliënt akkoord gaan met het indienen van de module, maar niet noodzakelijk met de inhoud. Als er betwistingen zijn over de inhoud, kan de mening van de cliënt in het bijbehorende tekstveld opgenomen worden. Het is daarbij niet mogelijk om inhoud in de module te schrijven zonder dat de cliënt daarvan op de hoogte is.

ANDERE VRAGEN

Waarom kan het **budget jeugdhulp** nog niet berekend worden na het indienen van een module B bij een vraag naar een PVB na jeugdhulp? Dat zou onnodige modules C kunnen vermijden.

Er kan geen PVB na jeugdhulp gesteld worden. Op de [website](#) kan je de voorwaarden terugvinden. Daar kan je zien dat die voorwaarden pas nagegaan worden nadat de persoon een beslissing toewijzing heeft gekregen. Daarom moet er altijd een module C ingediend worden. Als je daar nog vragen over hebt, kan je altijd mailen naar zorgcontinuïteit@vaph.be. Deze informatie vind je ook terug in [inforota INF/19/74](#).

Op welke manier moeten we module C invullen wanneer een persoon in aanmerking komt voor een **PVB na jeugdhulp**? Zonder het budget jeugdhulp is dat vaak erg moeilijk.

Over PVB na jeugdhulp moet in principe niets vermeld worden in de module. Wat wel belangrijk is, is dat je als MDT duidelijk omschrijft welke ondersteuning er momenteel gegeven wordt. Dat geldt ook voor MFC's. Daarnaast moet er ook duidelijk beschreven worden of er bepaalde ondersteuning zal stoppen en zo ja, wanneer die ondersteuning stopgezet zal worden. De informatie over de begeleidingsovereenkomst bij het MFC kan ook bij het MFC opgevraagd worden.

De aanpassingen aan de module zorgen er volgens ons niet voor dat de **tijdsinvestering** voor MDT-medewerkers verminderd wordt.

De aanpassing van module C had als doel om het voor de MDT's zo duidelijk mogelijk te maken welke concrete informatie de VTC nodig heeft om een dossier te beoordelen. Bovendien werden de vragen nu beter afgestemd op de nieuwe prioriteringscriteria.

Hoe gaat de HOC om met vragen tot **heroverweging** in verband met de prioriteitengroep?

De HOC hanteert dezelfde richtlijnen als de VTC en gaat eveneens alle drie de criteria beoordelen op basis van alle aangeleverde informatie.

Het is als MDT moeilijk om in te schatten wanneer het **zin heeft om in heroverweging** te gaan. Kan daar iets aan gedaan worden? Kan er in de beslissing bijvoorbeeld aangegeven worden of het gaat over een discussiedossier?

Wanneer een persoon ingedeeld wordt in een bepaalde prioriteitengroep, krijgt die persoon per criterium een motivering in zijn/haar brief. De VTC vertrekt daarbij vanuit enkele standaardmotiveringen, maar kan die aanpassen waar nodig. Om in te schatten of een persoon in heroverweging kan gaan, volstaat het om de motivering van de VTC te lezen. Als de persoon zich in die motivering kan vinden, heeft het weinig zin om in heroverweging te gaan. Als de persoon niet akkoord gaat met de motivering, kan heroverweging wel zinvol zijn. Het feit of het dossier al dan niet een discussiedossier was bij de VTC houdt immers geen verband met de beslissing bij de HOC.