

**UNIVERSITEIT GENT**

**FACULTEIT ECONOMIE EN BEDRIJFSKUNDE**

ACADEMIEJAAR 2015 – 2016

**Dienstverlening van de overheid aan de  
burger: hoe ervaren mensen met een  
chronische aandoening de  
overheidsdienstverlening?**

Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van  
Master of Science in de Bestuurskunde en Publiek Management

**Paulin Van Biesen  
onder leiding van  
Prof. C. Dehullu**

**UNIVERSITEIT GENT**

**FACULTEIT ECONOMIE EN BEDRIJFSKUNDE**

ACADEMIEJAAR 2015 – 2016

**Dienstverlening van de overheid aan de  
burger: hoe ervaren mensen met een  
chronische aandoening de  
overheidsdienstverlening?**

Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van  
Master of Science in de Bestuurskunde en Publiek Management

**Paulin Van Biesen  
onder leiding van  
Prof. C. Dehullu**

**Confidentiality agreement:**

**PERMISSION**

I declare that the content of this Master's Dissertation can be consulted and/or reproduced if the sources are mentioned.

Name student: Paulin Van Biesen

Signature:

# Woord vooraf

Hoewel alleen mijn naam op deze masterproef staat had ik hem nooit kunnen afmaken zonder de steun en hulp van zovelen. Het voorwoord is het ideale moment om de spotlight even op deze mensen te richten en hen welgemeend te bedanken voor hun bijdrage.

Allereerst wil ik de begeleiders van deze masterproef bedanken. Vooreerst mijn promotor professor Dehullu voor het aanbrengen van het onderwerp, de begeleiding en de feedback. Verder verdient Professor Verlet ook een dank-u-wel voor de begeleiding op het gebied van onderzoeksmethode. Marjan Spiessens van Informatie Vlaanderen hielp niet enkel bij de keuze van het onderwerp, de begeleiding en feedback maar was vooral een enorme stimulans door haar interesse en het enthousiasme voor het onderwerp zelf: dank daarvoor.

Het enthousiasme van de respondenten heeft mij verwonderd en hun verhalen zijn niet alleen het onderwerp van deze masterproef maar waren ook een extra motivatie om dit onderzoek tot een goed einde te brengen. Ik wil hen dan ook enorm bedanken voor de hartelijke ontvangst en de inzet van hun tijd en moeite. Ook de geïnterviewde experts mag ik niet vergeten te vermelden, zij zijn ook hartelijk bedankt voor het vrij maken van hun tijd om de vragen van een student te beantwoorden.

Als derde wil ik mijn ouders en familie bedanken voor hun geduld met mij. Bedankt voor het onvoorwaardelijk vertrouwen en de oppeppende woorden wanneer ik het even niet meer zag zitten. Zonder de kansen en steun die ik van jullie gekregen heb zou ik hier nooit geraakt zijn.

Mijn vrienden en lief, die dit jaar alle varianten van 'Sorry, ik kan niet, ik moet thesissen' hebben moeten aanhoren, wil ik bedanken om te pas en te onpas te zorgen voor ontspanning en nodige afleiding. Cédric, Jolien en Tine wil ik in het bijzonder bedanken; dankzij hen moest ik nooit ver zoeken naar collega's voor een groepswerk, en ben ik nooit met tegenzin naar de les gekomen. Ook zonder mijn andere medestudenten zouden de laatste 4 jaar een stuk saaier geweest zijn.

Als laatste wil ik mijn dankbaarheid en opluchting uiten over het feit dat mijn laptop het dit jaar niet begeven heeft en dat ik mijn onderzoek zonder veel technische problemen heb kunnen afronden.

# 1 Inhoudstafel

---

Woord vooraf .....	II
Lijst gebruikte afkortingen.....	V
Lijst tabellen en figuren.....	VI
Inleiding, onderzoekkadering en methodologie .....	1
1    Inleiding .....	1
2    Onderzoekkadering .....	1
2.1    Waarom de levensgebeurtenis ‘Chronisch ziek zijn’? .....	2
2.2    Relevantie .....	3
3    Methodologie .....	3
Deel 1: Beschrijving van het landschap .....	5
1    Methodologie .....	5
2    Het sociale landschap .....	6
2.1    De sociale regelgeving .....	7
2.2    De betrokken diensten .....	12
3    Conclusie documentenanalyse.....	22
Deel 2: Experts .....	23
1    Methodologie .....	23
2    Synthese van de gesprekken met de verschillende diensten.....	24
2.1    Het OCMW Dendermonde .....	24
2.2    Sociale Dienst in het UZ Gent .....	25
2.3    De Christelijke Mutualiteit.....	25
2.4    VDAB.....	30
3    Aangegeven aandachtspunten vanuit de gesproken experts.....	32

Deel 3: Respondenten .....	33
1 Methodologie en selectie van respondenten .....	33
2 Voorstelling van de respondenten .....	35
3 Thematische resultaten .....	37
3.1 Informatie .....	37
3.2 Formulieren .....	42
3.4 Controle .....	47
3.5 Werken als chronisch zieke .....	52
3.6 Aanbevelingen .....	54
4 Resultaten per dienst .....	59
4.1 Mutualiteit .....	59
4.2 FOD Sociale Zekerheid .....	60
4.3 RIZIV .....	61
4.4 VAPH .....	62
4.5 VDAB .....	62
Conclusie.....	64
Lijst van geraadpleegde werken .....	66
Bijlagen .....	69

# Lijst gebruikte afkortingen

<b>BelRAI</b>	Belgian Resident Assessment Instrument
<b>BEL-schaal</b>	Beoordeling Eerste Lijn -schaal
<b>CM</b>	Christelijke Mutualiteit
<b>eID</b>	Elektronische Identiteitskaart
<b>EPD</b>	Elektronisch Patiëntendossier
<b>FAMIFED</b>	Federaal Agentschap voor de Kinderbijslag
<b>FAO</b>	Fonds voor Arbeidsongevallen
<b>FBZ</b>	Fonds voor Beroepsziekten
<b>FPD</b>	Federale Pensioendienst
<b>GRI</b>	Geneeskundige Raad voor Invaliditeit
<b>GTB</b>	Gespecialiseerde Trajectbepaling- en Begeleiding
<b>HC GRI</b>	Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit
<b>InterRAI</b>	International Resident Assessment instruments
<b>IT</b>	Integratie Tegemoetkoming
<b>IVT</b>	Inkomensvervangende tegemoetkoming
<b>KCE</b>	Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg
<b>MDT</b>	Multidisciplinair Team
<b>MDV</b>	Multidisciplinair Verslag
<b>NRZV</b>	Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen
<b>OCMW</b>	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
<b>PAB</b>	Persoonlijk Assistentie Budget
<b>PVB</b>	Persoonsvolgend Budget
<b>PVF</b>	Persoonsvolgende Financiering
<b>RIZIV</b>	Rijksinstelling voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
<b>RJV</b>	Rijksdienst voor Jaarlijkse Vakantie
<b>RVA</b>	Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening
<b>SARWGG</b>	Strategische Advies Raad Welzijn Gezondheid en Gezin
<b>VAPH</b>	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
<b>VDAB</b>	Vlaamse Dienst Arbeidsbemiddeling

# Lijst tabellen en figuren

Figure 1: overzicht betrokken diensten per overheidsniveau.....	7
Figure 2: schematische weergave aanvraagprocedure.....	10
Tabel 1: voorstelling van de respondenten.....	35
Tabel 2: Overzicht resultaten thema 'Informatie'.....	41
Tabel 3: Overzicht resultaten thema 'Formulieren'.....	46
Tabel 4: overzicht resultaten thema 'Controle'.....	51



# Inleiding, onderzoekkadering en methodologie

## 1 Inleiding

---

In het regeerakkoord van regering Bourgeois I staat het voornemen om meer diensten vanuit het perspectief van de burger te ontwikkelen en om diensten zoveel mogelijk digitaal aan te bieden. In het kader van deze doelstelling voert Informatie Vlaanderen momenteel onderzoek naar de ervaring van burgers met de levensgebeurtenis 'Ik wordt werkloos' en 'Ik verbouw/ik ga bouwen'. Het uitvoeren van een gelijkaardig onderzoek leek mij het perfecte onderwerp voor mijn masterproef aangezien ik overtuigd ben dat het ondersteunen en helpen van burgers de kerntaak is van de overheid.

Om te kunnen inspelen op de noden van de burger moet er eerst geweten zijn wat de sterktes en zwaktes zijn van het huidige systeem en wat de ervaring van de burger is met de huidige dienstverlening. De onderzoeksvraag van deze masterproef is 'hoe ervaren mensen met een chronische aandoening de overheidsdienstverlening?'. Om hier een antwoord op te krijgen zal er eerst een overzicht gemaakt worden van het sociaal landschap voor burgers met een chronische ziekte aan de hand van een documentenanalyse. Vervolgens zal er besproken worden wat de ervaring van de professionals op enkele betrokken diensten is. De gesprekken met de experts uit de betrokken diensten zullen dienen om zowel hun eigen dienstverlening te verduidelijken als om de eigen ervaring als gebruiker van overheidsdienstverlening te onderzoeken. Als laatste zal er gefocust worden op de chronisch zieke burger zelf die we aan het woord laten over hun ervaring met de overheidsdienstverlening. Aan de hand van de bekomen resultaten zullen er enkele aanbevelingen volgen.

## 2 Onderzoekkadering

---

Deze masterproef zal zich focussen op de levensgebeurtenis 'chronisch ziek zijn' en is dus een onderzoek naar de ervaring met de overheidsdienstverlening in Vlaanderen van burgers met een chronische ziekte.

Een levensgebeurtenis wordt gedefinieerd als: *“een situatie in iemands leven die er voor zorgt dat hij of zij contact heeft met de overheid.”* (I&O research, 2015). De Wereldgezondheidszorg definieert 'chronisch ziek zijn' als *“het hebben van een langdurige ziekte met een meestal langzame progressie”* (FOD Volksgezondheid & RIZIV, 2013).

Onder dienstverlening van de overheid worden niet alleen diensten geleverd door overheidsorganisaties maar ook die geleverd door publieke organisaties verstaan. Die kunnen namelijk ook een belangrijke schakel kunnen zijn in de dienstenketen waar de burger beroep op doet. Uit onderzoek in Nederland en Nieuw-Zeeland is ook al gebleken dat vanuit het perspectief van de burger deze verschillende dienstverleners moeilijk te onderscheiden zijn. Aangezien ons onderzoek focust op de ervaring en beleving van de burger met publieke dienstverlening is het belangrijk om elke mogelijke organisatie waarmee de burger in contact komt en elke stap die de burger neemt in zijn zoektocht te onderzoeken. Zo kan er een globaal beeld verkregen worden.

Daarom zal dit onderzoek zich niet enkel op Vlaamse organisaties toespitsten. Het overheidslandschap in Vlaanderen is zeer complex, en de Vlaamse overheid slechts een onderdeel is van de Belgische realiteit. Het opzet is om de gehele ervaring met overheidsdienstverlening van Vlaamse burgers die lijden aan een chronische ziekte in kaart te brengen. Federale diensten horen hier ook bij

## 2.1 Waarom de levensgebeurtenis ‘Chronisch ziek zijn’?

Uit cijfers van een Belgisch gezondheidsonderzoek van de FOD Volksgezondheid blijkt dat 27,2% van de Belgische bevolking lijdt aan minstens één chronische ziekte. Het onderzoek stelt ook een stijging van multi-morbiditeit, het gelijktijdig voorkomen van verschillende chronische aandoeningen in één patiënt, vast. 10 tot 20% van de Belgen ouder dan 40 lijdt aan minstens twee chronische aandoeningen. Dat percentage stijgt met de ouderdom (FOD Volksgezondheid & RIZIV, 2013).

Burgers die lijden aan een chronische ziekte bevinden zich al in een onprettige situatie, die vaak gepaard gaat met bijkomende kwetsbaarheid door het verlies van inkomen, werkonbekwaamheid, hoge medische kosten,... . Die situatie kan nog onprettiger worden door onaangename ervaringen in hun contact met de overheid. In tegenstelling tot andere levensgebeurtenissen zoals verbouwen, met pensioen gaan,... gaat chronisch ziek zijn vaak samen met herhaalde en langdurige contacten met de overheid. Daarnaast gaat het vaak ook over een onverwachte gebeurtenis waar de burger niet zelf voor gekozen heeft.

Uit gelijkaardige onderzoeken naar de ervaring van de burger met de overheidsdienstverlening binnen een levensgebeurtenis in Nederland en Nieuw-Zeeland blijkt dat burgers die in contact treden met overheidsorganisaties in verband met een onaangename levensgebeurtenis (bijvoorbeeld werkloos worden) de dienstverlening lager waarderen. Het lijden aan een chronische ziekte valt ook onder deze negatieve levensgebeurtenissen waardoor een goede dienstverlening extra belangrijk wordt. Daarnaast vallen, in het onderzoek uit Nieuw-Zeeland, mensen met een beperking of langdurige ziekte meestal onder de ‘Anxious’ categorie. Deze categorie wordt gekenmerkt door een groot gevoel van onzekerheid bij het omgaan met de overheidsdiensten. Daarbij komt ook nog dat deze mensen vaak met meerdere problemen tegelijk kampen

(uitkering, huisvesting, werk, kinderen of derden ten laste, ziekteverzekering, terugbetaling medicatie en medische verzorging, controle arts...) waardoor zij veelvuldig en voor uiteenlopende zaken contact maken met de overheid (Result 10, November 2014; I&O research, 2015).

## 2.2 Relevantie

In het regeerakkoord van de Vlaamse regering voor 2014-2019 staat dat de regering kiest *‘voor een Vlaamse overheid die luistert, die open staat voor overleg, die oplossingen aanbiedt, die doet wat ze zegt en zegt wat ze doet, die vertrouwen geeft aan burgers’*. Diensten ontwikkelen vanuit de noden en perceptie van de burger is een invulling van deze visie. Om dat te kunnen bereiken kan een grondig onderzoek naar de huidige ervaringen van burgers die onlangs voor bepaalde levensgebeurtenissen in contact zijn gekomen met de overheid belangrijke informatie opleveren.

De overheid beseft dat ze zelf te verkokerd is geworden en dat de klantvriendelijkheid en dienstverlening aan de burger daardoor belemmerd is (Vlaamse Regering, 2014). Zowel in Nederland als in Nieuw-Zeeland werd ondervonden dat burgers moeite hebben met hun weg te vinden in het overheidslandschap. Het was niet uitzonderlijk dat een burger voor één aanvraag moest aankloppen bij meerdere organisaties op verschillende overheidsniveaus en/of verschillende beleidsdomeinen. Deze organisaties werkten bijna allemaal onafhankelijk van elkaar waardoor burgers dezelfde informatie meerdere malen moesten opgeven en telkens opnieuw hun situatie en verhaal moeten uitleggen. België wordt gekenmerkt door een nog complexere staatstructuur dan deze twee landen, waardoor er gesteld kan worden dat gelijkaardige problematieken ook hier voorkomen (Result 10, December 2014; I&O research, 2015).

Het uitbouwen van het zorg- en hulpverleningsaanbod in de gezondheids- en welzijnssector is een van de vermelde prioriteiten van de huidige Vlaamse regering in hun regeerakkoord. Door de nieuwe staatsbevoegdheden in deze beleidsdomeinen, die met de 6<sup>de</sup> staatshervorming overgebracht worden naar het Vlaamse niveau, staan er enkele veranderingen op til en zal de dienstverlening hervormd worden. Het is nu dus een ideaal moment om onderzoek te doen naar de ervaring van chronische zieken opdat hun mening kan worden opgenomen in dat veranderingsproces.

## 3 Methodologie

---

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zal er in drie grote fasen gewerkt worden. Eerst zal er gezocht worden naar hoe alles er theoretisch uitziet: de sociale regelgeving, de betrokken diensten en de visie van zowel de Federale als de Vlaamse overheid. Voor deze fase zal er voornamelijk onderzoek gevoerd worden aan de hand

van een documentenanalyse en zal het resultaat hopelijk een overzicht zijn van het theoretisch landschap van de voorzieningen voor de chronisch zieke burger.

Aan de hand van de documentenanalyse zullen enkele betrokken diensten uitgekozen worden op basis van op hun bijdrage of functie in bepaalde procedures. Deze diensten zullen de zijde van de dienstverlening vertegenwoordigen in dit onderzoek. De bedoeling is om enkele expertinterviews af te nemen bij deze betrokken diensten om zo een beter zicht te krijgen op de werkelijke werking en interne organisatie. Vermoedelijk zullen er ook diensten zijn die zelf gebruik maken van dienstverlening door de overheid. Hun ervaring met deze dienstverlening kan een belangrijk element zijn in hun eigen contact met de eindgebruiker.

In de laatste fase zullen er interviews worden afgenomen van 10 respondenten. De kennis vergaard in de vorige twee fasen zal dienen als ondersteuning bij het opstellen van de vragen en de focus van de gesprekken. Deze fase is dus de belangrijkste fase aangezien er hier ingezoomd zal worden op de werkelijke ervaring van de chronisch zieke burger met de overheidsdienstverlening. Het gaat hier om kwalitatief onderzoek, dus het doel is niet om representatief te zijn maar om de werkelijke ervaring van enkelen weer te geven en deze te gebruiken als leidraad voor eventuele aanbevelingen ter verbetering.

Er zal dieper ingegaan worden op de gebruikte methodologie aan het begin van elk onderdeel. Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek omdat het element 'ervaring' centraal staat in de onderzoeksvraag. Naast het vaststellen van de ervaring is het ook de bedoeling om te focussen op de reden waarom de ervaring zo is. Het idee is dat kwantitatief onderzoek, hoewel interessant zoals bewezen door de onderzoeken in Nederland en Nieuw-Zeeland (I&O research, 2015; Result 10, December 2014), minder mogelijkheden biedt om de oorzaak van (on)tevredenheid vast te stellen.

# Deel 1: Beschrijving van het landschap

Om de ervaring met de dienstverlening te kunnen onderzoeken moet er eerst een beeld gevormd worden over wat deze dienstverlening inhoudt. Het in kaart brengen van de verschillende overheidsdiensten waar chronische zieken mee in contact komen en de mogelijke sociale regelingen zal gebeuren aan de hand van een documentenanalyse.

## 1 Methodologie

---

Het doel van dit onderdeel is een zo goed mogelijk beeld te vormen van de bestaande dienstverlening en sociale regelgeving voor chronische zieken. Hiervoor is er gekozen voor een documentenanalyse die voornamelijk gebaseerd is op openbaar beschikbare info die ook voor de doelgroep toegankelijk is. De hoop is dat hierdoor de analyse een weerspiegeling is van de info waarmee de burger in contact komt. We zullen in dit onderdeel informatie gebruiken die beschikbaar is op officiële websites, brochures en ander materiaal die door de betrokken diensten voor de doelgroep gepubliceerd zijn.

Het startpunt van de analyse is 'De Sociale Landkaart 2015'. Dat is een gids in sociale rechten en voorzieningen die jaarlijks samengesteld en uitgegeven wordt door de Christelijke Mutualiteit (CM). Maatschappelijke assistenten van de CM en zelfs van andere ziekenfondsen gebruiken dit naslagwerk als leidraad in hun dagelijkse contacten met cliënten. Via de website van de CM kan er een kopie worden aangevraagd voor ieder die dat wilt. Jaarlijks zou een oplage van ongeveer 1500 exemplaren verdeeld worden. De editie van 2016 is al ter beschikking gesteld, toch is er voor dit werk geopteerd om de editie van 2015 te gebruiken aangezien de respondenten nog geen ervaring hebben met de aanpassingen voor 2016. Wel zal er bij het geven van aanbevelingen bij het volgende onderdeel rekening gehouden worden met de eventueel nieuwe regelingen die pas in 2016 van start zijn gegaan. Hoewel het gaat over een uitgave van één bepaalde dienst is er weinig reden om te geloven dat deze bron gekleurd is. Het vele gebruik ervan, zelfs door andere ziekenfondsen, wijst op een goede betrouwbaarheid van informatie. Daarnaast zal deze bron voornamelijk gebruikt worden om een overzicht te maken van de bestaande regelgeving en zal die gecheckt worden tegenover de gevonden informatie bij de bevoegde diensten.

Aan de hand van de gevonden informatie uit 'De Sociale Landkaart 2015' is de tabel 'overzicht van de sociale regelgeving voor chronische zieken' (Bijlage 1) opgesteld die zo uitgebreid mogelijk de verschillende sociale rechten voor chronische zieken bevat. Onderdelen van deze tabel zijn: de naam van het sociaal recht, de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om op de maatregel recht te hebben, de betrokken diensten, een beschrijving van de te volgen procedure en de verwerking van de aanvraag. Op basis van deze tabel kunnen de verschillende diensten betrokken bij de afwikkeling geïdentificeerd worden; hieruit zal er een selectie gemaakt worden voor de experten-interviews.

Alle betrokken diensten zullen in dit onderdeel kort besproken worden. Daarin zal aandacht gespendeerd worden voor hun werking, hun aanbod van dienstverlening en de belangrijkste meetinstrumenten die gebruikt worden om mensen in te schalen. Het doel is om op deze manier te komen tot een goede basis voor het verdere onderzoek en te beschikken over een goed onderlegde achtergrondkennis ter voorbereiding van de gesprekken met zowel experten als respondenten.

## 2 Het sociale landschap

---

België wordt gekenmerkt door een complex overheidslandschap. Dit uit zich tevens in de structuur en samenstelling van het sociaal landschap. Op elk bestuursniveau zijn er diensten actief met dienstverlening voor chronische zieken. Figuur 1 is een schematisch overzicht van de actieve diensten op de verschillende bestuursniveaus die in dit werk besproken zullen worden. Voor een uitgebreid overzicht van de verschillende sociale regelgeving en wie op welke manier betrokken is in de procedures kan er verwezen worden naar bijlage 1 waar een tabel is opgenomen met een overzicht van de sociale regelgeving die van toepassing is op chronische zieken.

Figure 1: overzicht betrokken diensten per overheidsniveau



## 2.1 De sociale regelgeving

In Vlaanderen kan je als chronisch zieke beroep doen op verschillende onderdelen van de sociale regelgeving. Een deel van deze maatregelen zijn speciaal gericht op chronische zieken, andere zijn gericht op een bredere doelgroep waartoe ook chronische zieken kunnen behoren. Het landschap van deze regelgeving is complex en zowel de geïnterviewde burgers als de meewerkende diensten geven aan dat het soms moeilijk te navigeren is. Er zijn veel verschillende voorwaarden en bepaalde termen kunnen anders gedefinieerd worden naar gelang de bevoegde instantie.

Het meest sprekende voorbeeld van verschillende interpretaties voor één term is de term 'handicap'. Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) hanteert de volgende definitie voor het bepalen van wie tot de doelgroep 'personen met een handicap' behoort:

*'Elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, en persoonlijke en externe factoren.'* (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2007)

Het VAPH geeft zelf aan dat dit een brede definitie is die hen de mogelijkheid geeft elke aanvraag individueel te toetsen. Bepalen of chronisch zieken onder deze definitie vallen is niet altijd even eenvoudig. Sommige ziekten hebben namelijk mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke problemen als gevolg, maar die gevolgen leiden niet altijd tot een participatieprobleem, of een voldoende groot participatieprobleem, waardoor ze door het VAPH niet erkend zullen worden als handicap.

Voor de Belgische sociale zekerheid zijn personen met een handicap *'alle personen met een lichamelijke, verstandelijke, psychische of sociale beperking'* (Sociale Zekerheid, 2016). Dit is dus een nog ruimere interpretatie dan die van het VAPH aangezien hier ook sociale beperking opgenomen wordt en het niet moet gaan over een participatieprobleem. De Directie-Generaal voor Personen met een Handicap, als onderdeel van de FOD Sociale Zekerheid, zal deze afbakening hanteren in het verwerken van aanvragen. Er is dus al een verschil tussen de Vlaamse erkenning en de federale erkenning.

Over het algemeen kunnen chronische zieken onder de noemer van persoon met een beperking worden opgenomen. Wel moet er altijd rekening gehouden worden met de specifieke voorwaarden die gesteld worden voor de bepaalde tegemoetkoming of het bepaalde attest. De grote verschillen in voorwaarden zijn ook een element dat het navigeren van het sociaal landschap bemoeilijkt voor chronisch zieke burgers. De volledige tabel met een overzicht van sociale regelgevingen waar langdurig zieke burgers recht op kunnen hebben als gevolg van hun ziekte is terug te vinden in de bijlagen. Deze tabel is voornamelijk gebaseerd op de Sociale Landkaart 2015 (Christelijke Mutualiteit, 2015) en is niet exhaustief. Regelingen over de zorgverlening op operationeel niveau zijn niet opgenomen omdat meerdere organisaties elk op hun eigen wijze die taak vervullen. Aangezien de onderzoeksvraag zich voornamelijk richt op de administratieve procedures, worden die regelingen hier dus niet opgenomen.

### *2.1.1 Verloop van de procedures*

Een groot deel van de sociale rechten wordt automatisch toegekend aan de rechthebbende. Dit gebeurt op basis van gegevens waarover de uitreikende dienst beschikt. In de meeste gevallen is dit het ziekenfonds. Zoals aangegeven in de Sociale Landkaart beschikt het ziekenfonds, of een andere uitreikende dienst, echter niet altijd over de nodige gegevens waardoor het recht niet automatisch verleend kan worden. In deze gevallen is er mogelijkheid voorzien om de nodige gegevens te bezorgen aan de uitreikende dienst. Aangezien deze rechten in normale omstandigheden of in het grootste deel van de omstandigheden automatisch geregeld worden, bestaat er een grote kans dat hulpverleners of maatschappelijke medewerkers die snel over het hoofd zien en vergeten checken bij de rechthebbende of hij ze al dan niet automatisch ontvangen heeft.



Bijkomend zorgt deze regeling er ook voor dat de rechthebbende vaak niet weet welke rechten hij allemaal heeft ontvangen en begrijpt hij daardoor niet volledig de mogelijkheden die hij heeft. Een voorbeeld hiervan is het attest van chronische aandoening dat automatisch wordt toegekend wanneer men een bepaalde drempel aan medische kosten overschrijdt. Onder de respondenten waren er die nog nooit gehoord hadden van dit attest. Anderen wisten dat ze het hadden, maar begrepen niet ten volle waarvoor het gebruikt kon worden. Dat deze rechten dus automatisch verleend worden is een goede zaak, maar er moet nog steeds moeite gedaan worden om de nodige en nuttige informatie bekend te maken over de verkregen of te verkrijgen rechten.

Naast automatisch toegekende rechten zijn er ook rechten die niet automatisch verleend worden. In sommige gevallen kan men het sociale recht verkrijgen als de behandelende huisarts of specialist verklaart dat de rechthebbende voldoet aan de voorwaarden. Deze verklaring moet dan bezorgd worden aan het ziekenfonds dat in de meeste gevallen zelf de uitbetaling of uitreiking van het recht verzorgt.

Voor grotere tegemoetkomingen vanuit de Vlaamse of Federale overheid is de aanvraagprocedure iets uitgebreider. Over het algemeen kan men telkens 3 stappen onderscheiden in het administratief proces: de aanvraag, de controle en de beslissing. De aanvraag verloopt voornamelijk via een maatschappelijk medewerker of een tussenpersoon op een stadsdienst. Enkele aanvragen verlopen digitaal. Hierbij kan het de rechthebbende zelf zijn die de aanvraag indient of moet via een maatschappelijke medewerker een elektronische aanvraag ingediend worden in een beveiligde digitale omgeving waartoe men enkel van beroepswege toegang kan krijgen. In deze fase wordt ook het dossier samengesteld met de nodige bijkomende documenten.

De controle kan op basis van de voorliggende stukken gebeuren of men kan opgeroepen worden om op controle te komen. Er zijn verschillende controlerende instanties die elk bevoegd zijn voor bepaalde procedures. De ziekenfondsen hebben hun eigen controlerende instellingen en geneesheren. Die vaak ook bevoegd om vaststellingen te doen voor hogere instanties zoals het RIZIV en het VAPH. De aanvraagprocedure kan ook vragen dat er een Multidisciplinair Verslag wordt opgesteld door een Multidisciplinair Team (MDT). De aanvrager kan zelf kiezen bij welk MDT hij gaat, maar dit team moet wel erkend zijn door de uitreikende dienst.

In bepaalde gevallen kan men bij een oproep tot controle een gevolmachtigd iemand of een maatschappelijk medewerker in de plaats laten gaan van de rechthebbende. De Directie-generaal voor Personen Met een Handicap geeft ook de mogelijkheid tot thuiscontrole voor wie in de onmogelijkheid verkeert zicht te verplaatsen, zelfs met hulp van derden.

Bij elke controle is er meestal sprake van een schaal of meetinstrument waarmee men de noden van de burger of de situatie van de burger zo objectief mogelijk in kaart probeert te brengen alvorens men een uitspraak doet

over het al dan niet toekennen van de aanvraag. Er zijn meerdere schalen in omloop en de voorwaarden voor elke aanvraag verschillen.

Uiteindelijk wordt de beslissing meegedeeld. Dat gebeurt voornamelijk via een aangetekende brief aan de aanvrager zelf. In geval van afwijzing bevat de brief de beroepsmogelijkheden en bij toekenning zal er uitleg worden bijgevoegd over het verkregen recht en de eventueel verder te ondernemen stappen. De uitbetalingstermijnen en regelingen zijn verschillend afhankelijk van de verkregen financiële steun of tegemoetkoming.

Figure 2: schematische weergave aanvraagprocedure



### 2.1.2 Schalen en metingen

Om te kunnen inschatten hoe zorgbehoevend een individu is heeft men enkele schalen ontworpen. Dit soort schalen wordt ook gebruikt om te bepalen welke professionele hulp er nodig is. In Vlaanderen zijn de BEL-schaal en Katz-schaal de twee meest gehanteerde schalen voor het bepalen van zelfredzaamheid. De BEL-schaal wordt gebruikt in het bepalen van nood aan thuiszorg in het kader van de Vlaamse Zorgverzekering, de Katz-schaal is dan weer het schaalinstrument op federaal niveau die voornamelijk gebruikt wordt om forfaitaire honoraria van het RIZIV voor verzorgingsdagen of hygiënische verzorging toe te kennen.

Op federaal niveau wordt momenteel aandacht gegeven aan eHealth-toepassingen voor een geïntegreerd zorgsysteem. De BelRAI (Belgian Resident Assessment Instrument), de Belgische interpretatie van de interRAI (internationale Resident Assessment Instruments), zal hier een onderdeel van zijn (Maes, 2015). InterRAI zijn internationale instrumenten voor het inschatten van de nood aan hulp en gezondheid van zorgbehoevenden. De Bel-schaal en Katz-schaal kunnen hier een onderdeel van zijn, maar de BelRAI gaat verder dan het vaststellen van de graad van zelfredzaamheid. Het is een softwaresysteem dat verschillende externe datasets aan schalen of metingen kan koppelen en dat door huisartsen en verpleging kan gebruikt worden als extra instrument bij het opstellen van een individueel zorgplan. De BelRAI zou het mogelijk maken om al van de eerste dag van de opname een goed inzicht te krijgen in de situatie van de patiënt, gebaseerd op een multidisciplinaire multidimensionale beoordeling. Daarnaast zou BelRAI ook overal raadpleegbaar zijn door de centralisatie van data, wat bovendien bijdraagt aan de verbeterde samenwerking tussen de verschillende zorgsettings (Devriendt,

2014). Aangezien dat nog een recente ontwikkeling is en het uitrollen van dit systeem nog niet is afgerond zal hier niet verder op ingegaan worden.

#### 2.1.2.1 Beoordeling Eerste Lijn- schaal (BEL-schaal)

De behaalde score op de BEL-schaal bepaalt het aantal uren hulp waarop men recht heeft, evenals de hoogte van de terugbetaling voor deze hulp. Daarnaast moet men minstens een score behalen van 35 punten om het automatische recht op de tussenkomst in de mantel-en thuiszorg van de Vlaamse Zorgverzekering te verkrijgen.

Het gebruik van de BEL-schaal is vastgelegd door een Ministerieel Besluit uit 2006<sup>1</sup>, de Bel-schaal wordt gebruikt om de 'ernst en duur van het verminderd zelfzorgvermogen' vast te leggen in het kader van de Vlaamse Zorgverzekering. De bijlagen van dit besluit bevatten een handleiding voor de toepassing van de schaal, een formulier voor de vaststelling en een steekkaart van de schaal zelf. Enkel een gemachtigd indicatiesteller mag deze BEL-schaal opstellen.

Er worden 4 aspecten van zorgafhankelijkheid of zelfredzaamheid gemeten door deze schaal, het gaat telkens over algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). De 4 aspecten zijn: huishoudelijke ADL, lichamelijke ADL, sociale ADL en de geestelijke gezondheid. Voor de eerste drie aspecten hanteert men een schaal van 0 (geen zorgbehoefte) tot 3 (volledig afhankelijk van personen of hulpmiddelen). Voor de geestelijke gezondheid en het subonderdeel 'incontinentie' van het lichamenlijk aspect is de schaal gebaseerd op de mate van het voorkomen, deze schaal is opnieuw van 0 (komt niet voor) tot 3 (komt voortdurend voor). De punten op elk onderdeel worden opgeteld om zo tot een eindscore te komen (Christelijke Mutualiteit, 2015).

#### 2.1.2.2 Katz-schaal

De Katz-schaal is een meting van de zelfredzaamheid ontwikkeld door Katz Sidney. Het wetenschappelijk artikel waarin de basis voor de schaal wordt uitgelegd verscheen in 1963. Het zijn de verpleegkundigen in de thuiszorg of in rust- en verzorgingstehuizen die deze schaal opmeten. Op basis van deze opname kan men dan bij het RIZIV een forfaitair honorarium per verzorgingsdag of hygiënische verzorging bekomen.

De Katz-schaal heeft een medische basis en focust zich uitsluitend op de fysieke afhankelijkheid. Het fysieke onderdeel van de BEL-schaal is gebaseerd op de Katz-schaal, maar de Katz-schaal heeft meer onderverdelingen en gaat van 0 (geen enkele hulp nodig) tot 5 (volledig afhankelijk van derden). In tegenstelling tot de BEL-schaal wordt de Katz-score niet berekend door alle punten voor alle criteria op te tellen. De Katz-score is gelijk aan de

---

<sup>1</sup> Ministerieel besluit van 6 januari 2006 tot regeling van de vaststelling van de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen aan de hand van de BEL-profielschaal in het kader van de Vlaamse zorgverzekering.

hoogst behaalde score op een bepaald criterium. Er zijn 6 basiscriteria: zich wassen, zich kleden, transfer en verplaatsing, toiletbezoek, continëntie, en eten.

## 2.2 De betrokken diensten

Zoals duidelijk wordt uit de overzichtstabel in bijlage 1 zijn er veel diensten waarmee een chronisch ziek persoon direct of indirect mee in contact kan komen. In dit deel worden deze diensten, hun functie en werking, kort besproken.

### 2.2.1 Lokaal

De diensten op lokaal niveau richten zich voornamelijk op het verlenen van ondersteuning en zorg. Zij staan het dichtst bij de burger en zijn voor de Vlaamse en Federale overheid een goede tussenpersoon. Zoals eerder vermeld is de focus van deze onderzoeksvraag gericht op de administratieve kant van het ziek zijn en niet op de verzorgende kant. Diensten die zich voornamelijk of enkel richten op verzorging en thuishulp zijn dus niet opgenomen in deze bespreking. In dit deel zullen drie (soorten) diensten besproken worden: Het ziekenfonds, de gemeentediensten samen met het OCMW en de sociale diensten van het ziekenhuis. Er kan terecht opgemerkt worden dat deze drie diensten ook een groot zorgelement hebben in hun dienstverlening, maar daarnaast hebben zij ook veel aandacht voor administratieve ondersteuning.

#### 2.2.1.1 Het Ziekenfonds

De ziekenfondsen vervullen een belangrijke rol in de uitvoering van de sociale voorzieningen rond gezondheidszorg. Ze zijn voor vele chronisch zieken het eerste aanspreekpunt en een vertrouwenspersoon. Zoals geïllustreerd in tabel 1 in de bijlage zijn zij vaak het beginpunt voor een aanvraag en voorziet het ziekenfonds in verschillende specifieke tegemoetkomingen. Naast administratieve ondersteuning door de maatschappelijke dienst zijn mutualiteiten vaak ook een partner van de overheidsinstellingen en verzorgen zij controles en metingen in naam van deze partners.

De maatschappelijke werkers proberen een eerste aanspreekpunt te zijn voor burgers en staan hen bij in zowel het zoeken naar mogelijkheden die passen bij de individuele situatie als in het invullen van de aanvragen en de verdere opvolging ervan. De meeste klanten komen bij hen langs omdat ze specifieke vragen hebben of omdat ze zijn doorverwezen vanuit de sociale dienst van een verzorgende instelling of op aanbevelen van naasten. De eerste stap komt dus voornamelijk vanuit de burger zelf.

Naast de maatschappelijke werkers zijn er ook de controleurs en adviserende geneesheren waarmee de burgers in contact komen. Grote mutualiteiten hebben interne controleurs of indicatiestellers die verantwoordelijk zijn voor het opnemen van de zelfredzaamheid volgens de BEL-foto. Deze controleurs worden vanuit de Vlaamse overheid aangestuurd. Richtlijnen over de Bel-score en recente ontwikkelingen worden hen via een

overkoepelend orgaan verschaft. Naast controleurs voor de BEL-foto is er in sommige centra ook een team van indicatiestellers die de controles uitvoeren voor het VAPH.

Mutualiteiten voeren enkele taken uit in opdracht van het RIZIV. Het gaat hier over de voorzieningen die voortkomen uit de ziekteverzekering binnen de sociale zekerheid. In Vlaanderen zijn er 5 mutualiteiten ook erkend als zorgkas. In deze hoedanigheid voeren deze mutualiteiten taken uit in opdracht van het Vlaamse Zorgfonds en staan zij in voor het functioneren van de zorgverzekering. De sociale zekerheid op federaal en Vlaams niveau wordt later meer in detail besproken.

#### 2.2.1.2 De gemeente/ het OCMW

De maatschappelijke dienst van het OCMW vervult een functie gelijkaardig aan die van de maatschappelijke dienst van de ziekenfondsen. Ze onderzoeken mogelijkheden voor voorzieningen voor hun cliënten en kunnen aanvraagprocedures op gang zetten en begeleiden. Deze begeleiding kan uitgebreider zijn op het gebied van zorg doordat de OCMW's over het algemeen deze diensten zelf voorzien of samenwerken met gelijkaardige diensten in de gemeente (bijvoorbeeld Familiehulp). Een groot deel van de aanvraagformulieren is ook beschikbaar op de administratieve diensten van de gemeente.

Een van de bekendste gemeentelijke premies is de 'mantelzorgpremie', een premie die sommige gemeenten uitdelen als vergoeding voor mantelzorgers. Gemeenten mogen het gebruik van deze premie invullen naar eigen believen, waardoor er onderling grote verschillen zijn. De voorwaarden, het bedrag en de aanvraagprocedure kunnen overal anders zijn. Als burgers informatie wensen over deze premie zullen ze die moeten zoeken op de gemeentelijke website of vragen aan het onthaal van de gemeente of het OCMW.

Naast een grote diversiteit in gemeentelijke premies zijn er sinds kort ook uiteenlopende wijzen waarop het OCMW en de gemeente zich organiseren. In het kader van maatschappelijke en bestuurlijke evolutie stelt Het Vlaams Regeerakkoord van de huidige legislatuur een integratie van het OCMW in de gemeentelijke werking voorop. In haar beleidsbrief Binnenlands bestuur en Stedenbeleid 2015-2016 verklaart minister Homans dat de lokale besturen vrij zijn in de invulling van deze integratie. Momenteel zijn er gemeenten die al begonnen zijn aan de integratie en die geopteerd hebben om beide besturen volledig te laten integreren. Andere hebben gekozen voor een interne verzelfstandiging van het OCMW en opnieuw andere richten een sociaal huis in waar gemeente en OCMW samenwerken. Er zijn ook gemeenten die nog geen stappen ondernomen hebben en de verdere evolutie van de maatregel afwachten. Deze integratie (of het gebrek eraan) heeft vanzelfsprekend effect op de werking van de maatschappelijke dienst van beide besturen. Aanvragen die vroeger enkel, of voornamelijk door de gemeente behandeld werden, zullen nu dus ook terechtkomen bij het OCMW en andersom.

### 2.2.1.3 De sociale dienst van het ziekenhuis

Het takenpakket van sociale diensten in ziekenhuizen is uiteenlopend en verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis. De opdracht van deze diensten is vaak historisch gegroeid en is nooit bij wet vastgelegd. Dat heeft tot gevolg dat er tussen de verschillende ziekenhuizen grote verschillen zijn in de werking van sociale diensten. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) beschrijft in haar gecoördineerd advies m.b.t. de sociale dienst in het ziekenhuis (2001) de opdracht als volgt:

*“De sociale dienst bevordert het welzijn van de patiënt en zijn familie in relatie tot zijn hospitalisatie, werkt nauw samen met alle andere beroepsbeoefenaars van het ziekenhuis en met de diensten en instellingen buiten het ziekenhuis.*

*De functie van het maatschappelijk werk in het ziekenhuis bestaat erin de patiënten en hun omgeving te begeleiden om problemen en stoornissen in hun functioneren te voorkomen, op te lossen en te beheren, en dit in interactie met hun sociale omgeving en pathologie.*

*De begeleiding van de patiënten en hun omgeving gebeurt op het vlak van sociale, psychische en relationele moeilijkheden die samengaan met de ziekte-toestand, het verblijf en de behandeling in het ziekenhuis alsmede met nieuwe vooruitzichten en situaties die het gevolg zijn van de ziekte.*

*De begeleiding van de patiënten omvat het observeren, analyseren en evalueren, alsook het ingrijpen in hun sociale situatie, rekening houdend met de context van de psycho-medische vooruitzichten.*

*De hulpverlening situeert zich op sociaal-materieel, sociaal-administratief en psychosociaal vlak. De maatschappelijk werker handelt in overleg met de patiënt en streeft naar diens autonomie en zelfredzaamheid.”*  
(p. 1)

Voor onze onderzoeksvraag zijn we vooral geïnteresseerd in de invulling van de begeleiding van patiënten ‘in situaties die het gevolg zijn van de ziekte’ en in de hulpverlening op sociaal-administratief vlak. Deze taken houden verband met het administratief ondersteunen van de patiënten en het hen wegwijs maken in het zorglandschap. Sociale diensten zijn namelijk een brug tussen de interne werking en de externe opvolging na opname. Dat betekent dat ze voornamelijk een doorverwijsfunctie hebben (Wergroep Sociale Dienst in het Ziekenhuis, 2010).

### 2.2.2 Vlaanderen (beleidvisie)

Met de 6<sup>de</sup> staatshervorming zijn er op het gebied van welzijn en gezondheid grote verschuivingen in gang gezet. De Vlaamse bevoegdheid bevindt zich voornamelijk op het gebied van ‘care’ wat beschreven wordt als ‘de onderdelen van zorg voor personen die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze om welke reden dan ook

*(dikwijls) gedurende een lange periode om de één of andere reden afhankelijk zijn van anderen en geholpen moeten worden bij het inrichten van hun dagelijks leven en bij de uitvoering van diverse dagdagelijkse activiteiten.’ (Vandeurzen, 2015).*

Met de overheveling van bevoegdheden kan de Vlaamse Sociale Bescherming verder worden uitgebreid. Voor de staats hervorming was Vlaanderen voornamelijk bevoegd voor preventieve zaken. De huidige minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin ziet die in zijn conceptnota nog steeds als een belangrijke pijler binnen het beleid van de Vlaamse overheid en wil verder inzetten op het aansporen tot een gezonde levensstijl als belangrijkste wapen tegen verminderde levenskwaliteit. Verder wordt ook de doelstelling geformuleerd om door middel van de Vlaamse Sociale Bescherming mensen met nood aan langdurige zorg, zoals chronisch zieken, zoveel mogelijk een plaats te geven in de samenleving en hen de mogelijkheid te geven om zo lang mogelijk zelfstandig te zijn en te participeren in de maatschappij. Dat komt overeen met de visie van de Vlaamse Regering die in het regeerakkoord 2014-2019 tot uiting komt door in het kader van Welzijns- en gezondheidsbeleid te streven naar een inclusief Vlaanderen.

De maatschappijvisie waar het regeerakkoord over spreekt wordt omschreven als een visie die inhoudt dat *‘mensen met een specifieke ondersteuning- of zorgnood een eigen zinvolle plek in de samenleving kunnen innemen’* (Vlaamse regering, 2014, p 104). Er wordt dus niet alleen aandacht gegeven aan het verlenen van zorg waar nodig, maar ook aan het activeren van chronische zieken.

*‘Een beleid rond Welzijn, Volksgezondheid en Gezin waar de burger centraal staat vereist tot slot ook een toegankelijke en transparante administratie waar klantvriendelijkheid van de dienstverlening centraal staat.’* (Vlaamse regering, 2014, p104)

#### 2.2.2.1 Vlaamse Sociale Bescherming

De conceptnota voor de Vlaamse Sociale Bescherming werd in 2015 aangenomen door Minister Vandeurzen. Het gaat over een pakket van tegemoetkomingen en financieringssystemen voor langdurige zorg dat in de komende jaren verder uitgebouwd zal worden binnen de Vlaamse Overheid. Het hele pakket valt onder de bevoegdheid van Afdeling Vlaamse Sociale Bescherming binnen het Agentschap Zorg & Gezondheid. Momenteel zijn de twee belangrijkste elementen in de Sociale Bescherming het Vlaamse Zorgfonds en de Vlaamse Zorgkas.

Sinds 2001 is het in Vlaanderen voor iedereen ouder dan 25 verplicht om zich aan te sluiten bij een zorgverzekering en via deze verzekering een jaarlijkse bijdrage te leveren van €50 voor de Vlaamse Zorgverzekering van het Vlaams Fonds. Enkel personen die het vorige jaar onder de verhoogde tegemoetkoming vielen, krijgen een vermindering en moeten slechts €25 betalen. Deze zorgverzekering kan worden afgesloten bij een zorgkas naar keuze, aangezien zij het zijn die instaan voor de concrete uitvoering. Momenteel zijn er 6

erkende zorgkassen, waarvan er 5 door een ziekenfonds georganiseerd worden en 1 door de Vlaamse overheid zelf (de Vlaamse Zorgkas) (Informatie Vlaanderen, sd; Agentschap Zorg & Gezondheid, sd).

In ruil voor deze bijdrage kan men, wanneer men zorgbehoevend wordt, tussenkomsten ontvangen voor niet-medische kosten. Volgens gegevens van de Vlaamse Overheid zouden er momenteel maandelijks 18.000 personen genieten van een tussenkomst van de Vlaamse zorgverzekering (Vlaamse overheid, 2016). Deze verplichte zorgverzekering houdt geen verband met de verplichte ziekteverzekering van de sociale zekerheid die op federaal niveau georganiseerd wordt en die een ander werkingsgebied heeft.

De belangrijkste tussenkomst van de zorgverzekering is de zorgvergoeding. Dit is een maandelijks bedrag dat wordt toegekend aan zorgbehoevenden die thuis verzorgd worden. Deze premie wordt ook wel eens de mantelzorgpremie genoemd. Om deze premie te ontvangen moet men eerst een score halen van minsten 35 punten op de BEL-schaal. De opstelling hiervan gebeurt door indicatiestellers van het ziekenfonds. De indicatiestelling wordt centraal verder verwerkt. De bedoeling van de Vlaamse Sociale Bescherming is om alle tegemoetkomingen en systemen van inkomensgerelateerde zorg samen te brengen onder een koepel en zo de systemen eenvormiger en eenvoudiger te maken (Vlaamse Regering, 2014).

#### **2.2.2.2 Het Vlaams Agentschap voor Personen met een handicap (VAPH)**

In 2006 vond er een grootschalige herstructurering plaats in het kader van Beter Bestuurlijk Beleid. Hierdoor werd het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie voor Personen met een Handicap opgesplitst en werden de bevoegdheden van het Fonds herverdeeld. Eén van de nieuw ontstane instellingen is het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Dit agentschap staat sinds 2006 in voor het bevorderen van de participatie als ook de integratie en gelijkheid van kansen voor personen met een handicap. Het VAPH probeert deze opdracht te vervullen door zowel diensten en voorzieningen als individuele personen te subsidiëren op verschillende domeinen. Het doel is om personen met een handicap zoveel mogelijk levenskwaliteit en autonomie te geven.

Bij het VAPH kan men terecht voor hulp en begeleiding op het gebied van wonen en opvang, leren en werken, vrije tijd en mobiliteit. Verder kunnen er ook aanvragen gedaan worden voor tussenkomsten om aanpassingen aan de woning te doen, voor hulpmiddelen alsook voor persoonlijke financieringsregelingen zoals het Persoonsvolgend Budget (PVB), de Persoonsvolgende Financiering (PVF) en het Persoonlijk Assistentie Budget (PAB). Voor enkele tegemoetkomingen of forfaits vraagt het VAPH wel uitputting van alle andere middelen. Zo zal bijvoorbeeld een aanvraag voor de forfait voor incontinentie van het VAPH pas worden aangenomen als men niet in aanmerking komt voor de gelijkaardige forfait bij het RIZIV of daarvoor reeds afgewezen is.



Doordat de nodige formulieren online beschikbaar zijn en dus niet via een maatschappelijke dienst of gemeente moeten worden opgevraagd kunnen burgers zelf hun aanvraag bij het VAPH starten. De aanvraag kan echter nooit zonder contact met een ziekenfonds of met een door het VAPH erkende vereniging afgerond worden, aangezien er een Multidisciplinair Verslag (MDV) moet worden opgesteld door een Multidisciplinair Team (MDT) om het aanvraagdossier te vervolledigen. Een MDT is een team experts dat minstens samengesteld is uit één arts, één licentiaat in de psychologische of pedagogische wetenschappen en één houder van een diploma sociaal-agogisch werk of sociale verpleegkunde. Dit team stelt het MDV op met de nodige informatie over de situatie van de aanvrager om het beslissende orgaan de mogelijkheid te geven een inschatting te maken voor de uiteindelijke beslissing (VAPH, sd).

### 2.2.2.3 De Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling (VDAB)

De Vlaamse regering wilt chronische zieken en personen met een beperking zoveel mogelijk laten deelnemen aan de samenleving. Een activeringsbeleid binnen de VDAB is hier een van de zaken waarop wordt ingezet (Vlaamse Regering, 2014). Binnen de VDAB is er een aparte dienst die gespecialiseerd is in het begeleiden van personen met een arbeidsbeperking: de GTB (Gespecialiseerde Trajectbepaling en -Begeleiding). Die begeleiding wordt voornamelijk verleend door in overleg met de chronisch zieke een zorgtraject op te stellen. Het deelnemen aan zo'n TB-traject is volledig vrijwillig. Er wordt wel vanuit de VDAB/GTB enige inspanning verwacht wanneer men een trajectbegeleiding start. In 2014 zijn er 6 526 trajecten opgestart.

Naast trajectbegeleiding organiseert de VDAB ook enkele maatregelen die werken voor personen met een beperking mogelijk moeten maken. Het gaat zowel over tegemoetkomingen voor de kosten voor aangepast materiaal of voor aanpassingen in de werkplaats als over ondersteuningspremies en tewerkstelling in lokale diensteneconomie. Om in aanmerking te komen voor deze maatregelen moet men eerst het attest voor arbeidshandicap kunnen voorleggen, dat enkel door de VDAB kan worden toegekend.

Een arbeidshandicap wordt gezien als een arbeidsbeperking die het gevolg is van een aandoening van 'psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard waardoor je het moeilijk hebt om werk te vinden of om je job uit te voeren' (VDAB, 2015). De VDAB of GTB controleert deze voorwaarden niet zelf, maar vertrouwd op de expertise van de behandelende geneesheer en vraagt enkel om bewijsstukken waardoor de beperking kan worden vastgesteld. Men kan zich beroepen op medische dossiers of op een verklaring van de behandelende geneesheer. Bij de aanvraag moet ook een motivatie bijgevoegd worden waarom men denkt een arbeidshandicap te hebben en waarom men denkt recht te hebben op de aangevraagde maatregelen (VDAB, sd).

### 2.2.3 Federaal (beleidsvisie)

De regeringsverklaring van de federale regering van 2014 geeft op het gebied van welzijn en gezondheid voornamelijk aandacht aan het aanpassen van de bestaande systemen van zorgverlening en financiële ondersteuning. Zo wil men vooral de financiële drempels tot de zorg verlagen voor personen in armoede en een meer geïntegreerde samenwerking tussen verschillende diensten nastreven. Sociale fraude wordt gezien als een aanslag op de solidariteit, wat de regering wilt tegen gaan. Er worden enkele doelstellingen voor fraudebestrijding geformuleerd. Daarin worden informatisering en gegevensdeling meermaals vermeld als mogelijke pistes om deze visie mogelijk te maken. Er wordt dus minder aandacht gegeven aan de chronisch zieke zelf, maar meer gefocust op de algemene zorgsystemen waar personen met zorgnoden mee in contact komen (Federale regering, 2014).

Voor de reorganisatie van de zorg zegt de federale regering zich te laten inspireren door de adviezen van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid zoals geformuleerd in de oriëntatienota 'geïntegreerde visie op de zorg voor chronische zieken in België'. Deze oriëntatienota geeft op zijn beurt verdere invulling aan de position paper over de toekomstige organisatie van de zorg voor chronische zieken, opgesteld in 2011 door de KCE (Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg) in samenwerking met de FOD Volksgezondheid en het RIZIV en dit in opdracht van Minister Onkelinx. Beide documenten baseren zich op het Chronic Care Model dat ook in internationale literatuur naar voren wordt geschoven als model voor effectieve en hoogkwalitatieve zorg.

De oriëntatienota van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid beschrijft 20 acties verdeeld over 6 domeinen waarop er volgens hen moet worden ingezet. Bij het opstellen van deze acties heeft men geen rekening gehouden met de verschillende beleidsniveaus aangezien ze van mening zijn dat alle niveaus geïntegreerd moeten samenwerken als men de zorg wil verbeteren. Het is dus de bedoeling om ook samen te zitten met de regionale zorgentiteiten. Op Vlaams niveau is er een advies over deze visie geformuleerd door de Strategische Advies Raad Welzijn Gezondheid en Gezin (SARWGG). Ook werd er in de opgenomen acties geen aandacht gegeven aan de administratieve aspecten. Op dit element kwam vanuit de SARWGG enige kritiek aangezien men er van overtuigd is dat deze administratieve systemen een belangrijk element zijn binnen het organiseren van goede zorgverlening om de toegang tot deze zorg mogelijk te maken (Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2013; SARWGG, 2014).

Ook de federale regering wil mensen met een arbeidsbeperking kansen geven op de arbeidsmarkt en zet in op integratie van deze doelgroep. Er zijn ook plannen om meer ruimte te maken voor het combineren van een Integratie Tegemoetkoming (IT) met beroepsinkomsten voor personen met een handicap. Verder wordt er aandacht gegeven aan de re-integratiemaatregelen voor arbeidsongeschikten. Het belangrijkste instrument hier

is de werkhervatting voor personen met minstens 50% arbeidsongeschiktheid waar nu bekeken zal worden of dat verder kan worden uitgebreid. De maatregelen die van toepassing zijn op arbeidsongeschikten zullen ook toegankelijk worden gemaakt voor personen met een beperking. De regering wil tevens nieuwe guidelines ontwikkelen voor de evaluatie van arbeidsongeschiktheid om zo tot een eenvormigere beoordeling te komen (Federale regering, 2014).

#### 2.2.3.1 Directie-Generaal voor personen met een Handicap en de FOD Sociale Zekerheid

Binnen de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (FOD Sociale Zekerheid) staat de Directie-Generaal voor personen met een Handicap in voor de erkenningen en tegemoetkomingen voor personen met een beperking. Het gaat over de erkenning als persoon met een beperking, de Integratie tegemoetkoming (IT) en de Inkomensvervangende Tegemoetkoming (IVT). Daarnaast zijn er ook sociale en fiscale maatregelen zoals het sociaal tarief, de parkeerkaart en voordelen voor het openbaar vervoer.

In theorie hebben burgers zelf weinig contact met de Directie-Generaal, aangezien de aanvraag van een tegemoetkoming of erkenning gestart moet worden bij de maatschappelijke dienst van het ziekenfonds, OCMW of de gemeente. De controle is het enige punt van direct contact, de rest van de berichtgeving verloopt via briefwisseling. Sinds april 2016 is er wel een directe mogelijkheid om een aanvraag in te dienen bij de FOD Sociale Zekerheid, namelijk via de website en een digitaal platform. Indien de burger toch wenst contact op te nemen met de Directie-Generaal of vragen heeft, dan is er een digitaal contactformulier beschikbaar op de website. Er is ook een contactnummer waarnaar gebeld kan worden.

De Directie-Generaal verwerkt aanvragen en verzorgt de berekening van de tegemoetkoming op basis van inkomen en zelfredzaamheid. Indien er een wijziging is in de inkomenssituatie of gezondheidssituatie van de gerechtigde moet dit gemeld worden en zal er worden nagegaan of er aanpassingen doorgebracht moet worden in het bedrag van de tegemoetkoming. Wanneer er wordt vastgesteld dat een persoon door een wijziging geen recht meer heeft op de tegemoetkoming of enkel op een lager bedrag, kan de Directie-Generaal het overtollige bedrag retroactief deels of volledig terugvorderen vanaf het moment dat de wijziging plaatsvond.

De FOD Sociale Zekerheid zet in op digitalisering. Dat is te merken aan de webtoepassing Handiweb waarmee burgers en maatschappelijke assistenten dossiers kunnen opvolgen. Deze intentie blijkt ook uit de recente ontwikkeling van het digitaal aanvragen van tegemoetkomingen of erkenningen. Een deel van de sociale en fiscale voordelen worden ook al automatisch bezorgd. Zo wordt aan leveranciers van nutsvoorzieningen automatisch een lijst bezorgd van klanten die genieten van een tegemoetkoming en die als gevolg ook recht hebben op het sociaal tarief. Ook de fiscus ontvangt een attest van erkenning van beperking om in rekening te brengen bij het verwerken van de belastingaangifte. Indien er een attest of bewijs van erkenning gevraagd wordt

voor het aanvragen bij een andere instantie waarbij er geen automatische uitwisseling van gegevens is, kan men via Handiweb een printscreen nemen van zijn attest en als bewijs gebruiken.

Binnen de Directie-Generaal zijn er ook maatschappelijke assistenten actief die burgers op vraag bijstaan in hun aanvragen. Deze assistenten houden ook zitdagen in verschillende steden en gemeenten. Een lijst van deze zitdagen is terug te vinden op de website van de Directie-Generaal (FOD Sociale Zekerheid, sd).

### 2.2.3.2 De Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)

In België kent het sociale zekerheidssysteem 3 werkstelsels; één voor werknemers, één voor zelfstandigen en één voor ambtenaren. De Rijksdienst voor Sociale zekerheid int voor alle stelsels zowel de werkgevers- als werknemersbijdrage. De uitbetaling gebeurt echter per tak van de sociale zekerheid. Er zijn 7 takken met elk een uitbetalingsinstelling, ieder bevoegd voor een specifieke parastatale:

- Rust- en overlevingspensioenen: FPD (Federale Pensioendienst)
- Werkloosheid: RVA (Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening)
- Arbeidsongevallenverzekering: FAO (Fonds voor Arbeidsongevallen)
- Beroepsziekteverzekering: FBZ (Fonds voor Beroepsziekten)
- Gezinsbijslag: FAMIFED (Federaal Agentschap voor de Kinderbijslag)
- Verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen: RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering)
- Jaarlijkse vakantie: RJV (Rijksdienst voor Jaarlijkse Vakantie).

Werknemers zijn verzekerd in alle 7 takken, zelfstandigen slechts in 5 (geneeskundige verzorging, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, moederschapsverzekering, gezinsbijslag, pensioen en faillissement). Ambtenaren hebben nog een aparte regeling: zij zijn ofwel verzekerd door de Dienst voor de Bijzondere Sociale Zekerheidsstelsels of door een eigen regeling van de tewerkstellende overheid zelf (enkel geneeskundige verzorging wordt dan geregeld volgens het werknemersstelsel) (Sociale Zekerheid, 2016).

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) is een uitbetalingsinstelling binnen de Sociale Zekerheid verantwoordelijk voor de tak geneeskundige verzorging. De taak van het RIZIV is het bedelen van een adequaat vervangingsinkomen bij arbeidsongeschiktheid of ouderschap voor werknemers en zelfstandigen en zorgen dat *'iedere verzekerde ongeacht zijn situatie effectief toegang heeft tot en vergoed wordt voor de nodige kwalitatieve geneeskundige zorgen (toegankelijkheid), die doeltreffend en in overeenstemming met de tariefafspraken (tariefzekerheid) verleend worden.'* (RIZIV, 2014). Het RIZIV voorziet dus voornamelijk in de

invaliditeitsuitkering en de tussenkomsten voor zorgverstrekking. Daarnaast zet het RIZIV zich ook in om te verzekeren dat er reële kansen worden aangeboden op re-integratie na arbeidsongeschiktheid.

Net als bij de FOD Sociale zekerheid hebben burgers weinig direct contact met het RIZIV. Voor de terugbetalingen van medische kosten en verzorgingskosten vervult het Rijksinstituut voornamelijk een controlerende rol op de ziekenfondsen, die instaan voor het verwerken van de aanvragen en uitbetaling van de tussenkomsten. Er wordt toegezien dat de tarieven correct worden toegepast en dat ziekenfondsen zich houden aan de opgelegde regels voor zorgverzekeringen. Enkel bij de invaliditeitsuitkering wordt er direct contact opgenomen met de burger wanneer deze op controle moet komen om de uitkering te kunnen ontvangen.

Voor het RIZIV is een persoon invalide of arbeidsongeschikt wanneer een persoon langer dan 1 jaar op ziekte-uitkering staat. De overgang naar invaliditeitsuitkering wordt automatisch gemaakt. Wel wordt er in de periode rond de overgang een oproep verstuurd tot controle bij de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) om de arbeidsongeschiktheid vast te stellen. Deze raad is onderdeel van de Dienst Uitkeringen binnen het RIZIV en wordt geleid door de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (HC GRI) bestaande uit 18 geneesheren; 9 adviserende geneesheren voor verzekeringsinstellingen en 9 geneesheren-inspecteur voor de Dienst Uitkering. De Hoge Commissie beslist over de individuele aanvragen: de arbeidsongeschiktheid tijdens de invaliditeit, de duur van de invaliditeit, de eventuele terugbetaling van re-integratieplannen voorgesteld door de adviserende arts en eventuele toelating om een deel van de zelfstandige activiteit opnieuw op te nemen. De richtlijnen voor medische evaluatie van een persoon door adviserende geneesheren en geneesheren-inspecteurs worden door deze Hoge Commissie opgesteld.

De dienst Uitkeringen bepaalt de tegemoetkomingsvoorwaarden en berekeningen voor de uitkeringen onder de bevoegdheid van het RIZIV en beheert de dossiers. Dit houdt niet alleen de invaliditeitsdossiers in maar ook de dossiers voor personen die financiële steun ontvangen voor het doorlopen van een socioprofessionele rehabilitatie of voor heroriëntering van personen die na hun arbeidsongeschiktheid opnieuw willen gaan werken. Naast de Dienst Uitkeringen zijn er nog 5 andere diensten actief binnen het RIZIV: Geneeskundige Verzorging, Geneeskundige Evaluatie en Controle, Administratieve Controle, Medische Ongevallen, Algemeen Ondersteunende Diensten. Deze zijn voornamelijk gericht op de ondersteuning en controle van de zorgstreckende instellingen of ziekenfondsen (RIZIV, 2015).

### 3 Conclusie documentenanalyse

---

De documentenanalyse bevestigt dat het sociale landschap voor chronische zieken zeer complex is. Bevoegdheden zijn verspreid over verschillende diensten over meerdere beleidsniveaus heen. De hoeveelheid aan verschillende definities en voorwaarden maakt het begrijpen van de sociale regelgeving niet eenvoudig. Daarnaast is informatie niet altijd even duidelijk en is deze bijkomend nog eens wijdverspreid.

Elke dienst geeft informatie over de eigen dienstverlening. Tijdens het uitvoeren van de documentenanalyse is er nergens een overzicht gevonden van de verschillende regelingen of zelfs de relaties tussen de betrokken diensten. De 'Sociale Landkaart' geeft wel een overzicht maar dit naslagwerk is gericht op maatschappelijk medewerkers en personen uit de zorgsector zelf en kan enkel via betaling bekomen worden. Voor burgers is de 'Sociale Landkaart' dus niet toegankelijk genoeg en bestaat er nog geen alternatief.

# Deel 2: Experten

Op basis van de documentenanalyse werden experts van enkele diensten die betrokken zijn bij deze problematiek gecontacteerd voor een interview om een beter inzicht te krijgen in hun werking. Deze diensten zijn op hun beurt vaak ook zelf gebruikers van dienstverlening van een andere overheidsdienst. Dit maakt dat hun ervaring met deze dienstverlening een mogelijke invloed zal hebben op de eigen dienstverlening en bij gevolg op de ervaring van chronisch zieke zelf.

Het doel van de interviews is een beeld te vormen van de eigen ervaring van de diensten bij de invulling van hun taken. Doordat deze diensten veel rechtstreeks contact hebben met burgers hebben ze vermoedelijk ook een algemeen beeld van de noden van chronische zieken. Deze experten-interviews zullen in overweging genomen worden bij het opstellen van de vragen voor de respondent-interviews.

## 1 Methodologie

---

De gesprekken met personen van enkele van de betrokken diensten waren semigestructureerd interviews. De diensten werden geselecteerd op basis van hun vele contactmomenten met de chronisch zieken zelf. Twee belangrijke diensten op het federale niveau, RIZIV en FOD Sociale Zekerheid, en op Vlaams niveau het VAPH zijn eveneens via verschillende wegen gecontacteerd, maar zijn niet in gegaan op de vraag tot een gesprek.

De gesprekken werden getranscribeerd maar niet verder verwerkt in Nvivo. Elke dienst spreekt immers vanuit zijn eigen specifiek vakgebied en eigen ervaring met de chronisch zieke, en het is daarom moeilijk om een overkoepelende synthese te maken.

Volgende diensten en personen werden geïnterviewd:

- Sociaal Huis/OCMW: regioverantwoordelijke voor de Dienst Ouderen en Thuiszorg (Dendermonde)
- Sociale Dienst van een ziekenhuis: Adjunct-hoofd Sociaal Werk en Sociaal Verpleegster (UZ Gent)
- Christelijke Mutualiteit: Maatschappelijk Medewerker (regio Temse)
- Christelijke Mutualiteit: Coördinator Infopunt Chronische Zieken
- Christelijke Mutualiteit: Indiciesteller voor de Zorgkas (Regio Waas en Dender)
- VDAB: verantwoordelijke Sociale Economie Oost Vlaanderen

Gezien de CM de grootste mutualiteit is in Vlaanderen, en gezien er geen mogelijkheid was tot meer uitgebreid onderzoek, is er geopteerd om enkel gesprekken te houden met deze mutualiteit.

## 2 Synthese van de gesprekken met de verschillende diensten

---

### 2.1 Het OCMW Dendermonde

In het eerste deel werd al vermeld dat de geplande integratie van de dienst OCMW in de gemeentediensten de organisatie van maatschappelijke diensten bij de gemeente beïnvloed. In Dendermonde is er gekozen voor het opstarten van een Sociaal Huis waar de maatschappelijke diensten van het OCMW en de gemeente samen gebracht worden. Door deze samenvoeging van diensten mag het OCMW nu ook aanvragen starten die vroeger alleen bij de maatschappelijke dienst van de gemeente gestart konden worden. Mensen kunnen zelf langsgaan met vragen bij het Sociaal Huis. Voor enkele doelgroepen zoals personen met een beperking wordt er door de regioverantwoordelijken op huisbezoek gegaan. De oprichting van een Sociaal Huis heeft volgens de regioverantwoordelijke het voordeel dat de benaming laagdrempelig is en geen eventuele negatieve connotaties met zich mee brengt waar dat vroeger bij het OCMW wel al eens het geval kon zijn.

Informatie over de eigen dienstverlening en de mogelijke regelingen wordt verspreid via magazines en brochures en via de website. Wanneer er een artikel verschijnt in het stadsmagazine merkt het Sociaal Huis een stijging in het aantal bezoeken en vragen. Het bereiken van mensen die zeer op zich zelf leven en weinig sociale contacten hebben blijft een pijnpunt, deze personen komen meestal pas langs als ze geconfronteerd worden met een echt groot probleem. De regioverantwoordelijke merkt dat veel mensen de verschillende tegemoetkomingen moeilijk uit elkaar kunnen houden en dat hier veel vragen over gesteld worden. Ze voegt er ook aan toe dat burgers niet altijd beseffen van welke instelling of beleidsniveau een tegemoetkoming komt. Bij het invullen van een aanvraag kan het dan zijn dat er hen gevraagd wordt of ze iets ontvangen van uit een federale dienst, het verkregen antwoord is dan meestal nee terwijl er na het nakijken van het dossier blijkt dat dit wel het geval is.

Sinds 2011 hebben mutualiteiten de bevoegdheid gekregen om zelf bepaalde aanvragen te doen waar voordien alleen de gemeente hiervoor bevoegd was. De regioverantwoordelijke zei dat ze sinds 2011 wel een daling merkten in hun aantal aanvragen. Ondanks de overlapping in het takenpakket met de mutualiteit wordt dit niet gezien als een negatieve ontwikkeling. De mutualiteiten kunnen op deze manier hun leden immers een ruimere dienstverlening aanbieden. Er is soms samenwerking met de lokale mutualiteiten voor meer complexe dossiers. Hierbij is er dan vaak multi-disciplinair overleg over de zorgverlening met alle betrokken actoren. Naast de mutualiteit en het Sociaal Huis zijn bij dit overleg dan ook de behandelende dokter, eventueel thuisverpleging en een familielid aanwezig.

Voor het invullen van de formulieren zegt ze dat er toch enige administratieve kennis nodig is. Volgens haar zou er bij de FOD Sociale Zekerheid wel een inspanning gedaan zijn om de duidelijkheid van formulieren te verbeteren. Vooral over de financiële aspecten zouden er veel vragen zijn vanuit de burger. Zo zouden veel



mensen de schenking van hun huis aan hun kinderen niet zien als het verkopen van hun huis, maar voor het correct invullen van de formulieren komt dit op hetzelfde neer. Volgens haar zorgen de ambtelijke taal en het jargon van de briefwisseling ook voor onduidelijkheid. Ook al zou er enige verbetering zijn ten opzichte van vroeger.

De communicatie tussen het Sociaal Huis en andere diensten verloopt vlot. De dienst wordt via mail en nieuwsbrieven op de hoogte gehouden van nieuwigheden binnen diensten zoals de FOD Sociale Zekerheid en de Federale Pensioendienst. In het Sociaal Huis worden ook regelmatig zitdagen georganiseerd voor deze diensten wat het extra voordeel geeft dat er direct vragen gesteld kunnen worden over recente ontwikkelingen. Het Sociaal Huis in Dendermonde werkt ook mee aan pilootprojecten; zo loopt er momenteel een project rond de BelRAI. De regioverantwoordelijke stond zeer positief ten opzichte van verdere digitalisering. Wel zag ze als bedreiging met de gebruikte toepassingen dat hun dienstverlening bij een systeemfout zo goed als lam ligt, omdat alles via het systeem verloopt. Ook intern zijn ze aan het inzetten op digitalisering en automatische toekenning. Wanneer de Bel-schaalscore van de cliënt bekend is bij het Sociaal Huis, wordt de mantelzorgpremie automatisch toegekend als deze minstens 35 is. Over het algemeen heeft de regioverantwoordelijke het gevoel dat de procedures steeds vlotter verlopen en de verwerkingstijd is ingekort.

## 2.2 Sociale Dienst in het UZ Gent

Er heeft een gesprek plaatsgevonden met het adjunct-hoofd van de sociale dienst van het UZ Gent en een maatschappelijke verpleegster. De sociale dienst van het UZ Gent heeft echter geen toestemming gegeven om het gesprek verder te verwerken.

## 2.3 De Christelijke Mutualiteit

### 2.3.1 Maatschappelijke dienst

De maatschappelijke dienst staat open voor iedereen die vragen heeft of graag enige ondersteuning zou krijgen bij het navigeren van het sociaal landschap. De lokale diensten zijn bereikbaar op open zitdagen of op afspraak, daarnaast probeert de CM recent ook meer in te zetten op proactieve betrekking. Wanneer een persoon in het bestand opgenomen is als chronisch ziek (deze hebben meestal een speciale code toegewezen gekregen op basis van hoge medische kosten of andere gegevens) zullen zij deze persoon uitnodigen voor een gesprek of zelf persoonlijk langsgaan.

Aanvragen tot tegemoetkomingen kunnen bij de maatschappelijk medewerker van de mutualiteit gestart worden zonder dat de zorgbehoevende zelf aanwezig moet zijn. Een volmacht is voldoende om een aanvraag te starten. Wel zal er voor de zekerheid tijdens het opstellen van het dossier een huisbezoek plaats vinden om de werkelijke situatie te bekijken en de mening van de zorgbehoevende te aanhoren. Wanneer het over een

herziening gaat, bijvoorbeeld omdat de zorgbehoevendheid groter geworden is en men denkt in aanmerking te komen voor een hoger bedrag, wordt er wel gevraagd naar een expliciete volmacht en bevestiging dat de zorgbehoevende instemt. Dit is voornamelijk omdat een herziening betekent dat het hele dossier opnieuw bekeken wordt en er soms beslist kan worden dat de situatie beter is dan in het dossier en dat het bedrag verlaagd wordt of dat men zelfs niet meer in aanmerking komt. Wanneer de maatschappelijk medewerker overtuigd is dat de cliënt niet voldoet aan de voorwaarden voor een bepaalde tegemoetkoming dan kan hij weigeren om de aanvraag te ondersteunen, dit geldt ook wanneer cliënten in beroep willen gaan na een afwijzing. De gemeentelijke maatschappelijk werker zou wel elke aanvraag moeten doorgeven en kan hier niet weigeren.

Om op de hoogte te blijven van recente ontwikkelingen is er een interne verwerking van informatie. Per verbond is er een persoon bevoegd voor de opvolging van de wettelijke bepalingen. Deze persoon ontvangt regelmatig koninklijke of ministeriele besluiten over de welzijns- of gezondheidssector. Hij zal de voor de eigen werking relevante besluiten verwerken en voorzien van enige uitleg alvorens deze door te geven aan collega's. Naar het aanvoelen van de gesproken maatschappelijk medewerker worden ze als dienst voldoende op de hoogte gehouden van recente ontwikkelingen binnen de bevoegde partnerinstellingen op Vlaams en federaal niveau.

Deze partnerinstellingen op Vlaams of Federaal niveau zijn wel minder bereikbaar voor het stellen van vragen over individuele dossiers. Voornamelijk het bereiken van de FOD Sociale Zekerheid zou hier voor veel moeilijkheden zorgen. Burgers zouden vrij veel aan geven dat ze reeds gepoogd hebben contact op te nemen met de FOD maar dat ze niet in contact geraken met de juiste persoon om de gepaste informatie te bekomen. De gesproken maatschappelijk werker van de mutualiteit zei dat hij zelf dezelfde problemen ervaart. Hij zelf moet toch elke week meermaals contact opnemen met de FOD in het kader van individuele dossiers, meestal via het online contactformulier. Als hij meerdere vragen in een formulier stelt gebeurt het al eens dat niet alle vragen beantwoord worden. Bellen zou hij zoveel mogelijk vermijden omdat hij uit ervaring al weet dat hij weinig slaagkans heeft. Het VAPH, de andere dienst waar hij regelmatig contact mee moet opnemen, zou wel bereikbaarder zijn, al gaf hij aan dat ook hier enkele burgers toch enige frustraties hadden over de bereikbaarheid van de dienst.

In april zou de FOD Sociale Zekerheid de mogelijkheid aanbieden om tegemoetkomingen volledig elektronisch aan te vragen. Het gesprek met de maatschappelijk medewerker vond enkel weken voor de start van deze toepassing plaats, dus hij had nog geen ervaring met de gebruiksvriendelijkheid van het nieuwe systeem. Hij wist wel al te vertellen dat er in de versie die in april zou starten geen mogelijkheid zou zijn tot het opslaan van de gegevens om op een latere datum de aanvraag te vervolledigen en dat dus de hele aanvraag in één keer zou

moeten afgerond worden (extra bijlagen zouden wel op een later moment kunnen worden opgestuurd of bijgevoegd). Hij zag hier toch enkele praktische problemen, voornamelijk omdat het volledig invullen van een aanvraagformulier toch tijd in beslag neemt. Op drukke zitdagen zou het dan bijvoorbeeld moeilijker zijn om burgers onmiddellijk te helpen bij hun online aanvraag omdat er te weinig tijd is om het hele dossier af te ronden. Ook zouden burgers die thuis een aanvraag gestart zijn helemaal opnieuw moeten beginnen wanneer ze vast komen te zitten en tijd nodig hebben om hun vraag te beantwoorden door bijvoorbeeld langs te gaan bij de maatschappelijke dienst.

### *2.3.2 Indiciesteller voor de Vlaamse Zorgkas*

Mutualiteiten staan in voor de uitvoering van de Vlaamse zorgverzekering, via deze verzekering kan er bijvoorbeeld een premie worden aangevraagd voor mantelzorgers. Om in aanmerking te kunnen komen voor deze premie moet de zorgbehoevende die de zorg krijgt een score halen van minstens 35 op de BEL-schaal. Deze score wordt bepaald door een huisbezoek van een indicatiesteller die hier voor bevoegd is. Elke zorgkas heeft eigen indicatiestellers voor het vervullen van deze taak.

Mediwe vzw is een organisatie die door het Vlaamse Zorgfonds is aangesteld om toezicht te houden op de correctheid van de controles uitgevoerd in het kader van de Vlaamse zorgverzekering (Mediwe vzw, 2014). Vanuit de Vlaamse overheid ontvangen de indicatiestellers ook richtlijnen over hoe de BEL-schaal ingevuld moet worden. Ze worden ook op de hoogte gehouden over de erkende hulpmiddelen en wat de implicatie van het gebruik van bepaalde hulpmiddelen heeft op de zelfredzaamheid. Om zoveel mogelijk rechtlijnigheid te voorzien heeft de CM er voor gekozen om eigen indicatiestellers ook intern op te leiden en hen geen bijkomende taken te geven. Daarnaast is er ruimte voor overleg en afstemming in de teams.

De gesproken indicatiesteller geeft aan dat er zeker verschillen zijn tussen de uitkomstpercentages van de verschillende regio's maar dat deze voornamelijk eerder veroorzaakt worden door eigenschappen van de regio zelf dan door enige subjectieve inbreng van indicatiestellers. Zo zijn er bijvoorbeeld gemeenten die de BEL-schaal gebruiken voor het uitgeven van hun eigen premies. Wanneer de voorwaarden voor deze gemeentelijke premies lager liggen dan de voorwaarde van de zorgverzekering (minsten een score van 35 behalen) zal er in die gemeenten sneller een aanvraag gedaan worden voor een indicatiestelling. De zorgbehoevende kan dan een score halen die niet voldoende is voor in aanmerking te komen voor de premie van de zorgverzekering, waardoor deze zal opgenomen worden als afgewezen. Maar de behaalde score kan wel voldoende zijn voor de aanvraag bij de gemeente. Het verkregen attest zal dan gebruikt worden voor de gemeentelijke aanvraag. Op deze manier zal het team van indicatiestellers verantwoordelijk voor deze gemeente een heel hoog afwijzingspercentage hebben. Ze gaf aan dat er ook een verschil was tussen de uitkomsten van haarzelf en die van haar collega. Dit lag

dan voornamelijk aan het feit dat zij de indicatiestelling van aanvragen via de maatschappelijke dienst verzorgde, en haar collega de door de burger zelf aangevraagde aanvragen verzorgd. Naar haar mening vervult de maatschappelijk medewerker een soort filterfunctie waardoor er al een hoog vermoeden van zorgbehoevendheid is bij de personen waar ze langs gaat.

Ondanks de ondernomen stappen om de indicatiestelling zo objectief en eerlijk mogelijk op te stellen en te laten verlopen zijn er naar aanvoelen van de gesproken indicatiesteller toch enkele doelgroepen die ongewild beoordeeld worden. De indicatiestelling is gebaseerd op het al of niet in staat zijn van bepaalde activiteiten zelfstandig te ondernemen. Deze activiteiten omvatten voornamelijk huishoudelijke taken zoals koken, kuisen en wassen. Dit beoordeelt oudere mannen ten opzichte van oudere vrouwen aangezien deze over het algemeen nooit veel huishoudelijke taken hebben moeten doen en er nu ook niet van hen verwacht kan worden dat ze deze nog leren uitvoeren. De gesproken indicatiesteller heeft ook het gevoel dat oudere vrouwen het moeilijker hebben om deze huishoudelijke taken over te laten aan anderen en er alles aan doen om deze zelf te blijven doen.

Enkele activiteiten worden ook zeer ruim geïnterpreteerd. Zo wordt het zelf opstellen van een boodschappenlijst nog gezien als een indicatie van zelfredzaamheid op het gebied van boodschappen doen, het afruimen van een tafel na het eten wordt ook gezien als een indicatie van zelfredzaamheid voor kuisen. Hierover heeft de gesproken indicatiesteller al vaak vragen gekregen, en deze interpretatie lijkt dit bij de zorgbehoevende of zijn familie toch voor enige onduidelijkheid te zorgen.

Naar de mening van de gesproken indicatiesteller is er voor de interne procedure nog veel ruimte voor digitalisering en vereenvoudiging. Zo zouden dezelfde gegevens meermaals manueel ingegeven moeten worden. Volgens de gesproken indicatiesteller ondervinden burgers hier echter zelf geen ongemak van. Het zou voor de indicatiestellers zelf wel handiger zijn als deze gegevens automatisch opgevraagd kunnen worden. Het gaat voornamelijk over het rijksregisternummer en adres van de zorgbehoevende, deze worden momenteel al automatisch ingevuld op de uitnodiging die verstuurd wordt voor controle, maar bij de verdere verwerking moeten de indicatiestellers deze steeds zelf ingeven.

### *2.3.3 Het Infopunt Chronische Zieken*

Naar aanleiding van een patiënte-enquête uitgevoerd onder voormalig Minister van Volksgezondheid Onkelinx, waaruit bleek dat patiënten voornamelijk nood hadden aan meer informatie, heeft de CM het Infopunt Chronisch Zieken opgericht binnen haar eigen werking. Dit infopunt probeert zoveel mogelijk informatie te verspreiden via de website van de CM, magazines en brochures. Deze informatie is niet enkel gericht op burgers maar ook op

de eigen maatschappelijke diensten. Nieuwe wetgeving zal door het infopunt verduidelijkt worden en doorgegeven. Naast het verspreiden van info is het infopunt ook bereikbaar voor vragen.

De mutualiteiten hebben vanuit de overheid de opdracht gekregen om personen die zich in een maatschappelijk zwakkere positie bevinden enigszins extra aandacht te geven. De proactieve houding van maatschappelijke diensten is dan ook voornamelijk op deze doelgroep gericht. Door het oprichten van het infopunt hoopt de CM ook de chronisch zieken die slechts enkele vragen hebben en zich niet in een zeer zorgbehoevende situatie of maatschappelijk zwakker situatie bevinden te kunnen bereiken en ondersteunen.

De gesproken medewerkster merkt op dat de veelheid aan verschillende attesten en voorwaarden voor veel mensen moeilijk te begrijpen is. De voorwaarden zijn vaak uiteenlopend, maar in de perceptie van de burger is er weinig verschil maar voor de bevoegde dienst wel. Ook de verschillende inschalingsinstrumenten worden volgens haar regelmatig door elkaar gehaald.

In 2014 ontving het Infopunt Chronische Zieken 1793 vragen. Een duizendtal van deze vragen gingen over RIZIV aangelegenheden, betreffende gezondheidszorgen en uittreksels. Over voorzieningen waren er 441 vragen waarvan 76 over voorzieningen voor gehandicapten. Het infopunt geeft aan dat ze een duidelijke stijging merken van vragen in periodes na het verspreiden van info via ledenbladen. Hierdoor is ze er van overtuigd dat men er dus in slaagt om mensen te bereiken. Toch is men van mening dat het probleem van informeren niet ligt in de informatie die voor handen is maar eerder in het verlenen van de nodige info op het juiste moment. Ook het weergeven van complexe wetgeving in toegankelijke taal is een uitdaging voor het infopunt, hierbij moet volgens de gesproken medewerker steeds het evenwicht gezocht worden tussen wat strikt juridisch correct is en wat begrijpbaar is.

De gebruikte taal in formulieren zou volgens de gesproken medewerker niet aangepast zijn aan het taalgebruik van de burger. Ze gaf als voorbeeld het gebruik van de afkorting INSZ (Identificatienummer Belgische Sociale Zekerheid) op de formulieren voor de incontinentieforfait, dit is de officiële afkorting voor het rijksregisternummer. Deze afkorting is bij burgers niet echt bekend en bleek voor veel verwarring te zorgen. De gesproken medewerker zegt dat dergelijke zaken wel vaker voorkomen, de opstelling van dergelijke formulieren is immers bij wet vastgelegd. Als er in het staatsblad verschijnt dat er naar de INSZ gevraagd moet worden dan mag er hier volgens haar geen letter aan veranderd worden en mag de beter bekende term niet gebruikt worden. Formulieren zijn zo opgesteld dat ze alle gegevens vragen om te voldoen aan de wetgeving, die naar de mening van de gesproken medewerker vaak niet echt logisch in elkaar zit. Volgens haar zou er toch enige discussie gevoerd kunnen worden over de noodzaak van bepaalde regelgeving rond de opgestelde formulieren.

Verder heeft de gesproken medewerker toch enige twijfel over de rechtvaardigheid van de criteria waarop bepaalde criteria berekend worden. Bepaalde gegevens die gebruikt worden voor de berekening kunnen een misleidend beeld geven over de situatie. Ze gaf als voorbeeld het gebruik van het kadastraal inkomen als indicator voor het al dan niet voldoen aan de voorwaarden. Naar haar aanvoelen betekent het hebben van een hoog kadastraal inkomen niet altijd ook het hebben van een goed inkomen en omgekeerd. Ook kunnen bepaalde gebruikte gegevens niet gecontroleerd worden door de overheid omdat deze door de burger zelf moeten worden opgegeven, dit geeft ruimte voor oneerlijke praktijken.

De gesproken medewerker geeft aan dat de klantgerichtheid steeds meer aandacht krijgt zowel bij hun eigen werking als bij partnerinstellingen. Een deel van de subsidiëring die ze als dienst ontvangt zou zelfs afhangen van de kwaliteit van hun klantenbehandeling. Het doel is om alles zo vlot mogelijk te laten verlopen. Soms zijn er drukke momenten voor bepaalde aanvragen en dan probeert men extra mensen hierop in te zetten om achterstand te vermijden. De gesproken medewerker ziet veel mogelijkheden in eHealth voor het vereenvoudigen van de administratieve rompslomp zowel voor hun eigen medewerkers als voor burgers. Over de plannen van de FOD Sociale Zekerheid voor de elektronische aanvraag maakt ze zich enige zorgen. Ze vreest dat het aantal aanvragen hierdoor zal stijgen omdat de filterfunctie van de maatschappelijk medewerkers hierdoor omzeild kan worden. Aanvragen die nu tegengehouden worden door de maatschappelijk medewerker, die weigert te begeleiden omdat er naar zijn mening quasi zekerheid is op een afwijzing zullen door de elektrische aanvraag door de patiënt zelf aangevraagd kunnen worden.

## 2.4 VDAB

In 2006 werd de bevoegdheid voor het erkennen van een arbeidshandicap vanuit het VAPH overgedragen naar de VDAB. De VDAB heeft de bestaande procedure enigszins vereenvoudigd. In het nieuwe systeem is voor erkende ziekten en beperkingen een attest van de behandelende specialist voldoende bewijs voor de aanvraag. Het attest mag niet van een huisarts zijn tenzij deze expliciet verwijst naar verslagen en vaststellingen van de behandelende specialist. Indien de diagnose niet terug te vinden is op de lijst met erkende ziekten zal de VDAB verder onderzoek doen om de nood aan hulp en de mogelijke ondersteuningsmogelijkheden vast te stellen.

Personen met een erkende arbeidshandicap kunnen tewerkstellingsmaatregelen aanvragen bij de VDAB zodra ze werken. Afhankelijk van de maatregel zal er uitbetaald worden aan de werknemer of werkgever. Aangepast werkgereedschap zal terug worden betaald aan de werknemer zelf en zijn ook bezit van deze werknemer zodat als deze van werkgever verandert hij geen nieuwe aanvraag moet doen voor hetzelfde gereedschap. Aanpassingen aan gebouwen en dergelijke worden vanzelfsprekend uitbetaald aan de werkgever Deze laatste

moet wel verklaren dat hij de intentie heeft om de werknemer met een arbeidshandicap minsten 6 maanden in dienst te houden.

Chronische zieken kunnen bij de VDAB en GTB terecht voor trajectbegeleiding naar werk. Indien de chronisch zieke een invaliditeitsuitkering geniet dan zal er wel toestemming nodig zijn van de adviserende geneesheer van de mutualiteit. Deelname aan trajectbegeleiding is op vrijwillige basis. Eens men gestart is met de begeleiding verwacht de VDAB wel dat de chronisch zieke het traject afmaakt en enig engagement toont. De gesproken medewerker van de VDAB gaf wel aan dat het zoeken naar een gepaste job voor chronisch zieken op enkele gebieden moeilijker is dan voor mensen met een fysieke beperking. Werkgevers zouden wel veel loyaliteit tonen ten opzichte van eigen werknemers die chronisch ziek worden; in deze situatie lijken de meeste werkgevers enige moeite te doen om de werknemer in dienst te houden en aanpassingen te voorzien. Naar aanvoelen van de gesproken medewerker zouden werkgevers echter minder geneigd zijn om chronische zieken nieuw aan te werven omdat ze nog niet bekend zijn met de persoonlijkheid en werkhouding van deze persoon en moeilijk kunnen inschatten of ze al of niet op deze werknemer zullen kunnen vertrouwen.

Het is volgens de gesproken expert zeer lastig om in te schatten welk werk chronische zieken zullen aankunnen. Van een persoon met een fysieke beperking kan de output lager liggen, maar deze zal vrij consistent zijn en makkelijk in te plannen. Bij een chronisch zieke zal de output sterk kunnen wisselen van dag tot dag. Daarnaast heeft de gesproken medewerker ook het gevoel dat de huidige arbeidsmarkt weinig te bieden heeft voor lager opgeleiden of zwakkeren in de samenleving. Werkgevers ook steeds meer verwachten van hun werknemers. Er moet dus zowel een match zijn tussen de functie en wat de chronisch zieke aankan maar ook tussen de werkgever en werknemer.

De VDAB is een beleidsuitvoerende dienst, waarbij ze voor sociale-economische aspecten vallen onder de bevoegdheid van minister Homans, en voor werk gerelateerde aspecten onder minister Muyters. Wanneer er nieuwe ontwikkelingen zijn of er een nieuw beleidsvoorstel moet worden doorgevoerd zal dit eerst bij de centrale dienst van de VDAB bekeken worden en nadien met de provinciale verantwoordelijke verder worden uitgewerkt. De gesproken medewerker verteld dat de wisselende politieke overtuigingen van de bevoegde ministers zich uit in wisselende prioriteiten binnen de werking van de eigen dienst. Tijdens de vorige legislatuur hadden de bevoegde ministers beide een socialistische overtuiging wat zich uitte in meer aandacht voor de sociale-economische aspecten; de huidige ministers leggen de nadruk meer op het voorzien van werk. De gesproken medewerker gaf ook aan dat de bevoegde ministers het niet altijd eens zijn met elkaar, wat het uitvoeren van beide beleidsvisies uiteraard niet altijd even makkelijk maakt.

### 3 Aangegeven aandachtspunten vanuit de gesproken experts

---

Een overzicht van de aangegeven knelpunten die experts zelf ervaren

#### *Het Sociaal Huis*

De gesproken expert hier heeft geen knelpunten te kennen gegeven.

#### *De CM*

- De gesproken maatschappelijk medewerk had bedenkingen over het praktisch gebruik van de elektronische aanvraag bij de FOD Sociale Zekerheid.
- De slechte bereikbaarheid van de FOD Sociale Zekerheid zorgde voor belasting op de eigen dienstverlening van de maatschappelijke dienst.
- De gesproken indicatiesteller zag nog veel ruimte voor digitalisatie en vereenvoudigen van de eigen interne procedures.
- De bevoordeling van enkele bepaalde bevolkingsgroepen was een mogelijk aandachtspunt bij de schaalinstrumenten gebruikt door de Vlaamse zorgverzekering volgens de gesproken indicatiesteller.
- De gebruikte taal in formulieren kan volgens de gesproken medewerker van het infopunt beter aangepast zijn aan het dagelijks taalgebruik van de burger.
- Het voorzien van informatie op het gepaste moment en het toegankelijk maken van de complexe materie blijft een uitdaging.

#### *VDAB*

- Het vinden van werk voor chronische zieken heeft veel uitdagingen en is soms praktisch gewoon niet haalbaar.
- Het huidige beleid legt weinig prioriteit bij sociale-economie.
- De prioriteiten in het beleid liggen niet altijd in dezelfde lijn en verschillen afhankelijk van de bevoegde ministers.
- De huidige arbeidsmarkt is moeilijk bereikbaar voor zwakkere personen, er wordt ook steeds meer verwacht van werknemers.



# Deel 3: Respondenten

Het belangrijkste deel van dit onderzoek zijn de respondenten interviews. In dit deel van de scriptie zullen de bevindingen uit deze interviews besproken worden. Dit zal zowel gebeuren aan de hand van een thematische indeling als per betrokken dienst. Op het einde van de thematische bespreking zullen er ook enkele aanbevelingen volgen.

## 1 Methodologie en selectie van respondenten

---

Zoals vermeld is er voor deze onderzoeksvraag gekozen voor een kwalitatieve methode omdat de nadruk ligt op de ervaring van de gebruiker. Om toch een wijde pool van perspectieven te kunnen belichten binnen de gegeven tijdsperiode is er besloten om 10 respondenten te interviewen. De profielen van de respondenten zijn gekozen op basis van volgende elementen: geslacht, leeftijd, (laatst uitgevoerd) beroep, grootste inkomensbron, gezinssituatie, administratieve vaardigheid en digitale vaardigheid. Het enige waar alle respondenten in overeen komen is het feit dat ze allemaal chronisch ziek zijn en behoren tot de bevolking op arbeidsleeftijd. Er werd geopteerd om het onderzoek te beperken tot personen op actieve arbeidsleeftijd. Dit geeft een duidelijker afbakening voor de scope van het onderzoek, omdat er geen rekening moet worden gehouden met zaken zoals bijvoorbeeld aangepast onderwijs. Bovendien lijkt het aanbod van sociale maatregelen zich voornamelijk te richten tot deze groep.

Als startpunt voor elk interview werd gebruik gemaakt van een user journey, een methodiek die toegepast wordt binnen service design en die ook werd toegepast bij gelijkaardig onderzoek in Nieuw-Zeeland (Result 10, December 2014). Het is voornamelijk een tool om in kleine groepen de verschillende te doorlopen stappen te bespreken en visueel weer te geven. Waarbij er per stap bijkomende vragen gesteld worden met als doel het reële traject dat moet doorlopen worden om een bepaalde dienstverlening te verkrijgen in kaart te brengen. Gezien de hoeveelheid aan verschillende sociale rechten en de verschillende situaties waarin de respondenten zich bevinden wordt de user journey hier voornamelijk gebruikt als leidraad voor het gesprek, niet als tool om het volledige proces uit te tekenen. Aan de hand van de user journey werden dus telkens thema's als het verzamelen van informatie, het invullen van de aanvraagformulieren, indienen van de aanvraag, het verloop van een controle en het ontvangen van de beslissing besproken. Bijkomende thema's die ook besproken zullen worden zijn: digitalisatie en eigen digitale vaardigheid, eigen administratieve vaardigheid en de mogelijkheden voor (aangepast) werk voor chronische zieken.

Elke gesprek is opgenomen en wordt getranscribeerd voor inductieve verwerking in Nvivo, aan de hand van beschrijvende codes. Voor de codering in Nvivo wordt eerst een thematisch samenvattend verslag gemaakt van elk gesprek om een eerste vereenvoudiging te maken en opvallende elementen te kunnen meenemen in de coderingsfase zelf (data condensatie). De terugkerende thema's waar aandacht aangegeven wordt zijn: informatie verzamelen, indienen van aanvragen, controles, verder opvolging van dossier en de combinatie van een chronische ziekte met werk. Deze topics zijn gekozen omdat ze invulling geven aan de onderzoeksvraag of omdat ze bij meerdere gesprekken automatisch aanbod kwamen. De verslagen zijn geanonimiseerd en opgenomen in bijlage 2. De profielen van elke respondent staan kort beschreven aan het begin van elk verslag en zullen hier ook kort weergegeven worden.

Bij enkele gesprekken was er een derde persoon aanwezig (naast de geïnterviewde en de interviewer), het gaat dan over een persoon die zelf ook nauw betrokken is bij de administratieve handelingen van de respondent. Dit zal ook vermeld worden bij de beschrijving van de respondent, met aanduiding van de relatie met de respondent. Gezien Nvivo het moeilijk toelaat om eenzelfde transcriptie te coderen voor 2 respondenten en de uitspraken van deze bijzittende persoon nauw verbonden zijn met de ervaring van de respondent zijn, voor de verwerking van het gesprek in Nvivo, de uitspraken van deze derde bijzittende persoon opgenomen onder de ervaring van de respondent. In de verslagen die de samenvatting zijn van de gesprekken zal er wel duidelijk onderscheid gemaakt worden omdat het hier gaat over een verkorte weergave van de transcripties en dus het gesprek zelf. Om zeker te zijn dat de ervaring en uitspraken van de respondenten correct geïnterpreteerd worden zal elke respondent gevraagd worden om zijn of haar verslag na te kijken en waar nodig opmerking te geven ter correctie als iets naar hun mening fout is weergegeven of begrepen.

## 2 Voorstelling van de respondenten

Tabel 1: voorstelling van de respondenten

Naam respondent	Profiel respondent
(fictieve naam om de privacy van de respondenten te beschermen)	
<b><u>Annemie</u></b>	<b>Leeftijd:</b> 35 <b>Geslacht:</b> Vrouw <b>Lijdt aan:</b> ziekte van Beçhet en syndroom van Marfan <b>Beroep:</b> projectmedewerker bij een overheidsdienst <b>Gezinssituatie:</b> getrouwd, met een dochter <b>Grootste inkomensbron:</b> eigen loon en aanvullende uitkering <b>Administratieve vaardigheid:</b> goed <b>Digitale vaardigheid:</b> zeer goed
<b><u>Amber</u></b>	<b>Leeftijd:</b> 24 <b>Geslacht:</b> Vrouw <b>Lijdt aan:</b> Syndroom van Asperger <b>Behaalde diploma's:</b> 7 <sup>de</sup> jaar Kantoor en certificaat schoonheidsspecialiste <b>Gezinssituatie:</b> woont thuis <b>Grootste inkomensbron:</b> Integratie Tegemoetkoming en Inkomensvervangende Tegemoetkoming <b>Administratieve vaardigheid:</b> gemiddeld, vertrouwt veel op haar moeder <b>Digitale vaardigheid:</b> goed <b>Aanwezigen tijdens het gesprek:</b> Haar moeder, Ruth
<b><u>Emma</u></b>	<b>Leeftijd:</b> 32 <b>Geslacht:</b> Vrouw <b>Lijdt aan:</b> de ziekte van Crohn en een zeldzame spierziekte <b>Beroep:</b> werkt deeltijds in het bedrijf van een familielid <b>Gezinssituatie:</b> getrouwd met een dochter van lagere schoolleeftijd <b>Grootste inkomensbron:</b> eigen loon en aanvullende uitkering <b>Administratieve vaardigheid:</b> goed, beroepsmatig bezig met administratie <b>Digitale vaardigheid:</b> goed <b>Andere aanwezige tijdens interview:</b> Haar echtgenoot Axel
<b><u>Frank</u></b>	<b>Leeftijd:</b> 50 <b>Geslacht:</b> Man <b>Lijdt aan:</b> nierfalen, getransplanteerd <b>Beroep:</b> verzekeringsagent <b>Gezinssituatie:</b> getrouwd <b>Grootste inkomensbron:</b> eigen loon <b>Administratieve vaardigheid:</b> goed <b>Digitale vaardigheid:</b> goed <b>Andere aanwezige tijdens het gesprek:</b> zijn echtgenote Vera
<b><u>Karen</u></b>	<b>Leeftijd:</b> 30 <b>Geslacht:</b> Vrouw <b>Lijdt aan:</b> ziekte van Bechterew <b>(Laatst uitgeoefend) beroep:</b> verkoopster <b>Gezinssituatie:</b> alleenstaand <b>Grootste inkomensbron:</b> invaliditeitsuitkering <b>Administratieve vaardigheid:</b> goed <b>Digitale vaardigheid:</b> zeer goed

<u>Lies</u>	<p><b>Leeftijd:</b> 64  <b>Geslacht:</b> Vrouw  <b>Lijdt aan:</b> Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS) en longemfyseem  <b>(Laatst uitgeoefend) beroep:</b> palliatieve thuisverzorgster  <b>Gezinssituatie:</b> alleenstaand  <b>Grootste inkomensbron:</b> invaliditeitsuitkering  <b>Administratieve vaardigheid:</b> goed, voornamelijk door ervaring bij het bijstaan van families tijdens haar loopbaan  <b>Digitale vaardigheid:</b> voldoende</p>
<u>Lucien</u>	<p><b>Leeftijd:</b> 52  <b>Geslacht:</b> Man  <b>Lijdt aan:</b> Nierinsufficiëntie, hartfalen en een niet aangeboren hersenletsel  <b>(Laatst uitgeoefend) beroep:</b> koster  <b>Gezinssituatie:</b> alleenstaand  <b>Grootste inkomensbron:</b> invaliditeitsuitkering  <b>Administratieve vaardigheid:</b> goed  <b>Digitale vaardigheid:</b> eerder beperkt</p>
<u>Matthijs</u>	<p><b>Leeftijd:</b> 60  <b>Geslacht:</b> Man  <b>Lijdt aan:</b> Adult Dominant Polycystic Kidney Disease (ADPKD), getransplanteerd  <b>Beroep:</b> Ingenieur informatica en elektronica (zelfstandig)  <b>Gezinssituatie:</b> getrouwd met volwassen kinderen  <b>Grootste inkomensbron:</b> invaliditeitsuitkering aangevuld met enkele uren werkloon en loon van zijn echtgenote  <b>Administratieve vaardigheid:</b> minder, voornamelijk door desinteresse  <b>Digitale vaardigheid:</b> zeer goed, vanuit beroepsachtergrond  <b>Andere aanwezige tijdens interview:</b> zijn echtgenote, Sofie</p>
<u>Marlies</u>	<p><b>Leeftijd:</b> 44  <b>Geslacht:</b> Vrouw  <b>Lijdt aan:</b> Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS)  <b>(Laatst uitgeoefend) beroep:</b> administratief bediende  <b>Gezinssituatie:</b> alleenstaand, heeft inwonende kinderen van studentenleeftijd  <b>Grootste inkomensbron:</b> werkloosheidsuitkering en IVT  <b>Administratieve vaardigheid:</b> zeer goed  <b>Digitale vaardigheid:</b> goed</p>
<u>Magda</u>	<p><b>Leeftijd:</b> 58  <b>Geslacht:</b> Vrouw  <b>Lijdt aan:</b> Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS)  <b>(Laatst uitgeoefend) beroep:</b> verzorgster in het OCMW  <b>Gezinssituatie:</b> alleenstaand, heeft volwassen kinderen  <b>grootste inkomensbron:</b> rustpensioen  <b>Administratieve vaardigheid:</b> gemiddeld, maar het vraagt veel concentratie  <b>Digitale vaardigheid:</b> zeer basis. Mailen gaat maar complexere handelingen minder</p>

## 3 Thematische resultaten

---

De resultaten werden voornamelijk binnen een bepaald thema verwerkt. De gekozen thema's komen grotendeels overeen met de stappen in de aanvraagprocedure, namelijk het verzamelen van informatie, het invullen van de aanvraagformulieren en de controle. Er is nog een bijkomend thema over het werken als chronisch zieke. Aan het einde van elk thema wordt er een overzicht gegeven van de bekomen resultaten in Nvivo, deze zullen toegelicht worden in de tekst.

### 3.1 Informatie

#### 3.1.1 Zoeken naar informatie

Het internet wordt door de meeste respondenten gebruikt als informatiebron, gevolgd door een gesprek bij de maatschappelijke dienst. Andere vermelde bronnen zijn magazines en brochures van de mutualiteit, de patiëntenvereniging en infosessies. Twee respondenten vermelden ook te steunen op hun beroepsachtergrond en connecties. Er is slechts één respondent die expliciet zegt dat hij zeer weinig informatie terug kan vinden, *“Ik heb niet de indruk dat ik al veel informatie gevonden heb, volgens mij bestaat er, maar dat is dan mijn idee, weinig of niets over chronische ziekten he.”*(Frank). De andere respondenten lijken meer de indruk te hebben dat er wel veel informatie is maar dat deze verwarrend is en dat het vaak om vage beschrijvingen gaat waarbij ze niet zeker zijn of het op hen van toepassing is of wat er juist van hen verwacht wordt. De opmerking dat er veel uit hen zelf moest komen werd enkele keren gemaakt. Er zijn minstens 3 respondenten die expliciet vermelden dat er hen niets gezegd wordt en dat ze zelf alles moeten uitpluizen.

Er zijn ook 2 respondenten die aangeven nooit gezocht te hebben naar sociale rechten omdat ze er vanuit gingen dat ze er toch geen recht op hadden. Bij Frank was dit omdat hij niet zeker was of hij nog onder de term chronisch zieke viel na zijn transplantatie. Bij Matthijs ging het eerder over het feit dat het inkomen van zijn echtgenote voldoende was om comfortabel van te leven en hij er dus van uitging dat ze een gezamenlijk te hoog inkomen zouden hebben om in aanmerking te komen. Beide respondenten hebben bij het vaststellen van hun diagnose een aanbod voor een gesprek bij een maatschappelijke medewerker niet aangenomen omdat ze zichzelf in staat vonden om hun eigen weg te vinden en ze niet verwachtte hierbij hulp nodig te hebben. Frank zegt hier over wel dat hij niet echt goed wist wat de maatschappelijke medewerker juist voor hem zou kunnen betekenen, hij dacht dat het voornamelijk over administratieve ondersteuning ging en wou gezien zijn eigen vaardigheid hierin niemand tot last zijn. Als hij geweten had dat het ook over een wegwijs binnen de sociale regelingen ging had hij misschien wel een verkennend gesprek aangenomen.

Van de 9 respondenten die gesproken hebben over het zoeken naar informatie zijn er 5 die langs gaan bij een maatschappelijke medewerker wanneer ze met vragen zitten. Het tweede meest aangehaalde contactkanaal is

telefonisch contact met 3 respondenten die zeggen gemakkelijk eens te bellen wanneer iets niet duidelijk is. Andere vermelde contactkanalen zijn online contactformulieren en mailen. Karen maakte de opmerking dat ze zelf mailen verkiest boven telefonisch contact omdat de verkregen informatie dan minder vluchtig is doordat deze makkelijk opgeslagen kan worden. Ze zegt zich ook minder zeker te voelen wanneer ze rechtstreeks met iemand moet praten. Ze voegde nog toe dat contactgegevens niet altijd even duidelijk te vinden zijn op websites waardoor je bijna gedwongen wordt een bepaald kanaal te gebruiken. Er zijn ook meerdere respondenten die melden dat de verkregen antwoorden na contactopname niet altijd even correct blijken of dat de persoon aan de andere kant zelf niet goed op de hoogte was en hen het antwoord schuldig moest blijven. In enkele gevallen was het zelfs zo dat er bij een tweede contactopname bij dezelfde dienst andere informatie gegeven werd dan bij de eerste contactopname.

Op de vraag waarom men is beginnen zoeken naar informatie of wanneer men naar iets op zoek gaat is het antwoord over het algemeen 'omdat ik iets nodig had' of 'omdat ik mij zorgen maakte over een bepaalde mijlpaal die steeds dichterbij komt'. In het laatste geval gaat het dan voornamelijk over het naderen van de pensioenleeftijd waarbij men zich afvraagt welk effect hun ziekte zal hebben op hun pensioen en wat de gevolgen hiervan zullen zijn op hun huidige regeling. Dit lijkt een zorg te zijn voor alle respondenten boven de 50. Magda zegt dat ze in het begin weinig wist over het pensioensysteem en sociale zekerheidssysteem waar ze in zat aangezien ze niet onder de gewone werknemersregeling valt. Naar haar mening zou er aan dergelijke zaken meer aandacht mogen gegeven worden wanneer iemand ergens start met werken. Ook wanneer men op arbeidsongeschiktheid overgaat of op rustpensioen wordt gezet zou een extra uitleg over deze systemen welkom zijn volgens haar. Ze voegt ook toe dat ze het zeer interessant zou vinden moest de huidige uitbetalingsinstantie (of een andere instantie) een standaardbericht versturen over de mogelijke veranderingen bij de overgang naar een pensioen wanneer men de pensioenleeftijd nadert. Voor haar zou het beter zijn als er op bepaalde cruciale momenten standaard informatie verspreid wordt naar mensen die gekend zijn binnen een bepaalde regeling. Frank zijn mening lijkt hierbij aan te sluiten, hij zegt op zoek te zijn naar informatie naar aanleiding van enkele veranderingen in zijn situatie maar niet goed te weten waar te starten. Voor deze situaties zou het verspreiden van een standaardbrochure op een bepaald moment (hier het naderen van de pensioenleeftijd) een goede aansporing zijn om op tijd stil te staan bij de mogelijkheden en te weten waar men terecht kan. Goede informatie voorzien op het juiste moment is een aandachtspunt dat ook werd aangehaald door het Infopunt Chronische Zieken.

### *3.1.2 Aangegeven problemen*

2 respondenten zeggen het gevoel te hebben dat iedereen wel iets weet maar dat niemand het totale beeld heeft. Een van deze respondenten, Annemie, zegt dat deze spreiding van informatie op zich geen probleem zou zijn moest er kunnen doorverwezen worden naar een bepaalde instelling of dienst die wel volledig op de hoogte

is. Deze persoon is van mening dat veel mensen zich laten tegenhouden doordat verstrekte informatie vaak vaag is. Bovendien willen ze geen risico lopen op het verliezen van zaken die ze al hebben. Emma spreekt over het feit dat zij moeilijk kan geloven dat er nergens een overzicht beschikbaar is met alle sociale rechten, *“Ik heb ooit eens een lijst teruggevonden met de dingen waar we recht op hadden en daar stond in grote letters bij dat deze lijst niet meer vernieuwd zou worden en dat hij eigenlijk al achterhaald was. Ik heb tot nu toe nog geen nieuwe gevonden.”* Bijkomend zeggen 2 respondenten dat er volgens hen wel genoeg informatie beschikbaar is maar dat het niet tot bij de personen geraakt die het echt nodig hebben.

Dat het systeem complex in elkaar zit en dat de definiëring van de verschillende termen zoals chronisch zieke en persoon met een beperking niet altijd even goed zijn afgelijnd wordt door 3 respondenten beaamd. Emma lost dit op door gewoon aanvragen in te dienen voor alle sociale rechten waar zij denkt te kunnen onder vallen en laat het uitmaken of ze voldoet aan de voorwaarden ze volledig over aan de bevoegde dienst zelf. Ze houdt zich zelf niet meer bezig met te achter halen of ze nu al dan niet valt onder de door de bevoegde dienst gehanteerde definitie.

Magda vindt het opstellen van de aanvraagdossiers dan weer veel werk en zou graag zeker zijn dat ze voldoet aan de voorwaarden voor ze haar dossier samenstelt, *“Want misschien is dat allemaal wel nutteloos of misschien had ik daar al jaren recht op. Er is geen duidelijk beeld.”*. Naar haar mening zouden de bevoegde diensten tijd kunnen winnen door voorwaarden en gebruikte termen duidelijker te beschrijven omdat er dan misschien minder aanvragen zouden worden ingediend die niet voldoen aan de voorwaarden. Bij de experts maakte de indicatiesteller voor de zorgverzekering een gelijkaardige opmerking waarbij ze zei dat de maatschappelijke dienst een filterfunctie vervult door mensen op voorhand advies te geven over hun kansen op bepaalde tegemoetkomingen en dat door betere informatie er minder aanvragen worden ingediend die niet voldoen aan de voorwaarden.

### *3.1.3 De ontvangen brieven en opvolging*

De verstuurd brieven vanuit de overheidsdiensten worden door 4 respondenten als voldoende en duidelijk beschouwd, 4 andere respondent hebben echter een tegengestelde mening. Als eerste probleem wordt er door twee respondenten aangegeven dat de brieven een overvloed aan informatie bevatten waardoor het geheel onoverzichtelijk wordt. Ondanks de overvloed aan informatie zijn er ook 2 respondenten, waarvan één die ook de eerste uitspraak ondersteunde, die zeggen bepaalde informatie te missen in de brieven. Er is meer vraag naar verdere motivatie van een bepaalde beslissing of nood aan uitleg over hoe bepaalde zaken in zijn werk zullen gaan.

Marlies zegt dat de gebruikte taal voor haar geen obstakel is, maar dat ze zich goed kan voorstellen dat iemand zonder administratieve achtergrond het hier wel moeilijk mee zou kunnen hebben. Het taalgebruik en de toon van de brieven in bepaalde gevallen is volgens Lucien soms zeer bruuskerend. Meer uitleg en kadering zou hierbij kunnen helpen om de toon van de brief aan te passen. Vaak betreft het standaardbrieven, wat al eens voor verwarring kan zorgen of waardoor de brief niet is aangepast aan de situatie. Matthijs vertelt over hoe een administratieve vergissing er toe leidde dat hij voor 1 dag zowel ziekte- als werkloosheidsuitkering ontving. De brief die hij ontving over deze sociale fraude voor een relatief klein bedrag was een standaardbrief die ook gebruikt werd in geval van zware sociale fraude en was naar zijn mening zeer intimiderend opgesteld en enigszins overdreven voor zijn situatie.

Op het gebied van opvolging van dossiers en aanvragen wordt er door 3 personen aangegeven dat ze zelf actie moesten ondernemen en alert moesten zijn om bepaalde zaken te bekomen. Ook de radiostilte die volgt op een aanvraag en tijdens de verwerkingstijd wordt door 7 respondenten, van de 8 die echt aanvragen gedaan hebben, aangehaald. Op zich lijkt men er weinig problemen mee te hebben dat de wachttijd lang is. Wel zouden ze graag een idee krijgen van de te verwachten duur, om onnodige zorgen over de verwerking van het eigen dossier te vermijden en om in te kunnen schatten wanneer de verwerkingsperiode abnormaal lang is. *"Ge hebt daar geen idee van he, is dat volgende week dat ik dat al weet of volgende maand?"* (Marlies). Matthijs had bij het opsturen van enkele gevraagde bewijsstukken gevraagd om een bevestiging van ontvangst. Deze heeft hij echter nooit ontvangen, en hij heeft verder zelfs niets meer gehoord vanuit deze dienst.



Tabel 2: Overzicht resultaten thema 'Informatie

Gebruikte informatiebronnen	9		
		<i>Internet</i>	6
		<i>Maatschappelijke dienst</i>	5
		<i>Beroepsachtergrond</i>	1
		<i>Brochures en magazines</i>	1
		<i>Infosessies</i>	1
		<i>Patiëntenvereniging</i>	1
		<i>Kennissenkring</i>	1
Verkozen contactkanalen	7		
		<i>Persoonlijk gesprek</i>	5
		<i>Bellen</i>	3
		<i>Mailen</i>	2
		<i>Via online contactformulieren</i>	1
Ik zoek niet (meer) actief	4		
		<i>Als ik iets nodig heb zal ik zoeken</i>	3
		<i>Ik dacht niet in aanmerking te komen</i>	2
		<i>Ze zijn proactief langsgesproken</i>	1
De gevonden informatie is...	4		
		<i>Vaag of verwarrend</i>	3
		<i>Duidelijk</i>	1
De ontvangen brieven	8		
		<i>Duidelijk en verstaanbaar</i>	4
		<i>Onduidelijk:</i>	4
		• <i>Door te weinig uitleg</i>	2
		• <i>Te veel in één keer</i>	2
		• <i>Verwarrende info</i>	2
Opvolging	8		
		<i>Er wordt niet terug gekoppeld of informatie gegeven over de stand van het dossier</i>	7
		<i>Je moet zelf alert zijn en hen vragen stellen</i>	3
		<i>Weinig idee over de verwachte verwerkingsduur</i>	1
		<i>Vraag naar bevestiging van ontvangst is genegeerd</i>	1
Aangehaalde problemen	9		
		<i>Bereikbaarheid van diensten</i>	4
		<i>Contactpersoon is zelf niet volledig op de hoogte/onvoldoende antwoord</i>	4
		<i>Er moet veel uit ons zelf komen/ wij moeten alert blijven</i>	4
		<i>Gebruikte termen en systeem zijn complex</i>	3
		<i>Je moet zelf op zoek gaan, er is niemand die onmiddellijk informatie verleend</i>	3
		<i>Informatie komt niet tot bij de juiste persoon</i>	2

## 3.2 Formulieren

### 3.2.1 *In staat zijn formulieren in te vullen*

Er is slechts één respondent die zegt dat hij veel moeite heeft met het invullen van aanvraagformulieren en dat hij hier altijd hulp bij vraagt. Hij vermoedt dat dit eerder voortvloeit uit het hersenletsel dat hij tijdens een verkeersongeluk opliep dan dat het een gevolg is van de vraagstelling of opmaak van de formulieren zelf. Er zijn 4 respondenten die aangeven dat ze de formulieren op zich wel begrijpen maar dat ze begeleiding en ondersteuning bij het invullen zeer appreciëren. Het nakijken van de gegeven antwoorden door een maatschappelijk medewerker of het samen invullen van de formulieren geeft hen een zekerder gevoel en meer vertrouwen in hun aanvraag. Gezien het belang van sommige tegemoetkomingen willen ze vermijden dat ze er naast grijpen door een foutief ingevulde aanvraag.

De verwoording van voornamelijk het gedeelte over de zelfredzaamheid werd door de experts al aangehaald als zeer belangrijk. Ook enkele respondenten geven aan dat ze dit een belangrijk onderdeel vinden, en dat het vinden van de juiste woorden een obstakel was voor hen. Zij die eerder hebben aangegeven dat ze hulp apprecieerden vroegen dit voornamelijk voor het nakijken van de verwoording of om te helpen bij het verwoorden zelf. *“Het gaat voor al eigenlijk over verwoorden en dingen op papier zetten, het gaat niet zo zeer over begrijpen.”*(Magda).

Amber vertelde dat haar huisarts het invullen van de zelfredzaamheid een moeilijke opgave vond en hij achteraf gezien enkele fouten had gemaakt. Het correct weergeven of uitleggen van wat men nog zelf kan blijkt zeer moeilijk te zijn. Het niet weten hoe bepaalde zaken zullen geïnterpreteerd worden is meermaals aangehaald als reden voor de onzekerheid.

De respondent die behandeld wordt in een private verzorgingsinstelling zegt dat de medewerkers van de sociale dienst van deze instellingen alle nodige gegevens invullen en ter controle opsturen naar haar, met aanduidingen van waar ze zelf moet tekenen. Ze is zeer tevreden over deze gang van zaken en zegt dat ze ook veel vertrouwen heeft in de sociale dienst voor het correct beschrijven van haar situatie. Doordat de sociale dienst verbonden is met de behandelende specialisten kunnen alle gedeeltes ook in één keer verwerkt worden.

Lies kreeg na haar aanvraag een tweede vragenlijst opgestuurd. De vragen kwamen sterk overeen met de vragen op het oorspronkelijke aanvraagformulier. Door de gelijkenissen heeft ze de tweede lijst minder detaillistisch ingevuld omdat ze dacht dat al deze gegevens toch al gekend waren bij de bevoegde dienst. Achteraf bleek dat het aanvraagformulier niet aan de controlerende arts werd bezorgd en dat de tweede lijst bedoeld was als achtergrond voor de controle arts zelf. Ze zegt dat dit nergens duidelijk vermeld was. Ze verwachtte dat als ze ergens op controle geroepen wordt voor een aanvraag, de gegevens die ze reeds bezorgd heeft voor deze

aanvraag beschikbaar zouden zijn voor de controlerende instantie en dat ze deze dus niet nog eens apart moet opgeven.

### 3.2.2 Medische gedeelte

Twee respondenten stotten op een praktisch probleem bij het laten invullen van het medische gedeelte. Namelijk dat ze verwacht werden om bij hun behandelende specialist langs te gaan om dit gedeelte in orde te brengen terwijl ze niet direct een afspraak gepland hadden. Eén respondent was net op consultatie geweest en de volgende afspraak was 3 maand later gepland, de andere respondent had een gelijkaardige situatie waarbij ze niet onmiddellijk verwacht werd bij haar specialist. Wanneer ze dan voor haar behandeling moest gaan was haar specialist zelf niet aanwezig door omstandigheden. Deze laatste gaf aan dat ze het als patiënt zeer vervelend vindt dat ze meermaals haar specialist moet aanspreken om bepaalde documenten in te vullen. Aangezien ze zelf ook merkt dat dit extra werk is voor haar specialist en het vaak over dezelfde vragen gaat.

Bij het bespreken van het medische gedeelte vermelden 5 respondenten dat ze merkten dat dit invullen toch enige belasting legde op de arts. Magda is goed bevriend met haar huisarts en ze besloten om het gedeelte samen in te vullen en te timen hoe lang dit zou duren, *“Dat waren 35 min en ze schrok er zelf van. En over wat gaat dat? Over medicijnen, over al wat je gehad hebt, aandoeningen, etc. Dat valt nog mee maar zij moet dat ook verantwoorden met verslagen en daarin moet ze een selectie maken van wat dat een stuk relevant is en wat niet.”*.

Respondenten geven aan dat ze merken dat hun arts soms weinig tijd (of interesse) heeft om de formulieren gedetailleerd en aandachtig te behandelen. Ze vrezen dat dit soms in hun nadeel kan zijn bij de verdere verwerking van hun aanvraag. Een respondent waarvan de ziekte vrij complex is zegt dat ze de indruk heeft dat haar dokter er vanuit gaat dat de controlerende arts voldoende op de hoogte is van de symptomen en gevolgen van haar ziekte en dat hij dus zeer kort en bondig kan antwoorden op de vragen. Zelf merkt ze echter dat controlerende artsen soms weinig zicht hebben op haar ziektebeeld en dat het te kort aan informatie in haar nadeel is.

### 3.2.3 Algemeen

Het in orde maken van de aanvraagformulieren en het samenstellen van het dossier vraagt van alle respondenten veel energie. Het invullen van de aanvraagformulieren wordt door enkelen aangegeven als iets dat ze in stukjes hebben moeten opdelen omdat het anders te vermoeiend was. Het verzamelen van alle nodige documenten blijkt zeer belastend te zijn, *“Het is soms zo dat je heel veel geduld moet hebben en dat je naar 3-4 bureaus moet bellen.”*(Karen). Het opvragen van de nodige attesten bij de verschillende diensten is op zich niet zo moeilijk. Respondenten lijken het vervelend te vinden dat ze dit telkens moeten doen en vooral dat ze hier voor ook steeds

de bevoegde diensten moeten contacteren, wat zoals vermeld in thema 'Informatie' niet altijd even vlot verloopt. *“Ge moet altijd het origineel aanvragen en dan beslissen zij dan nog of dat wel gaat.”*(Lucien). Hierbij moet de opmerking gemaakt worden dat volgens de website van de FOD Sociale Zekerheid een screenshot van het online dossier in Handiweb zou moeten volstaan als bewijs van de erkenning van een handicap.

Veel respondenten zeggen dat ze veel dezelfde gegevens moeten opgeven, een bemerking die vaak gevolgd wordt door 'ze weten dat toch allemaal al?' of iets in diezelfde aard. Niemand heeft negatief geantwoord op de vraag of ze open zouden staan voor een uitbreiding van de gegevensuitwisseling. De nood aan enige controle over de beschikbaarheid van de gegevens is wel enkele malen als voorwaarde gegeven, net als de nood aan mogelijkheden om gegevens aan te passen zodat ze correct blijven. Zij die aangeven minder vaardig te zijn met IT staan ook open voor meer gegevensuitwisseling. Ze maken zich wel enige zorgen over de beveiliging van de gegevens voor mensen zoals zichzelf, die waarschijnlijk geen kennis hebben over het aanpassen van de instellingen en het afschermen van bepaalde gegevens. De plannen rond het uitbreiden van de Kruispuntbank Sociale Zekerheid en het opstarten van een eHealth-platform lijken een mogelijk antwoord te zijn op de vraag van de doelgroep zelf (Maes, 2015).

### *3.2.4 Administratieve lasten*

Bij het thema 'Informatie' werd gemeld dat respondenten het gevoel hebben dat ze voor de opvolging van hun dossier zelf zeer alert moeten blijven en zelf op tijd de bevoegde dienst moeten contacteren om bepaalde zaken te weten te komen. Deze nood aan alertheid wordt ook aangegeven bij het invullen en aanvragen zelf. Voornamelijk Amber ondervond veel problemen bij het aanvragen van enkele bijkomende rechten waar ze door haar erkenning beroep op kan doen, en bij het ontvangen van haar tegemoetkoming. Meestal betreft het hier repetitief bellen naar diensten om meer informatie te krijgen en om zaken in orde te brengen. Ze zegt dat het niet alleen gaat over alert blijven maar ook over durven vragen stellen en durven opkomen voor jezelf. Haar grootste voorbeeld is een brief die ze ontving voor het verkrijgen van het sociaal tarief voor watervoorzieningen; omwille van een fout in de gegevensuitwisseling kon deze niet automatisch toegekend worden. Om het sociaal tarief te ontvangen moest ze een kopie van de ontvangen brief opsturen naar de waterleverancier vóór een bepaalde datum, maar ze had deze brief pas ontvangen na de vermelde termijn. Door de leverancier hiervan op de hoogte te stellen is alles opgelost geraakt. Amber is niet overtuigd dat iedereen er aan zou denken of het zou durven om de leverancier op een dergelijke vergissing attent te maken.

De helft van de respondenten die zaken hebben aangevraagd geven aan dat het voornamelijk bijkomende administratieve zaken zijn die het zwaar maken, de aanvraag zelf is goed te doen. Ze hebben het dan voornamelijk over het rechtzetten van fouten of het aanbrengen van gevraagde informatie wanneer nodig. Ook

praktische zaken zoals het bellen naar verschillende diensten om gegevens op te vragen of attesten aan te vragen en deze documenten dan ophalen horen hierbij. Hier wordt ook aan toegevoegd dat het allemaal veel tijd in neemt om deze zaken in orde te brengen en dat de verwerking door de bevoegde dienst ook een tijd duurt. *“Ik ben eigenlijk een jaar bezig geweest met al die dingen rond te krijgen. Het opzoeken, het indienen, het alles... Tegen dat alles bijna in orde was ben ik daar ongeveer een jaar mee bezig geweest. En ik vind dat dat veel is eigenlijk.”* (Marlies). In het geval van Marlies gaat het over de periode na haar scheiding waardoor haar inkomen plots veel verlaagde, en ze een aanvraag voor een IVT kon indienen omdat ze zonder het inkomen van haar echtgenoot wel voldeed aan de inkomensvoorwaarde.

Tijdens de meeste gesprekken werden besproken formulieren en ontvangen brieven erbij gehaald of werd voorgesteld om deze te gaan halen. Het gaat hier niet over een kleine map, maar vaak over kaften vol. Toch geven meerdere respondenten aan papieren versies te verkiezen boven het digitaal bijhouden in bijvoorbeeld de webtools van de bevoegde diensten. Het zwart-op wit- voor zich hebben geeft hen een gevoel van zekerheid. *“Dat ge nog eens kunt bladeren en zo en dat ge kunt zeggen van ik heb dat wel echt aangevraagd. Tegenover anders op internet kun je dat niet altijd terug vinden dat het wel effectief is aangevraagd en dan sta je daar schoon want het is u woord tegen het hunne.”* (Emma).

Enkele respondenten vertellen dat er tijdens de verwerking van hun aanvraag nog extra informatie of documenten werden opgevraagd die dan op een relatief korte tijd bezorgd moesten worden. Lucien zegt dat er zoveel bij komt kijken en dat er precies altijd wel iets is waardoor de aanvraag niet verder kan gaan. Hij heeft het gevoel dat zaken expres zo complex gemaakt worden zodat mensen ontmoedigd worden van veel aan te vragen, *“Het is precies dat ze u zo laten doen zo van hij zal het wel verleren, hij zal het loslaten. [...]Maar ja dat is zo allemaal, dat ontmoedigt ook de mensen. Om zo dat te doen en verder te doen.”* Magda geeft aan dat ze al eerder zaken heeft willen aanvragen, maar dat ze halfweg gestopt is omdat ze het te verwarrend vond en er de moeite niet meer voor kon opbrengen om alles op te vragen en bij elkaar te zoeken.

Matthijs is de enige respondent die zegt nooit echt problemen te hebben gehad, hij voegt er onmiddellijk aan toe dat de enige sociale rechten die hij ontvangt zaken zijn die hij automatisch heeft gekregen en dat hij voor de rest nooit iets heeft aangevraagd. Hij is zeer tevreden over de automatische toekenning van bepaalde rechten zoals de maximum factuur en invaliditeitstegemoetkoming. Hij ging er altijd vanuit dat hij in een luxepositie verkeerde doordat het gezamenlijk inkomen van zijn gezin ondanks zijn ziekte nog steeds boven het gemiddelde ligt en dat hij daardoor dus geen aanspraak maakte op sociale rechten, *“Eigenlijk waren dat altijd verrassingen dat we zelfs niet wisten dat we daarvoor in aanmerking konden komen.”* Over de automatische toekenningen zijn andere respondenten ook positief en vinden ze dit een serieuze verbetering. Lucien vermeldt dat wanneer

er een fout gebeurt of er een aanpassing is aan de gegevens waarop de automatische toekenning gebaseerd is dat het dan een heel werk is om alles terug aan te vragen omdat het dan niet meer automatisch gebeurt, iets wat hij onlangs zelf heeft meegemaakt. Nadat hij door een fout in de berekening na het aanpassen van het vakantiegeld voor invaliden zijn verhoogde tegemoetkoming verloor, moest hij niet alleen deze fout laten rechtzetten, maar ook de voordelen die hij verkreeg op basis van deze tegemoetkoming moest hij opnieuw aanvragen. Volgens Lucien werd dit niet automatisch aangepast na rechtzetting van zijn tegemoetkoming.

Tabel 3: Overzicht resultaten thema 'Formulieren'

<b>In staat zijn formulieren invullen</b>	<b>10</b>	
		<i>Zonder hulp<sup>2</sup></i> 4
		<i>Enige hulp werd geapprecieerd/voelde zich zekerder door ondersteuning<sup>2</sup></i> 4
		<i>Ik heb hulp nodig</i> 1
		<i>Geen aanvragen gedaan</i> 2
<b>Medisch gedeelte</b>	<b>5</b>	
		<i>Er wordt veel van de arts verwacht</i> 4
		<i>Een afspraak maken met de specialist is niet altijd even praktisch</i> 2
		<i>Altijd beroep moeten doen op de specialist bij een aanvraag is ook belastend als patiënt</i> 1
<b>Algemeen</b>	<b>8</b>	
		<i>De vragen zijn duidelijk</i> 5
		<i>De vragen zijn onduidelijk of vaag</i> 3
		<i>Het is moeilijk om een antwoord te verwoorden</i> 3
		<i>Er hangt veel van af dus ik wil zeker zijn da alles correct is ingevuld</i> 2
		<i>Er wordt veel dezelfde gegevens opgevraagd</i> 3
		<i>Het invullen van de formulieren vraagt veel energie</i> 2
		<i>Het bij een zoeken van de nodige documenten/ extra gegevens is zwaar</i> 3

<sup>2</sup> Een van deze respondenten is Amber, zelf zegt ze veel te steunen op haar moeder bij het invullen van de formulieren. Haar moeder ondervond zelf geen problemen bij het begrijpen van de formulieren, Amber is dus 2 keer opgenomen in deze codering ( eens bij hulp geapprecieerd en eens bij zonder hulp).

## 3.4 Controle

### 3.4.1 Algemene ervaring

De ervaring met de controle zal hier eerst in het algemeen besproken worden. Wanneer er dieper ingegaan wordt op de diensten in het volgende deel zal er ook aandacht geschonken worden aan de ervaring met de controle van die specifieke dienst.

De helft van de respondenten zegt ooit al eens een relatief aangename controle gehad te hebben, waarbij het opvallend is dat 4 van de positieve reacties controles bij de mutualiteit betroffen. Er worden verschillende redenen aangegeven waarom deze controle eerder als aangenaam werd ervaren. De belangrijkste lijken te zijn dat alles vlot verliep, dat de controle arts voorbereid aan het gesprek begon en luisterde naar hun verhaal. Het ontbreken van deze laatste twee aspecten werd vaak aangegeven als een reden van een eerder negatieve ervaring met de controle. Meer dan de helft van de respondenten zegt al eens een negatieve ervaring te hebben gehad; 2 hiervan nuanceren dat ze beiden al hebben meegemaakt. Er valt wel op te merken dat de meeste negatieve reacties gemaakt worden op controles uitgevoerd door het Vlaams of Federaal niveau.

Enkele respondenten vertellen dat het onthaal op controlerende diensten voor verbetering vatbaar is. Ze gaven aan dat ze niet goed begrepen wat er van hen verwacht werd, en dat ze graag wat meer uitleg hadden gekregen over de gang van zaken. Twee respondenten vertellen dat er geen echt onthaal was, of een loket waar ze terecht konden en dat ze niet goed wisten waar ze naartoe moesten. Marlies had niet de indruk dat er echt op afspraak gewerkt werd ondanks dat er een specifiek uur in de uitnodiging staat over wanneer je verwacht wordt. Haar indruk was dat iedereen hetzelfde uur ontvangen had en dat ze dan het principe van 'first come, first serve' toe pasten waardoor er soms zeer lange wachttijden waren, die moeilijk in te schatten waren qua tijdsduur.

Er waren 2 respondenten die vermelden dat de verre verplaatsing naar de controlerende arts toch enige praktische problemen met zich meebracht. De uitnodiging voor de controle wordt ook maar enkele dagen op voorhand bezorgd waardoor het soms een beetje kort dag is om vervoer te regelen. Zo vertelt Lies dat ze wel met het openbaar vervoer moest gaan omdat ze anders niet wist hoe ze er moest geraken. Op weg naar de controle is ze meermaals onwel geworden en heeft ze ook de dagen nadien de effecten gevoeld. Marlies vond het feit dat ze voor een controle bij een arts in de buurt kon gaan een positieve evolutie, de vorige keer dat ze voor dezelfde controle werd opgeroepen moest ze namelijk nog tot in Brussel geraken.

### 3.4.2 Over de controle arts en indicatiesteller

De houding van de controleur wordt veel vermeld als de oorzaak van de negatieve ervaring. 6 respondenten hadden het gevoel dat de controleur vooringenomen was of dat deze zeer snel zijn oordeel klaar had zonder nog naar verdere uitleg te luisteren. Vooral het gevoel van machteloosheid dat hiermee gepaard gaat was sterk op

te merken tijdens gesprekken. Ze hebben het gevoel niet de kans te krijgen om zichzelf te verdedigen en dat er niet geluisterd wordt naar wat ze te zeggen hebben. Lies was zeer aangedaan van de manier waarop ze door haar controlerende dokter behandeld was, *“Ik voelde mij bekakt [...] dat was daar heel snel een stempel en ik stond buiten.”* Haar grootste frustratie was dat de dokter niet luisterde naar haar verhaal en enkel hoorde dat ze met het openbaar vervoer tot daar was gekomen en niet hoe ze genoeg marge had gerekend voor de vele rustpauzes tussendoor waardoor ze nog op tijd was of over hoe slecht ze zich voelde bij aankomst. In een latere mail heeft ze wel laten weten dat ze onlangs een kennis had begeleid naar een controle bij dezelfde arts en dat hij deze keer wel zeer respectvol was en net een ander mens leek. Het belang van een luisterend oor en een open blik mag dus niet onderschat worden.

Aansluitend bij de houding van de indicatiesteller is de vraag naar meer respect, uitgesproken door de helft van de respondenten, en een meer menselijke manier van werken of een geïnteresseerd overkomen. Veel respondenten voelen zich behandeld als een nummer en hebben het idee dat er enkel een vragenlijstje wordt afgerammeld en dat er niet echt in gesprek wordt gegaan met hen. Een deel van de ongeïnteresseerde houding stamt volgens Annemie uit het feit dat veel controlerende artsen zelfs de moeite niet gedaan hebben om de voorbereidende dossiers, waar zoals eerder al vermeld veel moeite in gestoken wordt door de respondenten, te lezen en dat dit zeer duidelijk wordt in hun vraagstelling. *“Ge zit daar als persoon en voor u is die uitkomst wel belangrijk en dat is zo precies alsof iemand er gauw naar kijkt en natte vinger werk bijna.”* Deze houding is naar haar mening zeer respectloos. Meerdere respondenten lijken een gelijkaardige mening te hebben met 5 respondenten die als ergernis vermelden dat er niet of amper gekeken wordt naar de voorbereidende documenten en dat ze dezelfde vragen die ze eerder in de formulieren hebben beantwoord opnieuw voorgeschoteld krijgen.

Enkele respondenten hebben ook de indruk dat de controlerende personen zelf geen besef hebben van bepaalde dagelijkse problemen waar ze als chronisch zieke mee geconfronteerd worden. Uitleggen waarom het één wel gaat maar het andere niet is soms zeer moeilijk. Daarnaast zijn er veel verschillen in de uiting van ziektes waardoor het moeilijk is om deze met elkaar te vergelijken of te expliceren waarom ze afwijken van de standaard.

### **3.4.3 Over het gesprek**

De duur van het gesprek wordt door veel respondenten omschreven als zeer kort. Velen hebben het gevoel dat ze niet de nodige tijd krijgen om hun situatie volledig uit de doeken te doen. Het feit dat de controlerende artsen, zoals eerder vermeld, in deze korte tijd vaak dan nog eens dezelfde vragen stellen als die in het aanvraagdossier maakt dat men het gevoel heeft dat deze korte tijd niet optimaal besteed wordt. Het idee van de respondenten over de controles is dat ze hier de kans krijgen om hun dossier verder uit te leggen of enkele puntjes op de i te



zetten ter bevestiging voor de bevoegde dienst. Doordat ze dezelfde vragen krijgen tijdens de aanvraag en het gesprek hebben ze het gevoel dat één van de twee verloren moeite is. Voor zij die een zeer complex ziektebeeld hebben of al een hele geschiedenis hebben is het vaak ook niet eenvoudig om in de beschikbare tijd de nodige informatie te verstrekken, wat bijdraagt tot het gevoel van onbehagen. De moeder van Amber die aanwezig was tijdens het interview meldde dat ze het als ouder zeer moeilijk vindt om te spreken over haar kind met de controlerende geneesheer terwijl het kind erbij zit.

Er zouden naar het aanvoelen van enkele respondenten ook bijvragen gesteld worden die bedoeld zijn om personen 'in de val te lokken'. Voor de meeste respondenten is de uitkomst van de controle zeer belangrijk waardoor men zeer bang is om een misstap te begaan. Daarom is het belangrijk dat ze zich op hun gemak voelen tijdens het gesprek. Het belang van de controle zal hierdoor niet minder worden, maar de stress die gepaard gaat met het idee dat één verkeerd woord tot afwijzing zal leiden kan daardoor verminderen. Amber, Lies en Marlies vertelden elk dat ze zich tijdens het gesprek enkele keren overdonderd voelden door de vragen en door de bijkomende stress niet onmiddellijk een antwoord konden formuleren of zich correct konden uitdrukken. Amber gaf aan dat deze gesprekken emotioneel zeer belastend waren en veel energie vergden van haar.

Het bewijzen van ziek zijn is volgens meer dan de helft van de respondenten geen simpele zaak. Het vaststellen van een diagnose is niet altijd even rechtlijnig als het vaststellen van bijvoorbeeld een fysieke beperking. De respondenten vertellen het gevoel te hebben dat ze zich meer moeten bewijzen en zaken vaak in twijfel worden getrokken. Vooral Karen heeft hier veel nadeel bij omdat ze bij de uitzonderingen hoort waarbij haar ziekte zich niet manifesteert in het bloed en dus niet bevestigd kan worden door bloedtesten. Haar specialist is overtuigd van de diagnose en haar controlerende geneesheer bij het ziekenfonds lijkt dit te aanvaarden, maar toch merkt ze dat het gebrek aan bewijzen haar geloofwaardigheid aantast en dat ze zich steeds moet verdedigen. Ook Amber zegt dat ze het frustrerend vindt dat controlerende geneesheren, ondanks de vele bewijzen die ze kan voorleggen, haar nog steeds niet lijken te geloven en niet willen aannemen dat haar ziekte haar wel degelijk belemmert in haar dagdagelijkse activiteiten.

#### *3.4.4 Over de schaling*

Het meest aangehaalde knelpunt bij de inschatting van de zelfredzaamheid was dat er naar aanvoelen van de respondenten zeer weinig grijsruimte is en alles zeer zwart-wit wordt opgenomen. *"Ik denk dat ze zoiets hebben van ofwel kun je niet meer stappen of wel kun je het nog wel en dat zijn [de] twee categorieën. Al die het niet meer kunnen hebben hulp nodig en als ge het wel nog kunt 'och, die trekken hun plan'."* (Emma). 4 van de 5 respondenten die uitspraken gedaan hebben over de zelfredzaamheidsmeting spreken over een gebrek aan nuancering in de inschattingmethode. Er wordt wel rekening gehouden met wat iemand kan en niet kan, maar

er wordt amper rekening gehouden met de manier waarop men nog in staat is iets te doen. Deze 4 respondenten hadden elk eigen voorbeelden van zaken die ze wel nog kunnen, maar die hen wel veel moeite kosten of waar ze een eigen manier voor bedacht hebben om het mogelijk te maken.

Ook met de situatie van de chronisch zieke wordt er in de meting weinig aandacht gehouden volgens de alleenstaande respondenten die geantwoord hebben op dit deel. *“Ge doet nog veel te veel zelf. Maar waarom doe ik dingen zelf? Omdat ik het mij niet kan veroorloven voor bijvoorbeeld thuishulp te krijgen, financieel is dat niet haalbaar.”*(Karen). Als alleenstaande is er niemand anders die voor eten kan zorgen wanneer jezelf niet uit de voeten kan of een slechte dag hebt. Met deze zaken wordt er weinig rekening gehouden bij de controle of inschaling. Lucien haalt aan dat er volgens hem een tegenstrijdigheid in het huidige systeem zit, *“Ze beweren ook dat al wat dat ge zelf kunt als chronisch zieke of iemand met een beperking dat moet je nog zelf doen maar dan komen zij af met die punten telling en als die onder een bepaalde waarde schaal dan heb je geen recht meer.”* Lies beschreef het dan weer als ‘gestraft worden’ voor de moeite die je nog doet om zo zelfstandig mogelijk te blijven en niet in een slachtofferrol te kruipen. Meerdere keren werd de opmerking gemaakt ,dat als men enige steun wilt, men al zeer slecht moet zijn om te voldoen aan de criteria. Het gevolg hiervan is dat de hulpmiddelen die sommigen nodig hebben om een groot deel van de zelfstandigheid en levenskwaliteit terug te krijgen niet verkregen worden omdat men net nog niet slecht genoeg is, of extreme inspanningen doet om dit ‘net nog wel’-niveau te behouden. Enkelen stelden dat ze zich beter zouden laten gaan en dat ze beter af zouden zijn als ze geen moeite meer doen om zelf nog iets te doen, zodat ze dan wel in aanmerking zouden komen.

Het verschil tussen de indicatiestellers of controleurs zou volgens enkele respondenten ook te groot zijn omdat er veel ruimte is voor subjectiviteit. Emma vertelt hoe ze bij een tweede controle voor een aanvraag met slechts enkele maanden verschil met de eerste controle ineens het dubbele van de punten kreeg ten opzichte van de eerste controle. Naar haar mening was haar ziekte weinig geëvolueerd gedurende deze periode en was de enige veranderlijke factor de controlerende arts. *“Ofwel is er in het systeem iets fout of wel had die dokter een slechte dag of ik weet niet wat maar het zou niet mogen.”*. Haar behandelende specialist vond de eerste uitslag ook niet representatief voor de situatie waardoor hij haar had aangespoord om enkele maanden later nog eens te proberen, als ze deze aanmoediging niet gehad hebben had ze haar tegemoetkoming niet gekregen.

### **3.4.5 Over sociale fraude**

Slechts één respondent heeft geen vermelding gemaakt van sociale fraude of personen die misbruik maken van de beschikbare sociale regelingen. Drie respondenten kenden iemand waarvan ze wisten dat deze niet volledig eerlijk was geweest tijdens de controle, of die een tegemoetkoming kreeg op een naar hun mening oneerlijke basis. Bijna alle respondenten zijn tegen sociale fraude en 2 respondenten drukken zelfs een expliciete vraag

naar strengere of meer controles uit. Ze hebben de indruk dat verhalen over personen die misbruik maken van tegemoetkomingen een negatieve invloed hebben op het beeld van de chronisch zieke en dat er hierdoor een veralgemeend idee ontstaat dat chronische zieken profiteurs zijn of steeds in een slachtofferrol kruipen om meer te krijgen dan ze nodig hebben. Frank vermeldt dat er naar zijn aanvoelen veel poorten gesloten worden door verstrenging van toelatingsvoorwaarden als reactie op uitbuiting van bepaalde systemen. Naar zijn mening is dit begrijpelijk, zeker gezien de besparingen in de overheid, maar op deze manier wordt het voor zij die het wel echt nodig hebben steeds moeilijker om alles rond te krijgen.

Van de twee respondenten die vragen naar meer controle heeft één respondent het daadwerkelijk over het regelmatig controleren van personen om na te gaan of deze nog voldoen aan de gestelde voorwaarden. De andere vraagt meer gerichte controles naar personen die uitkeringen combineren of een uitkering of tegemoetkoming combineren met een activiteit die niet te verenigen is met de voorwaarden voor de ontvangen uitkering of tegemoetkoming.

Tabel 4: overzicht resultaten thema 'Controle'

Ervaring	10		
		Hebben al een voornamelijk positieve ervaring gehad	5
		<i>Waarvan het ging over een controle bij de mutualiteit</i>	4
		Hebben al een voornamelijk negatieve ervaring gehad	6
		Onzekerheid over de gang van zaken	3
Over de controlerende arts/ Indicatiesteller	8		
		<i>Gevoel van voor ingenomenheid of snelle classificatie</i>	6
		<i>Houding is onpersoonlijk en niet geïnteresseerd</i>	5
		<i>Ze zijn niet voorbereid/ lezen de voorbereidende documenten niet</i>	5
		<i>Nood aan meer respect</i>	4
		<i>Geen besef van de dagelijkse implicaties</i>	4
Over het gesprek	8		
		<i>Bewijzen van niet onmiddellijk vaststelbare ziekten is moeilijk</i>	6
		<i>Te weinig tijd om alles uit te leggen</i>	5
		<i>Steeds opnieuw overtuigen van de situatie</i>	3
		<i>Emotioneel belastend</i>	2
Over de zelfredzaamheidmeting	5		
		<i>Geen/ te weinig grijsruimte in de schaling</i>	4
		<i>Er wordt geen rekening gehouden met de situatie van de persoon</i>	2
		<i>Te afhankelijk van de indicatiesteller</i>	2
		<i>Weinig uitleg over resultaten</i>	2
Sociale fraude			
		<i>Vermelding van misbruik/ sociale fraude</i>	7
		<i>Vraag naar meer controle</i>	2

### 3.5 Werken als chronisch zieke

Annemie, Emma en Frank zijn de enige respondenten die momenteel nog officieel werken. Matthijs krijgt een invaliditeitsuitkering en heeft kunnen bekomen dat hij enkele uren in de week kan werken. Hij doet dit met een zelfstandig statuut en is lange tijd opzoek geweest naar werk. Vanwege het kleine aantal respondenten binnen dit thema was er weinig meerwaarde aan het opstellen van een tabel zoals bij de andere onderdelen.

Zowel Frank als Annemie hebben zelf afspraken gemaakt met hun werkgever. In het geval van Frank ging dit voornamelijk over praktische afspraken waardoor hij zijn behandeling kon combineren met een voltijdse job. Annemie heeft meer aanpassingen nodig om aan het werk te blijven. Ze werkt van thuis uit en maakt gebruik van een aangepaste regeling waarbij haar werkgever geen gewaarborgd loon moet betalen en de mutualiteit op basis van haar aantal gewerkte uren een bedrag bijpast. Beide respondenten zijn zeer tevreden over de intern gemaakte regeling en geven aan dat hun werkgever de nodige moeite doet om werken voor hen mogelijk te maken. Ze voegen hier wel aan toe dat veel afhangt van de werkgever of de specifieke situatie van de werknemer. Zo is Frank overtuigd dat als hij voor een kleiner bedrijf had gewerkt of op een verdere afstand van zijn huis dat hij meer moeite gehad zou hebben om te blijven werken en zijn werkgever mogelijks minder bereid zou zijn tot enige aanpassingen.

Emma werkt deeltijds bij een familielid. Zij en haar echtgenoot zijn op zoek gegaan naar eventuele maatregelen om haar werkgever te compenseren voor haar vertraagde tempo, of om de nodige aanpassingen te bekostigen. Matthijs werkt als zelfstandige enkele uren voor een familielid dat een eigen bedrijf aan het opstarten is binnen zijn vakgebied. De adviserende geneesheer van de mutualiteit heeft hem toestemming gegeven om 10 uur per week te werken. Beide hebben door hun ziekte regelmatige rustpauzes nodig, ze zeggen dat ze dit aan een gewone werkgever niet zouden durven vragen maar bij familie is het makkelijker, om wanneer nodig, aan te geven dat ze even rust nodig hebben aangezien deze goed op de hoogte is van de situatie.

Zowel Annemie als Emma geven aan dat er voor chronische zieken die werken een extra administratieve last is die ze toch enigszins ontmoedigend vinden. Emma krijgt veel ondersteuning vanuit de sociale dienst van de private zorginstelling waar ze behandeld wordt, Annemie daarentegen doet alles zelf. Ze zegt dat ze toch wekelijks enige tijd met administratie bezig is om alles in orde te brengen en na te kijken, *“Ik vind dat als je als chronische zieke werkt dat je er eigenlijk een job bij krijgt en dat is administratie”*. Voornamelijk met de berekening van haar loon heeft ze al enkele keren problemen gehad. Gezien de complexiteit van de berekeningen en de specificiteit van haar situatie sluisen er makkelijk foutjes in de berekening van haar loon, dit heeft niet alleen effect op haar eigen inkomen, maar ook op zaken zoals haar belastingaangifte. Ze probeert steeds alles na te kijken en heeft ondertussen al een interne checklist met details waar er gemakkelijk een fout

kan gemaakt worden. Doordat er zowel op de eigen personeelsdienst als in het ziekenfonds geen vaste persoon verantwoordelijk is voor haar dossier heeft ze het gevoel dat enkele elementaire zaken gemakkelijk over het hoofd gezien worden omdat men niet bekend is met de materie. Ze zou een systeem met een vaste contactpersoon binnen beide diensten verkiezen, maar voegt onmiddellijk toe dat ze beseft dat dit, gezien de grote werklast op beide diensten, niet eenvoudig is.

Voor deze respondenten is werken meer dan geld verdienen: hun motivatie om te blijven werken is voornamelijk intrinsiek. Alle 4 de respondenten die werken geven aan dat een grote beweegreden hiervoor is dat ze niet willen stilzitten en bezig willen blijven. Emma gebruikt de uitdrukking 'rust roest', ze geeft aan dat haar deeltijdse job een grote belasting legt op haar lichaam, maar dat ze ook voelt dat als ze deze job niet hebben haar lichaam sneller zou verstijven door het stilzitten. Ook de persoonlijke voldoening die ze uit hun job krijgen is een grote drijfveer.

### 3.5.1 Activeringsmaatregelen

Aan alle respondenten werd de vraag gesteld of de activeringsmaatregelen van de overheid of de mogelijke regelingen om als chronisch zieken te kunnen gaan werken voldoende bekend zijn. Het bijna unanieme antwoord hierop is dat er weinig bekendheid is rond dit thema, waar men terecht kan met vragen, en wat de mogelijke regelingen zijn. Er is zeker vraag naar meer bekendheid van de mogelijkheden door informatie beschikbaar te stellen voor zowel werknemers als voor werkgevers. 3 respondenten uiten hierbij wel enige bezorgdheid over het feit dat meer informatie vaak meer misbruik met zich meebrengt en zien dit als een mogelijke beweegreden van de overheid om de bekendheid van dergelijke systemen te beperken. In het gesprek dat Annemie had met haar maatschappelijke dienst is dit ook als reden opgegeven voor de geringe bekendheid. *"Hoe meer je te weten komt hoe groter de kans dat er misbruik is in die dingen. Ik denk dat dat daar ook voor een stuk achter zit, dat ze de mensen opzettelijk meer moeite laten doen. Maar of dat het dan uiteindelijk bij de juiste persoon terecht komt, die voordelen, vraag ik mij dan ook af. Dus uiteindelijk dan lijkt het mij beter dat iedereen geïnformeerd geraakt."* (Frank).

Annemie geeft aan dat ze tijdens haar eigen zoektocht naar mogelijkheden zeer sterk de indruk had dat verschillende personen wel iets wisten maar dat niemand volledig op de hoogte was of met zekerheid kon zeggen wat haar opties waren. Ze vreest dat deze vage informatie een rem kan zijn voor geïnteresseerden om verder te zoeken, en dat dezen door de onzekerheid hun zoektocht misschien sneller zullen opgeven omdat ze de informatie niet vertrouwen, en kiezen voor de zekerheid van hun huidige situatie. Op zich stoort het haar niet dat niet iedereen beschikt over de nodige informatie, maar er zou wel enige kennis moeten zijn van wie het dan wel weet zodat er kan doorverwezen worden en men sneller aan concrete info over werkregelingen kan geraken.

Naar haar mening zou er niet onmiddellijk meer gecommuniceerd moeten worden naar chronisch zieken toe, maar zou er intern een beter idee moeten zijn over welke dienst kennis heeft over dergelijke zaken zodat de doorverwijzing eenvoudig en snel kan gebeuren.

Bijna elke respondenten vraagt zich af of er wel ruimte is voor chronische zieken of personen met een beperking op de werkvloer. *“Er zijn ook zoveel jongeren die geen werk vinden, gezonde jongeren pas op de arbeidsmarkt. En dan de ouderen mensen moeten ook langer werken en dan vraag ik mij af waar is er nog plaats voor de chronisch zieke op de arbeidsmarkt?”* (Marlies). De laatste jaren is er veel te doen geweest rond werkloosheid en de verhoogde werkdruk. Hierdoor vinden enkelen het langs de ene kant een logische, maar spijtige ontwikkeling, dat werkgevers veel verwachten van hun werknemers en verwachten ten volle te kunnen vertrouwen op maximale prestaties van hun werknemers. Vooral zij die een ziekte hebben die moeilijk voorspelbaar is geven aan dat dit een belemmerende factor is aangezien ze zelf niet vinden dat ze van een werkgever kunnen verwachten dat deze rekening houdt met deze onzekerheid. *“Er is al geen werk met hopen, als die kan kiezen tussen een gezonde werknemer en iemand die hij waar hij maar half kan op rekenen... ja dan kiest die de gezonde persoon.”*(Marlies).

Dat het verwachte werktempo of de arbeidsdruk te hoog is wordt door velen ook aangehaald als reden waarom werken niet haalbaar is. Een lager tempo hebben of nood hebben aan meer rustpauzes uit zich meestal in een verlaagde output wat voor vele werkgevers een probleem is. De compenserende maatregelen die bestaan lijken hen hier dan een goede manier om werkgevers te overtuigen. Er zijn ook 2 respondenten die vermelden dat er voor personen met een beperking meer mogelijk is dan voor chronische zieken omdat de noden van deze eerste vaak stabiel zijn en concrete oplossingen bestaan zoals aangepast werk materiaal of enige extra begeleiding. Dit is een element dat door de contactpersoon bij de VDAB werd aangehaald. Namelijk dat het moeilijk is aangepast werk te vinden voor chronische zieken omdat hun situatie meestal moeilijk te voorspellen is en hun noden minder concreet zijn.

## 3.6 Aanbevelingen

Op basis van de gevonden resultaten zijn er per thema enkele aandachtspunten en mogelijke aanbevelingen opgemaakt.

### 3.6.1 Informatie

#### Aangegeven pijnpunten:

- Onduidelijke informatie en te verspreide informatie.
- Elke dienst hanteert andere voorwaarden en definities.
- Het landschap is heel complex.

- Bevoegde diensten zijn moeilijk te contacteren.
- Weinig informatie over de verwerking van de aanvraag.

#### Aanbevelingen:

1. *Informatie meer centraliseren, één centraal contactpunt organiseren met een overzicht van sociale regelingen.*

Een belangrijke bevinding van dit onderzoek is dat informatie te verdeeld is over verschillende kanalen. Zoals blijkt uit de tabel opgemaakt uit de documentenanalyse zijn er veel sociale regelingen beschikbaar bij een groot aantal aan diensten. Deze diensten hebben echter elk hun eigen website en eigen terminologie waardoor informatie versnipperd is en het moeilijk is voor chronische zieken om correcte, begrijpbare en volledige informatie te verzamelen. Er is nergens een overzicht beschikbaar en men moet al weten bij welke dienst men moet zijn of om welke regeling het gaat voor er echt effectief kan naar gezocht worden. Maatschappelijke diensten bij de mutualiteit kunnen hier een gids in zijn, maar niet iedereen vindt zijn weg naar deze dienstverlening. Chronisch zieken moeten zelf instaat zijn om informatie te vinden wanneer nodig.

2. *Duidelijke termen en definities hanteren, afstemming van terminologie binnen de verschillende bestuursniveaus en diensten .*

De verschillen in terminologie zijn verwarrend voor chronisch zieken. Voor het optimaal intern kunnen delen van gegevens is het afstemmen van definities en terminologie noodzakelijk.

3. *Contactkanalen goed onderhouden, toegankelijker zijn voor vragen.*

Het onderhouden van goede contactkanalen is essentieel. Zeker voor de diensten die weinig contactmomenten hebben met burgers is het belangrijk dat de weinige contacten die er zijn vlot en aangenaam verlopen. Callcenters moeten bereikbaar zijn binnen de vastgelegde openingsuren en moeten in staat zijn om een correct en voldoende antwoord te geven. Contactformulieren moeten tijdig verwerkt kunnen worden.

4. *Informatie aanpassen aan het dagelijks taalgebruik en zo simpel mogelijk houden.*

Er over waken dat de informatie op websites en andere geschreven informatiekkanalen duidelijk en eenvoudig verwoord zijn zodat zelfs zij die niet bekend zijn met de materie deze ook kunnen begrijpen. Bij het opstellen van standaardbrieven moet hier rekening mee gehouden worden en moet vermeden worden dat de ontvanger zich overweldigd voelt door de informatie.

5. *Informatie verschaffen over de verwachte verwerkingstijd en indien mogelijk de status van het dossier zoveel mogelijk zichtbaar maken.*

Informatie geven over het verder verloop van de procedure en de status van het dossier stelt de aanvrager gerust. Door een verwachte verwerkingstijd mee te geven bij het ontvangen van een aanvraagformulier kan ingespeeld worden op de verwachtingen van de aanvrager. Indien de verwerkingstijd korter blijkt te zijn dan de verwachte verwerkingstijd zal de tevredenheid van de aanvrager hierdoor positief beïnvloed worden (Gelders, 2015).

### 3.6.2 Formulieren

#### Aangegeven pijnpunten:

- Gegevens die meermaals worden opgevraagd.
- Doel van formulieren of vragen niet altijd even duidelijk.
- Veel werk voor de huisarts of specialist.

#### Aanbevelingen:

1. *Verdere toepassing van het Only Ask Once-principe.*

Er werd meerder keren te kennen gegeven dat formulieren telkens weer dezelfde informatie opvragen, informatie die in grote mate reeds beschikbaar zou zijn bij de overheid. Meer gegevensdeling en het verder toepassen van het Only Ask Once- principe kunnen hier een antwoord op bieden.

2. *Duidelijk aangeven van doel van de formulieren en indien nodig extra uitleg over hoe bepaalde onderdelen ingevuld moeten worden.*

Een duidelijke uitleg over het doel van de formulieren en eventuele instructies over hoe een bepaald onderdeel ingevuld moet worden kan de kans verkleinen op foutieve interpretatie door de aanvrager. Op deze manier hebben chronische zieken ook een beter idee van wat ze moeten opschrijven en waar ze aandachtig voor moeten zijn.

3. *De werklast voor artsen waar mogelijk beperken.*

Het aandeel van de artsen in het medische gedeelte van aanvragen is van belang maar mag geen te grote belasting vormen voor de artsen zelf. Naar mogelijkheden om deze last te verminderen kan gekeken worden bij het verder ontwikkelen van eHealth binnen België. Hierbij moet de privacy van de patiënt en de beveiliging van gegevens steeds indachtig gehouden worden.

4. *Verzekeren van vlotte noodmechanismen indien automatische toekenning faalt.*

De automatische toekenning van bepaalde sociale voordelen is een goede zaak zowel voor de burger als voor de betrokken diensten. Er mag echter niet blind op vertrouwd worden, er moet ook aandacht gegeven worden aan



een procedure voor wanneer automatische toekenning niet mogelijk is en de aanvraag via een andere weg geregeld moet worden.

### 3.6.3 *Controle*

#### Aangegeven pijnpunten:

- Voorbereidende documenten worden niet gebruikt.
- Een zeer onpersoonlijke houding van de controleur/indicatiesteller.
- De inschalingsinstrumenten zijn te subjectief en hebben niet genoeg ruimte voor nuancering.
- De organisatie van de controles zelf kan klantvriendelijker

#### Aanbevelingen:

1. *Voorbereidende documenten beter gebruiken.*

De reeds beschikbare informatie moet gebruikt worden tijdens de controle gesprekken zodat er vermeden wordt dat deze gesprekken een herhaling van de aanvraagformulieren zijn. De controle kan een kans zijn om verder in te gaan op de zelfredzaamheid van de aanvrager of om een meer gedetailleerd beeld te krijgen van de situatie van de aanvrager.

2. *Luisterende houding aannemen en mensen niet het gevoel geven een nummer te zijn.*

Respondenten geven aan zich behandeld te voelen als een nummer en vragen een menselijke en respectvolle houding van de controlerende geneesheren. Ze begrijpen dat controleurs streng moeten zijn en waarschijnlijk veel gesprekken per dag moeten houden, maar ze zouden graag hebben dat de controleurs beseffen dat het steeds mensen zijn die voor hen zitten. Controles zullen nooit aangenaam zijn, maar kunnen wel op een menselijke manier gebeuren. Er mag niet vergeten worden dat de uitkomst van de controles van groot belang is voor de aanvrager.

3. *Zorgen voor een degelijk onthaal en een klantvriendelijke organisatie.*

Een degelijk onthaal met een duidelijk loket en een aanwezig persoon waar vragen aan gesteld kunnen worden wordt door enkele respondenten aangegeven als een mogelijk verbeterpunt. Bij de praktische organisatie van de controle zou klantvriendelijkheid een belangrijk element moeten zijn in de overwegingen en het maken van keuzes.

4. *Meer nuancering in de inschalingsinstrumenten.*

Er is een grote vraag naar een aanpassing van de inschalingsinstrumenten zodat deze meer nuancering mogelijk maken en meer aandacht geven aan de moeite die een bepaalde activiteit kost. Ook de (gezins)situatie waar een

chronische zieke in verkeert zou moeten kunnen opgenomen worden in de indicatiestelling aangezien bepaalde groepen zoals bijvoorbeeld alleenstaanden nu in het nadeel zijn.

5. *De subjectiviteit van de inschalingen zo laag mogelijk houden.*

Blijven inzetten op het beperken van de subjectiviteit bij controles en indicatiestellingen, maar tegelijk ook vermijden dat de inschalingsinstrumenten te rigide worden.

6. *Controles zo dicht mogelijk bij huis brengen*

De verplaatsing voor chronisch zieken zoveel mogelijk beperken door controle diensten dicht bij huis te organiseren.

### 3.6.4 *Werken en chronisch ziek zijn*

#### Aangegeven pijnpunten:

- De weg naar bestaande regelingen is niet toegankelijk. Informatie over mogelijke regelingen is vaag en moeilijk te vinden.
- De bestaande regelingen zijn administratief zwaar voor werknemer en werkgever door dat ze complex zijn en er veel kans is op vergissingen.

#### Aanbevelingen:

1. *Bekender maken van de bestaande regelingen of op zijn minst verspreiden van voldoende informatie bij maatschappelijk werkers zodat deze correct en snel kunnen doorverwijzen.*

Activeringsmaatregelen moeten beter gekend zijn. Indien er verkozen wordt om deze regelingen niet wijd te verspreiden om misbruik te vermijden dan zouden maatschappelijk medewerkers op zijn minst beter geïnformeerd moeten worden om vage en contradictorische informatie te vermijden. Een duidelijke aanlijning van wie bevoegd is voor deze regelingen, en naar welke instelling verwezen moet worden indien een chronisch zieken gemotiveerd is om te werken, zou een mogelijke goede tussen weg zijn.

2. *Bekijken of sommige systemen en berekeningen vereenvoudigd kunnen worden.*

Voornamelijk met het oog op het vermijden van fouten tijdens het berekenen van bedragen of ingeven van gegevens. Een vereenvoudiging van de door werkende chronisch zieken gebruikte regelingen kan ook de administratieve last op werkgevers en de chronisch zieke zelf verlagen.

## 4 Resultaten per dienst

---

In dit onderdeel worden de resultaten per dienst besproken. Het gebruik van Nvivo zou in deze setting slechts weinig meerwaarde bieden gezien niet alle respondenten gebruik hebben gemaakt van de dienstverlening van alle diensten, en gezien de meeste diensten slechts besproken worden door een klein aantal respondenten.

### 4.1 Mutualiteit

De dienstverlening bij de mutualiteit wordt zeer positief ervaren. Zij die bij een maatschappelijk werker langs gingen met vragen voelden zich goed geholpen en waren tevreden over het vlotte verloop. Vooral reacties op de ontvangen informatie waren hier zeer positief, via de maatschappelijke dienst zou men zeer klare informatie ontvangen. Ook de persoonlijke insteek wordt opgegeven als een positief punt, 3 respondenten geven aan het zeer aangenaam te vinden dat er vanuit hun eigen situatie gekeken werd naar de mogelijkheden en niet vanuit een algemeen standpunt. Marlies gaf wel de opmerking dat haar maatschappelijk medewerkster niet altijd direct een antwoord kon geven, *“Ze zoeken het dan wel voor u en ge komt het wel te weten, dat wel. Ze gaan moeite doen zodanig dat ge antwoord krijgt op u vraag, maar ik heb niet de indruk dat ze altijd zo goed van alle dingen op de hoogte zijn.”*

Er is niet alleen vraag naar klare informatie maar ook naar realistische informatie. Magda vond het zeer correct van haar maatschappelijk medewerker dat deze haar geen loze beloftes maakte en haar realistische verwachtingen gaf. Karen gaf aan liever onmiddellijk te horen of een aanvraag realistisch is of niet om zo teleurstelling bij afwijzing in te perken.

Er lijkt vanuit de respondenten veel vertrouwen te zijn in de maatschappelijk medewerkers bij de mutualiteit, dit blijkt ook uit het feit dat velen het invullen van hun aanvraag grotendeels overlaten aan hun maatschappelijk werker. Zo goed als elke respondent gaf tijdens het gesprek aan dat het uitleggen van hun situatie en het vragen om hulp enig vertrouwen vraagt en dat het steeds voelt als het bloot geven van zichzelf. Dit is de reden dat de 2 respondenten die geen vaste contactpersoon hadden in hun lokaal kantoor hier toch enige moeite mee hadden omdat ze telkens opnieuw moesten uitleggen in welke situatie ze zaten. Het hebben van een vaste contactpersoon heeft volgens de respondenten voornamelijk als voordeel dat deze persoon bekend is met het eigen dossier en hierdoor ook naar hun aanvoelen beter en sneller aanbevelingen kan doen om de persoonlijke situatie te verbeteren.

Er waren 2 respondenten die nog nooit bij een maatschappelijk medewerker waren langs geweest en die niet goed wisten wat deze dienstverlening voor hen zou kunnen doen. Volgens Frank zou er meer uitleg gegeven mogen worden over wat een maatschappelijke dienst kan betekenen. Ook zouden er meerdere momenten moeten zijn waarop er gepolst wordt of men een gesprek met een maatschappelijk medewerker zou wensen, hij

heeft nu het gevoel dat dit slechts één keer gebeurt bij vaststelling van de ziekte en daarna niet meer of te weinig. Zelf was hij in het begin niet gefocust op de administratieve kant waardoor hij het eerste aanbod afsloeg, een kleine herinnering aan het bestaan van deze dienstverlening tijdens het gesprek met de adviserende geneesheer van de mutualiteit lijkt hem een goed idee.

Ook de controlerende geneesheren ontvangen relatief goede commentaar vanuit de respondenten. Zoals eerder vermeld gingen 4 van de 5 positieve ervaringen bij een controle over een controle bij de mutualiteit. Hierbij zouden de problemen die men ervaart bij de andere controlerende geneesheren minder voorkomen. De bemerkingen dat gesprekken kort zijn geldt hier nog steeds maar de controlerende geneesheer bij de mutualiteit zou meer begrip tonen en ook beter luisteren. Karen en Annemie worden regelmatig opgeroepen voor controle en hebben een vaste controlerende geneesheer, beiden vinden dit een positief gegeven. Ze hebben hierdoor het gevoel dat deze beter op de hoogte is van het verloop van hun ziektebeeld en dat er ook na verloop van tijd een persoonlijke band ontwikkeld is waardoor de gesprekken aangenamer zijn. Karen zei wel dat ze haar controlerende geneesheer nog altijd zeer streng vindt maar dat ze ook begrijpt dat dit een deel van zijn opdracht is.

Een opmerking die Karen maakte was dat ze graag een melding zou krijgen over de uitslag van een controle bezoek. Ze zegt dat ze nu pas de uitkomst te weten komt wanneer haar maandelijks bedrag gestort wordt. Ze heeft al meegemaakt dat dit bedrag plots gehalveerd was maar dat ze hier geen melding van had gekregen, en ze zelf is moeten gaan informeren over de oorzaak. Ook Matthijs zegt dat hij na zijn controles geen melding krijgt over het resultaat en er bij de volgende storting van de uitkering gewoon vanuit gaat dat alles in orde is.

De ervaring met de indicatiestellers is dan weer minder positief. Hier komen de eerder vermelde knelpunten met de inschaling van de zelfredzaamheid tot uiting. Ook de opmerkingen over dat er weinig menselijks aan is en dat het voornamelijk het aflopen van een vragenlijst is werden hier enkele malen gemaakt.

## 4.2 FOD Sociale Zekerheid

De reacties op de dienstverlening van de FOD Sociale Zekerheid zijn op bijna alle gebieden negatief. De ontvangen brieven zouden veel te uitgebreid zijn en niet overzichtelijk waardoor de informatie de respondenten overweldigt en verwart. De gesproken maatschappelijk medewerker bij de CM vermeldde dat hij veel vragen kreeg van mensen over de ontvangen brieven van de FOD Sociale Zekerheid, wat enigszins indiceert dat er ruimte is voor verbetering in de opstelling van deze brieven.

Contact opnemen met de FOD zou zeer moeizaam verlopen. Annemie zou al meerdere keren gemeld hebben dat ze geen gebruik kan maken van de internettoepassingen omdat ze niet kan inloggen met haar eID, terwijl ze dit dagelijks moet doen voor haar job en ze er anders geen problemen mee ondervindt, er is haar nog geen

oplossing aan geboden of zelf enige reactie op deze meldingen geweest. Toen ze een tweede maal contact opnam met vragen over haar zelfredzaamheidsresultaten kreeg ze twee maal een verschillend antwoord op dezelfde vraag, *“Dat is voor mij echt een vrij zwarte doos qua communicatie.”*. Emma begrijpt niet goed waarom er niet meer moeite gedaan wordt om de call centrale goed te bemannen. Ze heeft nu de indruk dat de lijn steeds bezet is wat naar haar mening betekent dat er veel vragen zijn en dat het dus een veel gebruikt en belangrijk kanaal is waar aandacht aan gegeven moet worden. Ook de maatschappelijk werker van Amber zou haar al verteld hebben dat hij zelf moeite heeft met het bereiken van de FOD, ook de gesproken maatschappelijk medewerker bij de CM bevestigt dit.

Niet alleen de contactopname met de FOD is moeizaam, als men een antwoord krijgt zou dit naar aanvoelen van 2 respondenten onvoldoende zijn of is de persoon aan de andere kant zeer kort van stof. Een eigen poging om contact op te nemen met de FOD via het contactformulier op de officiële website confirmeert de uitspraken van de respondenten. Mijn vraag tot een interview werd na een maand beantwoord, terwijl er op de site staat dat ze binnen de 10 werkdagen gegarandeerd zullen reageren, met een standaardantwoord waarin stond dat men enige problemen had ervaren met de technische ondersteuning van hun contactformulieren waardoor ze mijn vraag niet tijdig hadden kunnen beantwoorden. Een antwoord op de gestelde vraag was nergens te bespeuren. Er stond enkel dat ze hoopten dat ik in tussentijd reeds een antwoord had gevonden, indien dit niet zo was kon ik mijn vraag opnieuw stellen via het contactformulier op hun website. Een kopie van deze mailconversatie is terug te vinden in de bijlage 3.

Bij de controles van de FOD kwamen enkele eerder vermelde knelpunten naar voor zoals het onpersoonlijk overkomen van de controlerende artsen, weinig voorbereiding van de dossiers en een gebrek aan onthaal. Ook de eerder besproken problemen met de zelfredzaamheidinschaling komen hier terug. Amber vond het verwarrend dat ze tweemaal kort na elkaar opgeroepen is geweest voor controle. Na eens te informeren bij de FOD bleek de eerste keer te zijn voor het verkrijgen van haar tegemoetkoming en de tweede keer voor de goedkeuring voor het volgende jaar.

### 4.3 RIZIV

Zoals vermeld in de documentenanalyse hebben burgers weinig direct contact met het RIZIV, het zijn voornamelijk de mutualiteiten die instaan voor de verdeling van de tussenkomsten van het RIZIV. Enkel wanneer er na een jaar ziekteverlof wordt overgeschakeld naar de invaliditeit is er even direct contact met een controle orgaan van het RIZIV voor het vaststellen van de invaliditeit of arbeidsongeschiktheid. Enkel Marlies heeft over deze ervaring verteld.

Het grootste minpunt aan de ervaring met het RIZIV was dat ze het gevoel had dat de vragen bedoeld waren om haar in de val te lokken en dat ze niet begreep wat de vragen te maken hadden met haar situatie. Volgens haar zou er meer respect mogen zijn voor de patiënt en is er nu weinig besef van hoe denigrerend sommige aspecten kunnen zijn. Doordat het gaat over een gesprek in aanwezigheid van meerdere artsen voelde ze zich ook overdonderd en geïntimideerd. Ze had uit de gestelde vragen niet het gevoel dat er één van de artsen naar haar dossier gekeken had

Marlies heeft al twee keer een negatieve beslissing ontvangen van het RIZIV. Ze zegt dat de brief met de uitleg over de beslissing en de stappen die ze moet ondernemen om weer in orde te zijn relatief duidelijk is, zij het geschreven in een misschien vrij administratieve taal. Over de termijn tussen het verliezen van de invaliditeitsuitkering en het verkrijgen van een werkloosheidsuitkering of loon zei ze wel dat deze toch enige problemen kon veroorzaken. In deze periode heeft men namelijk geen inkomstenbron, bij het opstarten van de werkloosheidsuitkering wordt er wel retroactief betaald maar gedurende de periode zelf kan het financieel even moeilijk zijn.

#### 4.4 VAPH

Emma is de enige respondent die expliciet vermeldt dat ze iets heeft aangevraagd bij het VAPH. Karen heeft onlangs een aanvraag gedaan voor hulpmiddelen, maar tijdens het gesprek vermeldt ze dat dit een aanvraag was bij de FOD Sociale Zekerheid, deze voorziet echter geen tussenkomsten voor hulpmiddelen dus vermoedelijk gaat het over een aanvraag bij het VAPH. Lucien vermeldde dat hij ondanks zijn handicap niet terecht kan bij het VAPH voor tussenkomsten omdat zijn handicap het gevolg is van een verkeersongeluk waardoor hij in een andere categorie valt en de kosten voor de verzekering zijn.

Zowel Emma als Karen zijn niet ingegaan op de uitnodiging hun dossier zelf te komen verdedigen. Voor Karen is er een maatschappelijk medewerker van de mutualiteit gegaan in haar naam omdat ze zichzelf niet in staat achtte om dit te doen. Emma kon zelf niet aanwezig zijn op de afspraak en haar man wou de volmacht die bijgesloten was bij de uitnodiging gebruiken om in haar plaats te gaan. Toen hij contact opnam met het VAPH om te checken of dit mocht kreeg hij de melding dat de uitnodiging een standaardbrief is en dat aanwezigheid niet verplicht was. Meer zelfs men verwachtte hem helemaal niet aangezien er blijkbaar amper wordt in gegaan op de uitnodigingen. Emma vond dat de uitnodiging dus onvolledige informatie gaf en dat de bijgesloten volmacht de indruk wekte dat aanwezigheid verwacht werd.

#### 4.5 VDAB

Er waren 3 respondenten die reeds beroep hadden gedaan op de dienstverlening van de VDAB. Marlies moest zich op nieuw aangeven bij de VDAB toen haar invaliditeitsuitkering werd stop gezet. Ze heeft hier onmiddellijk

vermeld dat ze van plan was om in beroep te gaan tegen de beslissing en dat ze dus niet zou ingaan op job voorstellen aangezien ze niet kan pleiten dat ze arbeidsongeschikt is en ondertussen aan het solliciteren zou zijn. De VDAB heeft haar dossier opgemaakt met een code in waardoor ze geen uitnodigingen zou ontvangen, Marlies had geen opmerkingen over de dienstverlening van de VDAB.

Amber is vrij ingeschreven bij de VDAB en heeft een vaste contactpersoon als begeleider die samen met haar haar mogelijkheden bespreekt. Ze zegt dat deze contactpersoon zeer sympathiek is en vriendelijk maar dat hij haar nog weinig echt geholpen heeft. Ze zou graag enkel uren in de week of één dag per week gaan werken maar het is moeilijk om dergelijke jobs te vinden. Daarnaast melde haar begeleider haar ook dat er een kans is dat ze gecontroleerd zou kunnen worden zelfs als ze een beperkt aantal uren werkt en dat ze haar tegemoetkoming dan zou kunnen verliezen. *“We willen dit hier ook niet kwijt en we weten na jaren dat het spijtig genoeg niet lukt en dat we niet met vuur [willen] spelen. [...] dan zegt hij [de begeleider] van 1 dag maar dan kunnen ze u blijkbaar toch nog oproepen en dan wisten we eigenlijk niet goed van wat moeten we nu doen? Toch 1 dag zoeken of niet?”*. Amber zou dus graag zekerheid hebben over wat ze wel mag en wat niet.

De enige respondent die erkend is met een arbeidshandicap en die beroep heeft gedaan om maatregelen verzorgd door de VDAB is Annemie. Op de houding en werking van de VDAB had ze weinig aan te merken, op de aanvraagprocedure voor de aanpassing van haar werkruimte had ze wel enige opmerkingen. Naar haar aanvoelen zijn er in deze procedure enkele stappen die overbodig zijn. Ze begrijpt dat ze een motivering moet geven voor het soort aanpassing dat ze wenst, in haar geval was dit de aankoop van een ergonomische bureaustoel en –tafel, en dat er nagegaan wordt of dit echt noodzakelijk is door een bezoek aan de werkruimte. Na deze controle moest ze echter nog een tweede keer motiveren waarom ze net dat model nodig had en deze motivatie moest ondertekend worden door haar specialist. Ze kon door omstandigheden haar specialist niet onmiddellijk bereiken en heeft dit laatste formulier dus nog niet kunnen bezorgen aan de VDAB, haar ergonomische bureaustoel is ondertussen echter al geleverd. Hierdoor vraagt ze zich af wat het nut is van deze laatste motivering. De aanvraag voor haar aangepast bureau werd afgewezen omwille van het feit dat haar echtgenoot 's avonds ook al eens gebruik zou maken van haar werkruimte en dus ook van het bureau, *“Ik vond dat een beetje absurd dus volgens mij hebben ze gewoon bij de VDAB ook richtlijnen dat ze moeten besparen en dat ze gewoon ergens een reden gevonden hebben om te besparen maar ok.”*.

# Conclusie

In deze masterproef is er onderzocht hoe een burger met een chronische aandoening de overheidsdienstverlening ervaart. Hiervoor is er eerst een overzicht opgesteld van het sociaal landschap met de sociale regelgeving en de betrokken diensten in de documentenanalyse. Uit deze analyse kwam naar voren dat het Belgische sociaal landschap voor chronische zieken zeer complex is en er veel diensten een rol spelen binnen de totale dienstverlening. Bovendien werd er aangeduid dat betrokken diensten verschillende definities en voorwaarden hanteren voor het aanduiden van een gelijkaardige doelgroep. De versnippering van het landschap en gebrek aan eenheid van beleid maken het voor chronische zieken moeilijk om hun weg te vinden.

Een tussenstap in het onderzoek was het spreken van 6 experts over hun ervaring, om zo een gedetailleerder beeld te krijgen van hun eigen dienstverlening en van hun eigen ervaring als gebruiker in de keten van voorzieningen voor chronisch zieken. Uit deze gesprekken kwamen enkele knelpunten naar voren die de experts als gebruikers ervaren en die hen mogelijk belemmeren om hun functie ten opzichte van de burger optimaal te vervullen. Enkele elementen die zijn aangehaald door de experts kwamen naar voren in de gesprekken met de respondenten wat er op wijst dat die elementen algemeen ervaren worden als vatbaar voor verbetering.

Het laatste onderdeel van dit onderzoek focuste op de chronische zieken zelf. Hun ervaring met de overheidsdienstverlening is in de eerste plaats dat er veel initiatief vanuit de burger moet komen. In elke stap in het algemeen proces is er nog ruimte voor verbetering. Vooral op het gebied van informeren is er nog veel aandacht nodig. Informatie is de toegangsweg naar zowat alle sociale voorzieningen en is daarom extra belangrijk. Dit geldt ook voor de maatschappelijk medewerkers in de partnerinstellingen die voldoende moeten op de hoogte zijn zodat ze hun taak zo optimaal mogelijk kunnen vervullen. Het hebben van een overzicht over wat er allemaal aan voorzieningen bestaat en waar men moet aankloppen zou hier al een grote hulp zijn zowel voor eindgebruikers als gebruikers. Goede communicatiekanalen zijn ook van belang voor een goede klantvriendelijkheid en de bereikbaarheid bij het beantwoorden van mogelijke vragen. Momenteel wordt er aangegeven dat informatie te verspreid is en dat deze vaak te vaag en gebrekkig.

De communicatie vanuit de overheid moet verstaanbaar zijn voor iedereen ongeacht het opleidingsniveau of sociale achtergrond. Het taalgebruik is te bureaucratisch zijn en de opstelling van brieven is vaak verwarrend en overweldigend zijn. Wat dat betreft zou er onderzocht kunnen worden hoe de opstelling en verwoording van de standaardbrieven aangepast kan worden zodat ze verstaanbaar en overzichtelijk zijn voor de ontvanger. Ook



voor het opmaken van de formulieren zou er nagegaan moeten worden of alle gevraagde gegevens noodzakelijk zijn en of de vraagstelling duidelijk is voor de gemiddelde burger.

Het succes van de automatische toekenningen bevestigt dat er veel voordelen zijn in gegevensdeling voor zowel overheid als burger. Om gegevensdeling mogelijk te maken is er nood aan een duidelijke definiëring van termen, diensten die een andere definitie hebben voor eenzelfde term of omgekeerd, die een andere term hebben voor eenzelfde omschrijving, kunnen hun gegevens niet uitwisselen omdat ze niet over hetzelfde praten. Het aflijnen van termen en gebruik van dezelfde termen zou als bijkomend voordeel hebben dat er minder verschillen zijn tussen de diensten over wie onder een term als persoon met beperking of chronisch zieke valt. Dat zou het voor burgers makkelijker maken om te weten wanneer iets van toepassing is op hen. Bij de verdere doorzetting van gegevensdeling moet wel aandacht gegeven worden aan de privacy van de burger en voor gegevensbeveiliging.

Voor de controles werden er enkele knelpunten aangegeven met de inschalingsinstrumenten. Het voldoende objectiveren zonder afbraak te doen aan de individuele situatie van de zorgbehoevende is geen eenvoudige opgave. De aangegeven knelpunten, door zowel de gesproken indicatiesteller als de respondenten, zouden bekeken moeten worden en indien mogelijk bijgestuurd.

Voor de gesproken respondenten is het geen probleem dat indicatiestellers en controleurs streng moeten zijn, maar er wordt wel gevraagd om een vriendelijke en menselijke houding aan te nemen. Aandacht voor klantvriendelijkheid bij het organiseren van de controles en het uitvoeren ervan zou een belangrijk verbeterpunt zijn volgens de gesproken chronische zieken.

Dit onderzoek kende een relatief grote scoop doordat het zich niet heeft toegespitst op een bepaalde stap of een bepaalde dienst. Om de ervaring van de chronisch zieke burger te verbeteren zal er verder onderzoek nodig zijn om specifieke punten voor verbetering te identificeren, mogelijke oplossingen te zoeken en de haalbaarheid van deze oplossingen te bekijken.

# Lijst van geraadpleegde werken

- Agentschap Zorg & Gezondheid. (sd). *Vlaamse zorgverzekering*. Opgeroepen op April 2016, van vlaamsezorgverzekering.be: <http://www.vlaamsezorgverzekering.be/>
- Christelijke Mutualiteit. (2015). *Sociale Landkaart 2015*. Brugge: Uitgeverij Vanden Broele.
- CM. (sd). *Infopunt Chronische zieken*. Opgeroepen op februari 2016, van cm.be: <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/advies-en-informatie/diensten/cm-infopunt-chronisch-zieken.jsp>
- Devriendt, E. (2014, maart 27). BelRai, een antwoord op vele vragen? Leuven.
- Federale regering. (2014, oktober 14). federale regeringsverklaring.
- FOD Sociale Zekerheid. (sd). *Directie-Generaal voor personen met een handicap*. Opgeroepen op April 2016, van handicap.fgov.be: <http://handicap.fgov.be/nl/tegenwoordelingen/voorwaarden>
- FOD Volksgezondheid & RIZIV. (2013). Oriëntatienota: Geïntegreerde visie op de zorg voor chronische ziekten in België. *Nationale Conferentie Zorg voor Chronische Ziekten*.
- Gelders, D. (2015, november 16). Branding deel 1 en 2. Gent.
- GTB. (2015). *Uitstroomonderzoek 2014*. GTB.
- Homans, L. (2015). Beleidsbrief: Binnenlands Bestuur en Stedenbeleid 2015-2016.
- I&O research. (2015). *De kwaliteit van de dienstverlening- 2014*. Nederland: Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninklijke relaties & Ministerie van Economie.
- Informatie Vlaanderen. (sd). *Vlaams Zorgfonds*. Opgeroepen op April 2016, van vlaanderen.be: <http://www.vlaanderen.be/nl/contact/adressengids/diensten-van-de-vlaamse-overheid/administratieve-diensten-van-de-vlaamse-overheid/beleidsdomein-welzijn-volksgezondheid-en-gezin/zorg-en-gezondheid/afdeling-vlaamse-sociale-bescherming/vlaams-zorgfonds>
- Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. (2013, november 28). Oriëntatienota 'Geïntegreerde visie op de zorg voor chronische ziekten in België'. Brussel.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies in the aged: The index of ADL: a Standardised Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185(12), 914-919.
- Maes, P. (2015). Elektronische dienstverlening: het kruispuntbankmodel. Gent.

Mediwe vzw. (2014). *Mediwe: de zorgverzekering*. Opgeroepen op April 2016, van Mediwe vzw:  
<https://www.mediwe.be/nl/zorgverzekering>

Result 10. (December 2014). *Understanding customer experience, behaviours and attitudes to government services*. New-Zealand: New-Zealand Government.

Result 10. (November 2014). *Understanding customer experience, behaviours and attitudes to government services*. New-Zealand: New-Zealand Government.

RIZIV. (2014, oktober 28). *Opdrachten van het RIZIV*. Opgehaald van RIZIV:  
<http://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/Paginas/opdrachten-riziv.aspx#.VxCMFEyyOkp>

RIZIV. (2015, juli 10). *Het RIZIV*. Opgehaald van riziv.be: <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/8952272-Ondersteuning+aanvragen.html>

SARWGG. (2014, februari 11). Advies over de oriëntatienota 'geïntegreerde visie op de zorg voor chronische zieken in België'. Brussel.

Social Security. (sd). *Over de sociale zekerheid*. Opgeroepen op April 2016, van socialesecurity.be:  
<https://www.socialsecurity.be/citizen/nl/>

Sociale Zekerheid. (2016). *Handicap & invaliditeit*. Opgehaald van Sociale Zekerheid België:  
<https://www.socialsecurity.be/citizen/nl/handicap-invaliditeit>

Vandeurzen, J. (2015). conceptnota Vlaamse Sociale Bescherming.

VAPH. (sd). *ondersteuning aanvragen*. Opgeroepen op Maart 2016, van VAPH.be:  
<http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/8952272-Ondersteuning+aanvragen.html>

VDAB. (2015). *wat is een arbeidsbeperking?* Opgehaald van vdab.be:  
<https://www.vdab.be/arbeidshandicap/watishet>

VDAB. (sd). *VDAB arbeidsbeperking*. Opgeroepen op April 2016, van vdab.be:  
<https://www.vdab.be/arbeidshandicap/default1.shtml>

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2007). *Ondersteuning aanvragen*. Opgehaald van VAPH.be: <http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/8952272-Ondersteuning+aanvragen.html>

Vlaamse overheid. (2016, april 15). *Vlaamse zorgverzekering*. Opgehaald van vlaanderen.be:  
<http://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/vlaamse-zorgverzekering>

Vlaamse Regering. (2014). Regeerakkoord 2014-2019- Vertrouwen, verbinden en vooruitgaan.

Wergroep Sociale Dienst in het Ziekenhuis. (2010). *Adviesnota aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid betreffende de Sociale Dienst in het Ziekenhuis*. Wergroep Sociale Dienst in het Ziekenhuis.

# Bijlagen

Bijlage 1: Tabel overzicht sociale regelgeving voor chronisch zieken

Bijlage 2: Verslagen gesprekken respondenten

Bijlage 3: correspondentie contactformulier FOD Sociale Zekerheid

## Bijlage 1: Tabel overzicht sociale regelgeving voor chronische ziekten

Een overzicht van de sociale regelgeving die van toepassing kunnen zijn op chronische ziekten.

Aanvraag	Betrokken Diensten	Voorwaarden	Procedure
<b>Arbeidsongeschiktheid/ invaliditeit</b> VERVANGINGSINKOMEN VOOR WIE LANGER DAN 1 JAAR ARBEIDSONGESCHIKT ZIJN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> <li>• RIZIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stopzetting van alle werkzaamheden.</li> <li>• Vermindering van verdienvermogen tot 1/3 (of minder) ten opzichte van een persoon met dezelfde opleiding en in dezelfde stand.</li> <li>• De onderbreking is het gevolg van het intreden van letsels of functionele stoornissen.</li> </ul>	1) Een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid (in te vullen door de huisarts) indienen bij het ziekenfonds. 2) <b>Controle</b> <i>In het eerste jaar:</i> Adviserend geneesheer van het ziekenfonds controleert en beoordeelt het dossier. Bij arbeidsongeschiktheid zullen er na verloop van tijd controle onderzoeken volgen. <i>Na het eerste jaar:</i> adviserende geneesheer maakt verslag voor de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI). Er volgen periodieke controles gedurende de hele invaliditeitsperiode. 3) <b>Beslissende/uitreikende instantie:</b> De Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI), onderdeel van het RIZIV
<b>Ondersteuning aanvragen bij het VAPH</b> -INDIVIDUELE MATERIËLE BIJSTAND (IMB) -INCONTINENTMATERIAAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds of Multidisciplinair Team</li> <li>• VAPH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jonger dan 65 jaar.</li> <li>• Erkend als persoon met een handicap.</li> <li>• Verblijven in het Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.</li> </ul>	1) Het aanvraagformulier (terug te vinden op de officiële website) invullen en opsturen. 2) <b>Controle:</b> Een multidisciplinair verslag laten opmaken door een multidisciplinair team (lijst met door het agentschap erkende MDT is terug te vinden in de bijlage en op de officiële site). → In het geval van een aanvraag voor aanpassing van woning/wagen of de tegemoetkoming voor een hulpmiddel moet er ook een adviesrapport worden opgemaakt door het MDT. 3) <b>Beslissende/ uitreikende instantie:</b> Provinciale Evaluatiecommissie (PEC) van het VAPH
<b>Maatregelen voor chronische zieken in de werkloosheidsreglementering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitbetalingsinstantie</li> <li>• VDAB</li> <li>• RVA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In België verblijven.</li> <li>• Onvrijwillig werkloos zijn (niet zelf verantwoordelijk zijn voor job verlies).</li> </ul>	1) Aanvraag in te dienen bij de uitbetalingsinstantie

<p>VERSOEPELINGEN VAN DE WERKELOOSHEIDSRGLEMENTERING: -HOGERE FORFAITAIRE UITKERING -VERLENING VAN DE INSCHAKELINGSUITKERING VOOR JONGEREN MET MEDISCHE OF MENTALE PROBLEMEN</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen recht hebben op vorm van loon.</li> <li>• Niet werken voor derde of werk uitvoeren dat voordeel oplevert.</li> <li>• Ingeschreven zijn als werkzoekende bij bevoegde gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling.</li> <li>• Arbeidsgeschikt zijn.</li> <li>• Actief zoeken naar werk.</li> <li>• Pensioengerechtigde leeftijd nog niet bereikt hebben</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Als werkzoekende inschrijven bij de bevoegde gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling in Vlaanderen is dit de VDAB).</li> <li>3) <b>Controle:</b> Aan het einde van elke maand moet de controlekaart ingeleverd worden bij de uitbetalingsinstelling.</li> <li>4) <b>Beslissende/ uitreikende instantie:</b> RVA</li> </ol>
<p><b>Vermindering van persoonsbelasting</b> BIJKOMENDE VRIJSTELLING VAN BELASTING OP EEN DEEL VAN HET BELASTBAAR INKOMEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belastingdienst</li> <li>• Fonds voor beroepsziekten</li> <li>• Rechtbank</li> <li>• FOD Sociale Zekerheid</li> <li>• VAPH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vastgesteld voor 1 januari van het aanslag jaar.</li> <li>• Vaststelling van handicap door een van volgende instanties: Fonds voor Beroepsziekten, de rechtbank, dienst voor tegemoetkomingen aan personen met een handicap of door een aanvraag met het formulier 332H van de belastingdienst.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automatisch als het attest bekend is bij de fiscus.</li> <li>• Indien het attest niet bekend is bij de fiscus moet men een bewijs toevoegen aan de belastingaangifte.</li> </ul>
<p><b>Vermindering van successierechten</b> VOETVRIJSTELLING BIJ DE AANREKENING VAN SUCCESSIERECHTEN (IN VERHOUDING MET DE LEEFTIJD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belastingdienst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen die voor de belastingwetgeving beschouwd worden als 'zwaar gehandicapte persoon' (kan aangetoond worden door een attest van verminderde zelfredzaamheid van tenminste 9 punten, een attest van categorie 2 in de IT of attest van 66% arbeidsongeschiktheid).</li> <li>• Op 1/1 van het aanslagjaar voldoen aan de voorwaarden.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het nodige attest of verklaring toevoegen aan de aangifte</li> </ul>
<p><b>Integratie tegemoetkoming (IT)</b> BIJSTANDSUITKERING VOOR PERSONEN DIE VANWEGE HUN BEPERKTE ZELFREDZAAMHEID BIJKOMENDE KOSTEN HEBBEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FOD Sociale Zekerheid</li> <li>• Gemeente/ OCMW</li> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouder zijn dan 21 en jonger dan 65.</li> <li>• Beschikken over de Belgische nationaliteit (of gelijkgesteld zijn).</li> <li>• Daadwerkelijk verblijven in België</li> <li>• Bepaald aantal punten halen op de schaal van zelfredzaamheid, het bedrag van de uitkering wordt bepaald aan de hand van het behaalde aantal punten. (zelfredzaamheid wordt bepaald in functie van de individuele situatie)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) De aanvraag moet (elektronisch) worden ingediend via de gemeente/OCMW/mutualiteit.</li> <li>2) De aanvragende dienst ontvangt dan een bewijs van ontvangst en de gepersonaliseerde formulieren (erkenning van de handicap) voor de aanvrager. De formulieren bestaan uit een zelf in te vullen deel en een medisch deel in te laten vullen door de behandelende arts. Men krijgt hiervoor 1 maand de tijd.</li> <li>3) <b>Controle:</b> De Directie-Generaal voor Personen met een Handicap zal eerst onderzoeken of het inkomen van</li> </ol>

			<p>de aanvrager onder de bepaalde grens blijft. Wordt deze grens overschreden dan zal de medische controle enkel gebeuren op uitdrukkelijke vraag van de aanvrager (dan veranderd de aanvraag naar aanvraag voor een algemeen attest, zie verder).</p> <p>4) <b>Beslissende/ uitreikende instantie:</b> De Directie-Generaal zal de genomen beslissing bekend maken via aangetekende brief. Het recht zal in gaan 1 maand na bekend making van de toekenning. → indien men meer dan 3 maanden verblijft in een verzorgingsinstelling waarvoor de Federale overheid een deel van de tegemoetkomingen betaald zal een deel van de IT betaald worden aan de verzorgingsinstellingen voor de perioden dat men er verblijft.</p>
<p><b>Inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)</b> BIJSTANDSUITKERING MET ALS DOEL TE VOORZIEN IN HET LEVENSONDERHOUD VAN PERSONEN DIE NIET OVER VOLDOENDE EIGEN MIDDELEN BESCHIKKEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FOD Sociale Zekerheid</li> <li>• Gemeente/ OCMW</li> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erkend zijn als Persoon met een handicap waarvan is vastgesteld dat het verdienvermogen verminderd is met minsten 1/3 van at een valide persoon op de arbeidsmarkt verdient.</li> <li>• Ouder zijn dan 21 en jonger dan 65.</li> <li>• Beschikken over de Belgische nationaliteit (of gelijkgesteld zijn).</li> <li>• Daadwerkelijk verblijven in België</li> </ul>	<p>1) De aanvraag moet (elektronisch) worden ingediend via de gemeente/OCMW/mutualiteit.</p> <p>2) De aanvragende dienst ontvangt dan een bewijs van ontvangst en de gepersonaliseerde formulieren (erkenning van de handicap) voor de aanvrager. De formulieren bestaan uit een zelf in te vullen deel en een medisch deel in te laten vullen door de behandelende arts.</p> <p>3) <b>Controle:</b> De Directie-Generaal voor Personen met een Handicap zal eerst onderzoeken of het inkomen van de aanvrager onder de bepaalde grens blijft. Wordt deze grens overschreden dan zal de medische controle enkel gebeuren op uitdrukkelijke vraag van de aanvrager (dan veranderd de aanvraag naar aanvraag voor een algemeen attest, zie verder).</p> <p>4) Er volgt een administratieve en medische controle.</p> <p>5) <b>Beslissing/ uitreikende instantie:</b> De Directie-Generaal voor Personen met een Handicap zal de beslissing bekend maken via aangetekende brief. Indien het recht is toegekend zal dit ingaan vanaf de 1<sup>ste</sup> maand na toekenning.</p>



<p><b>Sociale maximum prijs voor aardgas en elektriciteit</b> HET VROEGERE 'SPECIFIEK SOCIAAL TARIEF', LAGERE TARIEVEN VOOR ENERGIEPRIJZEN EN EEN MAXIMUMPRIJS VOOR AARDGAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FOD Sociale Zekerheid</li> <li>• Leverancier van aardgas en elektriciteit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 residentiële gebruiker die beschikt over een beslissing tot toekenning van: Een tegemoetkoming voor mindervaliden, IVT en/of IT voor personen met een handicap, een uitkering van het OCMW in afwachting van eerder vermelde vervangingsinkomens.</li> <li>• Bewijs van samenwonen en het attest dat het recht tot de toekenning verschaft moet jaarlijks voorgelegd worden.</li> </ul>	<p>De uitbetaling gebeurt maandelijks op de rekening van de gerechtigde titularis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De gas- en/of energieleverancier ontvangt automatisch het attest van de overheid waaruit blijkt dat de maximumfactuur moet worden toegepast</li> <li>• Indien er geen duidelijke link is tussen de rechthebbende en gebruiker van het gezin (die de factuur betaalt) zal de betrokkene zelf een aanvraag met nodig bewijsstuk schriftelijk of persoonlijk indienen bij de gas- en elektriciteitsmaatschappij.</li> <li>• Indien men nog niet beschikt over een officieel attest (omdat men nog een aanvraag voor IVT of IT aan het verwerken is) moet men een attest van het gemeentehuis kunnen voorleggen als bewijs van het indienen van een geldige aanvraag.</li> </ul>
<p><b>Vrijstelling van het abonnementsgeld voor waterlevering en de saneringsbijdrage</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FOD Sociale Zekerheid</li> <li>• Waterleverancier</li> </ul>	<p>Voldoen aan een van volgende voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op 1/ 1 van een kalenderjaar een IVT of IT voor personen met een handicap genieten.</li> <li>• Op 1/1 van een kalenderjaar een gezinslid hebben die geniet van een IVT of IT voor personen met een handicap, die gedomicilieerd is op hetzelfde adres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meestal automatisch toegekend op basis van inlichtingen die de watermaatschappij haalt uit de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid of bij andere overheidsinstellingen die de rechten toekennen.</li> <li>• Wanneer de vrijstelling niet automatisch wordt toegekend zal ze schriftelijk moeten aangevraagd worden. Hierbij moet een attest van het ontvangen van een IVT of IT voor personen met een handicap, dit attest wordt uitgereikt door FOD Sociale zekerheid.</li> </ul>
<p><b>Erkenning als persoon met een handicap</b> ATTEST NODIG OM SOCIALE EN/OF FISCALE ATTESTEN AAN TE VRAGEN BIJ VERSCHILLENDE INSTANTIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FOD Sociale Zekerheid</li> <li>• Gemeente/ OCMW</li> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voldoen aan de voorwaarden voor een IVT of IT</li> <li>• Ingeschreven in het Bevolkingsregister</li> <li>• Gedomicilieerd zijn in België</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) De aanvraag wordt bij de gemeente elektronisch ingediend. Afhankelijk van de gemeente wordt dit geregeld door het gemeentehuis, het OCMW of het Sociaal Huis.</li> <li>2) De behandelende ambtenaar (die de elektronische aanvraag heeft ingediend) zal de nodige administratieve formulieren meegeven samen met een ontvangstbewijs van aanvraag. Deze formulieren dienen binnen de maand ingevuld opgestuurd te worden naar de Directie-Generaal personen met een handicap (FOD Sociale zekerheid). Een deel van de formulieren is in te vullen door de behandelende arts.</li> <li>3) <b>Controle:</b> Oproep tot een onderhoud in een van de bevoegde medische centra ter evaluatie van de handicap. →Wanneer de beslissing kan genomen worden op</li> </ol>

			<p>basis van de voorliggende stukken zal er geen onderhoud gevraagd worden.</p> <p>→ Wanneer het onmogelijk is voor de aanvragen om zich te verplaatsen, ook niet met hulp van derden, is er de mogelijkheid om een thuis onderzoek te verzoeken.</p> <p><b>4) Beslissende/ uitreikende instantie:</b> Directie-Generaal voor Personen met een handicap, onderdeel van de FOD Sociale Zekerheid</p>
<b>Erkenning van arbeidshandicap</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VDAB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een aandoening hebben van psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard waardoor het moeilijk is om werk te vinden of om een job uit te voeren.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Het aanvraagformulier, dat beschikbaar is op de officiële website van de VDAB, invullen en indienen bij de VDAB samen met een bewijsstuk van een specialist die de reden voor arbeidsbeperking bevestigt. Andere bewijsstukken mogen ook extra worden bijgevoegd.</li> <li>2) De VDAB onderzoekt op basis van de bewijsstukken en de gegeven motivatie of men een arbeidshandicap heeft.</li> <li>3) De beslissing van de VDAB wordt per brief bekend gemaakt aan de aanvrager.</li> </ol>
<b>Algemeen attest</b> ATTEST VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP DIE DOOR EEN TE HOOG INKOMEN GEEN RECHT HEBBEN OP EEN IT OF IVT MAAR DOOR DIT ATTEST WEL DE HET RECHT KUNNEN OPENEN OP SOCIALE/FISCALE MAATREGELLEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FOD Sociale Zekerheid</li> <li>• Gemeente/ OCMW</li> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tussen de 21 en 65 jaar zijn.</li> <li>• De Belgische nationaliteit hebben of gelijkgesteld zijn.</li> <li>• Daadwerkelijk in België verblijven.</li> <li>• Erkend zijn als persoon met een handicap (of voldoen aan de medische voorwaarden voor deze erkenning)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Indien men nog niet erkend is als persoon met een handicap dan zal men eerst de formulieren ‘evaluatie van de handicap’ moeten gaan ophalen bij de gemeente/OCMW/ mutualiteit.</li> <li>2) <b>Controle:</b> Een aangeduide arts of een MDT zal het verminderd vermogen van de aanvrager onderzoeken. Extra gegevens kunnen opgevraagd worden indien het nodig geacht wordt, de aanvrager krijgt een maand de tijd om deze gevraagde gegevens te bezorgen.</li> <li>3) In de meest voorkomende gevallen zal er opgeroepen worden tot medische controle. Als de medische gegevens en de informatie bij de aanvraag duidelijk en concreet genoeg is zal men een beslissing nemen op stukken.</li> <li>4) <b>Beslissende/ uitreikende instantie:</b> Directie-Generaal voor Personen met een Handicap. Er zal beslist worden of de aanvrager voldoet aan de minimale voorwaarden voor extra fiscale en sociale maatregelen.</li> </ol>

<p><b>Aanvragen van parkeerkaart voor personen met een handicap</b>          -PARKEREN VOOR ONBEPERKTE DUUR OP PLAATSEN WAAR DE DUUR BEPERKT IS          -PARKEREN OP VOORBEHOUDEN PARKEERPLAATSEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FOD Sociale Zekerheid</li> <li>• Ziekenfonds</li> <li>• OCMW/ gemeente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parkeerkaart is strikt persoonlijk.</li> <li>• Gebruik mag enkel wanneer de titularis vervoerd wordt.</li> </ul> <p>Kunnen een aanvraag indienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen met blijvende invaliditeit van 80% of 50% invaliditeit aan de onderste ledematen.</li> <li>• Personen met blijvende vermindering van de graad van zelfredzaamheid van tenminste 12 punten.</li> <li>• Personen die volledig verlamd zijn aan de bovenste ledematen (of bij wie deze geamputeerd zijn).</li> <li>• Ten minste 2 punten behalen op het criterium 'verplaatsingsmogelijkheden op de schaal van zelfredzaamheid.</li> </ul>	<p>Indien erkend als persoon met handicap bij FOD Sociale Zekerheid:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) De parkeerkaart moet worden aangevraagd bij de Directie-Generaal voor Personen met een handicap dit kan             <ul style="list-style-type: none"> <li>*via het webformulier op de officiële website</li> <li>*per brief gericht aan de Directie-Generaal</li> <li>*telefonisch op het nr. 0800 987 99</li> <li>*via de gemeente of het ziekenfonds</li> </ul> </li> <li>2) Het Directie-Generaal voor Personen met een handicap zal de aanvraag onderzoeken.</li> <li>3) Indien goedgekeurd zal de opdracht gegeven worden om de kaart te laten maken, de nodige foto wordt opgehaald via het Rijksregister.             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Een parkeerkaart kan gelijktijdig met een aanvraag tot erkenning van handicap of tegemoetkoming bij de FOD Sociale Zekerheid worden aangevraagd. Op expliciete vraag wordt de parkeerkaart dan automatisch geleverd.</li> </ul> </li> </ol> <p>Indien men nog niet erkend is als persoon met een handicap bij FOD Sociale Zekerheid zal men eerst de erkenning moeten aanvragen en kan men hierbij expliciet de vraag tot een parkeerkaart vermelden, deze zal dan automatisch worden meegeleverd met de erkenning.</p>
<p><b>verhoogde verzekeringstegemoetkoming (VT)</b>          EEN VOORKEURTARIEF VOOR DE TERUGBETALING VAN GENEESKUNDIGE VERZORGING VOOR PERSONEN MET EEN BEPERKT GEZINSINKOMEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan door iedereen, die kan bewijzen dat men maar over een bescheiden gezinsinkomen beschikt, worden aangevraagd.</li> </ul>	<p>Automatisch recht op basis van een voordeel zonder inkomensonderzoek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De VT kan automatisch worden toegekend door het ziekenfonds wanneer deze op basis van het ontvangen van bepaalde voordelen of het behoren tot een bepaalde categorie weet heeft dat de persoon in kwestie een beperkt inkomen heeft. In enkele gevallen kan ook het inkomensonderzoek van andere instanties de basis zijn voor het automatisch toe kennen.</li> <li>• Het recht wordt geopend vanaf de dag dat men driemaand leefloon of gelijkgestelde steun bereikt of vanaf de dag waarop de IVT/IT effectief toegekend is. De opening van het recht is onmiddellijk geldig tot het</li> </ul>

			<p>einde van het jaar dat volgt op de toekenning van het recht, nadien wordt het jaar na jaar verlengd wanneer er in het vorige jaar voldaan werd aan de voorwaarden.</p> <p>Indien niet automatisch toegekend:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Eén van de gezinsleden ondertekend de aanvraag bij het ziekenfonds. De datum van de aanvraag is een belangrijk element voor het verder verloop van de aanvraag en bepaald de referentieperiode voor het vaststellen van het inkomen.</li> <li>2) Binnen een termijn van 2 maanden moet de aanvrager een volledig en correcte verklaring op eer voorleggen bij het ziekenfonds. Deze verklaring bevat van elk gezinslid de soorten inkomens van toepassing op de referentieperiode met alle nodige inkomstenbewijzen in bijlage toegevoegd en de verklaring op eer en datum ondertekend.</li> <li>3) <b>Controle en berekening van het recht</b> het ziekenfonds controleert de verklaring op eer en berekend op basis van de ontvangen stukken het gezinsinkomen. Als het gezinsinkomen lager is dan de inkomensgrens voor VT zal het recht worden toegekend.</li> </ol>
<p><b>rijbewijs voor personen met verminderde rijvaardigheid</b> EEN RIJGESCHIKTHEIDSATTEST DAT WORDT TOEGEVOEGD AAN HET RIJBEWIJS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CARA</li> </ul>	<p>Voorwaarden en beperkingen worden bepaald aan de hand van de lichamelijke en geestelijke toestand van de aanvrager.</p> <p>Het is verplicht voor mensen die door ziekte of letsel blijvende verminderde mogelijkheden ondervinden bij het besturen van een motorvoertuig om testen af te leggen bij het Centrum voor Rijgeschiktheid en Voertuigaanpassingen (CARA).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Een afspraak maken bij CARA.</li> <li>2) <b>Controle</b> Een team van specialisten (artsen, psychologen en aanpassingsdeskundigen) onderzoekt de rijgeschiktheid.</li> <li>3) <b>Beslissing/uitreiking</b> Indien alle bevindingen gunstig zijn zal het rijgeschiktheidsattest worden afgeleverd.</li> </ol>
<p><b>Maximumfactuur (MAF)</b> FINANCIËLE BESCHERMINGSMAATREGEL, BEPERKT DE MEDISCHE KOSTEN VAN EEN GEZIN TOT EEN PLAFONDBEDRAG</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> <li>• RIZIV</li> </ul>	<p>Sociale MAF voor gezin die behoren tot een sociale categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechthebbende VT, tenzij deze tegemoetkoming wordt toegekend op basis van een IT waarbij de partner een inkomen heeft.</li> </ul>	<p>Sociale MAF: wordt automatisch toegekend op basis van gegevens die het ziekenfonds bij houdt.</p> <p>Inkomen MAF:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Het ziekenfonds zal bijhouden wanneer de drempel van €450 overschreden wordt.</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechthebbende met een tegemoetkoming voor personen met een handicap</li> </ul> <p>Inkomens MAF voor gezinnen die niet behoren tot een sociale categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De drempel van €450 overschreden hebben voor medische kosten (maximaal verschil tussen het wettelijk tarief en de verzekeringstegemoetkoming van het ziekenfonds).</li> </ul>	<p>2) <b>Controle:</b>        Inkomensonderzoek wordt gestart na de overschrijding van de drempel. De inkomensgegevens worden opgevraagd bij de fiscus.        → bijkomend inkomensonderzoek wanneer het RIZIV niet over voldoende gegevens beschikt of in geval van behartingswaardigheid ( de financiële situatie komt niet meer over een met de opgegeven referentie-inkomen).</p> <p>3) <b>Uitreiking:</b>        Op basis van het inkomensonderzoek en de gemaakte kosten zal het ziekenfonds over gaan tot terugbetaling van betaalde remgelden boven de vastgelegde drempel.</p> <p>→ Zorgbehoevende met een erkenning als ‘chronisch zieke’ in de MAF kunnen in de loop van het jaar uit het feitelijke gezin stappen, de drempel wordt dan ook verlaagd naar €350.</p>
<p><b>Statuut chronische aandoening</b>        SPECIAAL STATUUT WAARMEE MEN KAN GENIETEN VAN SPECIFIEKE RECHTEN BINNEN OF BUITEN HET KADER VAN DE VERZEKERING</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op basis van chronisch hoge medische kosten = Gedurende 8 opeenvolgende kalenderkwartalen minstens €300 per kwartaal aan medische kosten uitgeven.</li> <li>• Op basis van het genot van het forfait voor chronische zieken.</li> <li>• Op basis van chronisch medisch hoge kosten en getroffen zijn door een zeldzame ziekte of weesziekte.</li> </ul>	<p>Indien men het recht geniet op basis van chronisch hoge medische kosten of een forfait voor chronische zieken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Automatische toekenning</li> <li>• Steeds voor een bepaald kalenderjaar. Bij de eerste toekenning is dit voor de 2 volgende kalenderjaren nadien telkens verlengd voor 1 kalenderjaar zolang men voldoet aan de voorwaarden.</li> </ul> <p>Indien men het recht geniet op basis van hoge medische kosten en een zeldzame ziekte/weesziekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het statuut zal worden toegekend na indienen van het medisch getuigschrift aan de behandelende geneesheer in het ziekenfonds. Er zal na gegaan worden of er ook aan de chronisch hoge medische kosten voorwaarde voldaan wordt.</li> <li>• Wordt onmiddellijk toegekend voor 5 kalenderjaren.</li> <li>• Om te verlengen moet een nieuwe aanvraag ingediend worden in het laatste kalenderjaar van de vorige toekenning.</li> </ul>

<p><b>Zorgforfait</b> JAARLIJKSE FORFAIT VOOR CHRONISCHE ZIEKEN MET HOGE MEDISCHE KOSTEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoge uitgaven hebben aan gezondheidszorg (drempelbedrag met VT: €365, zonder VT: €450).</li> <li>• Een zekere mate van verlies van zelfredzaamheid. → 3 mogelijke categorieën van zelfredzaamheid en bijhorende bedragen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het ziekenfonds betaald de zorgforfait in principe automatisch aan diegenen die volgens hun gegevens voldoen aan de voorwaarden. → het ziekenfonds is niet altijd op de hoogte van de zelfredzaamheidsscores, indien deze gegevens ontbreken zal men stappen moeten ondernemen waardoor de zelfredzaamheid wordt onderzocht en deze gegevens bekend gemaakt worden aan het ziekenfonds. Dit kan bijvoorbeeld door een IT aan te vragen.</li> </ul>
<p><b>Incontinentieforfait voor zwaar zorgbehoevende/ afhankelijke personen</b> JAARLIJKSE FORFAIT TUSSENKOMST VANUIT DE ZIEKTEVERZEKERING</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> <li>• RIZIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen gebruik maken van de forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie.</li> <li>• Gedurende de laatste 12 maanden minstens 4 maanden een toelating hebben van de behandelende arts voor forfaits voor terugbetaling verpleegkundige zorg ( categorie B en C).</li> <li>• Bij het criterium ‘incontinentie’ minsten 3 of 4 scoren.</li> <li>• Niet verblijven in een verzorgingsinrichting (verblijven in voorzieningen van het VAPH mag wel).</li> <li>• In leven zijn op de laatste dag van de referentieperiode van 12 maand.</li> <li>• Deze forfait kan maar 1 maal per kalenderjaar worden uit gekeerd.</li> </ul>	<p>Automatisch toekend vanaf dat de erkenning voor terugbetaling van verpleegkundige zorg, met een score van minstens 3 of 4 op het criterium ‘incontinentie’ , 4 maanden loopt.</p> <p>Indien niet automatisch toegekend:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Contacteren van het ziekenfonds.</li> <li>2) Controleren of men voldoet aan de voorwaarden door een erkende verpleegkundige. (Het ziekenfonds kan helpen bij het zoeken naar een erkend verpleegkundige)</li> </ol> <p>→ Als een persoon na 12 maanden nog steeds voldoet aan de voorwaarden zal het ziekenfonds opnieuw de betaling uitvoeren.</p> <p>→ Indien men eerder beroep heeft gedaan op de forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie moet er minstens een jaar verstreken zijn voor men beroep kan doen op deze forfait.</p>
<p><b>Forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie</b> JAARLIJKSE FORFAIT VOOR MENSEN DIE NIET VOLDOEN AAN DE VOORWAARDEN VAN ZWAAR BEHOEVENDE INCONTINENTIE FORFAIT MAAR WEL LIJDEN AAN URINE-INCONTINENTIE (LAGER BEDRAG DAN DE ZWAAR BEHOEVENDE FORFAIT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> <li>• RIZIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen gebruik maken van de Incontinentie forfait voor zwaar hulpbehoevende.</li> <li>• Lijden aan een onbehandelbare vorm van urinaire incontinentie.</li> <li>• Niet voldoen aan het afhankelijkheids criterium van de incontinentieforfait voor zwaar zorgbehoevende.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) De huisarts bevestigt dat de rechthebbende lijdt aan onbehandelbare incontinentie door de ‘aanvraag onbehandelbare incontinentie’ in te vullen.</li> <li>2) Deze aanvraag wordt bezorgd aan de adviserende geneesheer die na controle van de aanvraag toestemming verleent van recht voor een periode van 3 jaar.</li> <li>3) De periode gaat in vanaf de ontvangst van de aanvraagdocumenten door het ziekenfonds.</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet verblijven in een verzorgingsinrichting met een ZIV-tussenkost.</li> <li>• Nog geen tegemoetkoming voor autosondage of incontinentiemateriaal (zoals bedoeld in art. 27 van de nomenclatuur) ontvangen hebben.</li> </ul>	→indien de rechthebbende overlijdt tijdens het onderzoek van de aanvraag blijft de tegemoetkoming voor het volgende jaar verschuldigd.
<b>Forfait voor palliatieve thuiszorgpatiënten (Palliatief forfait)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<p>Een palliatieve patiënt is in dit geval:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een persoon die lijdt aan een of meerdere irreversibele aandoeningen</li> <li>• Met een ongunstige evolutie en een ernstige algemene verslechtering van zijn fysieke/psychische toestand</li> <li>• Waarbij therapeutische en revaliderende therapie geen invloed meer hebben</li> <li>• Waarbij de prognose van de aandoening slecht is en het overlijden verwacht wordt op een relatief korte termijn (levensverwachting meer dan 24u en minder dan 3 maand)</li> <li>• Met ernstige noden (fysiek, psychologisch, sociaal en geestelijk) die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen</li> <li>• Met de intentie om thuis te sterven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De behandelende arts stelt de controlerende geneesheer van het ziekenfonds op de hoogte (via het invullen van het typeformulier) van het feit dat zijn patiënt voldoet aan de voorwaarden van palliatieve patiënt en bijkomend voldoet aan minsten 2 van volgende voorwaarden: *Nood heeft aan permanente verzorging en toezicht. *Nood heeft aan minsten 2 specifieke noden uit de lijst: palliatieve medicatie, verzorgingsmateriaal, hulpmiddelen, pijnpomp of spuit aandrijver, dagelijkse psychologische bijstand). *Een score heeft van minsten 3 op alle elementen van KATZ-schaal en dus nood heeft aan verpleegkundige verzorging/toezicht.</li> <li>• Het ziekenfonds zal onmiddellijk na ontvangst van de aanvraag betalen. →Na 30 dagen kan de aanvraag 1 maal vernieuwd worden indien er nog voldaan wordt aan de voorwaarden.</li> </ul>
<b>Forfait voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor thuispatiënten in een persisterende vegetatieve status (PVS-forfait)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<p>Enkel voor personen die thuis verzorgd worden omdat ze hersenbeschadiging hebben opgelopen gevolgd door een coma waar ze niet volledig uit ontwaken en in een persisterende neurovegetatieve status of minimaal responsieve status zijn terecht gekomen.</p> <p>→de aanvraag kan worden ingediend vanaf 1 maand voor de terugkeer in de thuisomgeving tot ten laatste het einde van de 5<sup>de</sup> maand na terugkeer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De verantwoordelijke arts uit het erkende deskundig zieken centrum stelt het ziekenfonds op de hoogte van de situatie en het feit dat de patiënt voldoet aan de voorwaarden. Hij bezorgt de aanvraag aan het ziekenfonds en een kopie ervan aan de huisarts.</li> <li>➔ De medische kennisgeving opent het recht op de tegemoetkoming en op multidisciplinair overleg in de Geïntegreerde Diensten voor Thuiszorg</li> </ul>

<p><b>Forfait voor wie lijdt aan het primaire syndroom van Sjörger</b> TEGEMOETKOMING VOOR PRODUCTEN VOOR OFTALMOLOGISCH GEBRUIK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> <li>• RIZIV</li> </ul>	<p>Minstens 4 van de criteria moeten vervuld zijn ( waarvan 2 verplicht):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomen van droge ogen</li> <li>• Symptomen van droge mond</li> <li>• Objectieve tekens van droge ogen (Schirmer kleiner of gelijk aan 5 en Lissamine groen groter of gelijk aan 4)</li> <li>• Objectieve tekens van droge mond (speekselflux kleiner dan 0,1 ml/min of afwijkende speekselklierscintigrafie, of afwijkende parotiskliersialografie)</li> <li>• Focale lymfocyttaire speekselklierontsteking met focusscore groter dan of gelijk aan 1 (verplicht)</li> <li>• Aanwezigheid van Anti-SS-A en/of Anti-SS-B (verplicht)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een geneesheer specialist in de reumatologie moet een verklaring geven dat de rechthebbende voldoet aan de voorwaarden.</li> <li>• Na voorlegging van deze verklaring zal het ziekenfonds de uitkering toekennen.</li> </ul>
<p><b>Forfaitaire tegemoetkoming voor coeliakiepatiënten</b> TEGEMOETKOMING VOOR KOSTEN VOOR BIJZONDERE (GLUTENVRIJE) VOEDING</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Getroffen zijn door coeliakie of dermatitis herpetiformis.</li> <li>• Gezondheidstoestand moet bijzondere een aangepaste voeding vereisen.</li> <li>• De diagnose moet op histologische en serologische testen gebaseerd zijn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een specifiek formulier moet ingevuld worden door de geneesheer-specialist gastro-enterologie, dermatologie, inwendige geneeskunde of kindergeneeskunde en samen met een geneeskundig rapport opgestuurd worden naar het ziekenfonds.</li> <li>➔ De tegemoetkoming is steeds geldig voor 2 jaar en kan verlengd worden.</li> </ul>
<p><b>forfait voor patiënten met chronische wonden</b> TEGEMOETKOMING VOOR GEBRUIK VAN WELBEPAALE ACTIEVE VERBANDMIDDELEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het hebben van een bepaalde welomschreven wonden die na 6 weken behandeling onvoldoende geheeld zijn.</li> <li>• Of op verklaring van een specialist dermato-venereologie dat actieve verbandmiddelen het enige therapeutisch alternatief vormen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De behandelende geneesheer moet een kennisgeving geven aan de adviserende geneesheer van het ziekenfonds waarin hij verklaart dat : *De rechthebbende lijdt aan een chronische wonde die na 6 weken klassieke behandeling niet voldoende geheeld is. *De rechthebbende lijdt aan een aandoening die is opgenomen in de lijst voor de tegemoetkoming. ➔De kennisgeving is 3 maanden geldig en kan tot 3 maal verlengd worden.</li> </ul>
<p><b>Palliatief statuut</b> HET WEG VALLEN VAN HET PERSOONLIJK AANDEEL OP HET HONORARIUM VAN HUISARTSBEZOEKEN</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voor personen die lijden aan een of meerdere irreversibele aandoeningen.</li> <li>• Ongunstige evolutie van de aandoening met een ernstige algemene verslechtering van de fysieke/psychische toestand.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De behandelende geneesheer stuurt een specifiek formulier op naar de adviserende geneesheer van het ziekenfonds.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapeutische ingrepen of revaliderende therapie hebben geen invloed meer op aandoening.</li> <li>• De prognose van de aandoening is slecht en de levensverwachting wordt geschat tussen de 24u en 3 maand.</li> <li>• Nood aan belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet om te beantwoorden aan de ernstige fysieke/mentale/sociale/psychologische noden.</li> </ul>	
<b>Zorgtraject patiënten chronische nierinsufficiëntie</b> VERBINTENIS TUSSEN DE PATIËNT, DE BEHANDELLENDE HUISARTS EN DE BEHANDELLENDE SPECIALIST NEFROLOOG <b>→zorg op maat, volledige terugbetaling van consultaties en nauwere betrokkenheid bij de behandeling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> <li>• Huisarts en specialist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minsten 18 jaar</li> <li>• Lijden aan chronische nierinsufficiëntie in een ernstig stadium of met een proteïnurie van meer dan 1g/dag.</li> <li>• Niet in nierdialyse zijn.</li> <li>• Geen transplantatie ondergaan.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) De huisarts stelt in overleg het zorgtrajectcontract op.</li> <li>2) Alle betrokken partijen ondertekenen het contract.</li> <li>3) Een kopie van het contract wordt door de huisarts bezorgd aan het ziekenfonds.</li> <li>4) De adviserende arts van het ziekenfonds geeft melding wanneer het traject ingaat.</li> </ol>
<b>Tegemoetkoming voor analgetica voor chronische pijnpatiënten</b> <b>tegemoetkoming voor bepaalde pijnstillers uit categorie D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> <li>• RIZIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De pijnstiller staat op de lijst van het RIZIV</li> <li>• De persoon lijdt aan kanker, chronische artritis/artrosepijn, neurogene of neuropathische pijn van centrale of perifere oorsprong, perifere vasculaire pijn, postchirurgische pijn of fybromyalgie.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) De behandelende arts moet de tegemoetkoming aanvragen bij het ziekenfonds via het modelformulier.</li> <li>2) Bij het modelformulier moet bijgesloten worden:            *Verklaring dat de patiënt voldoet aan de voorwaarden.            *Dat het medisch verslag ter beschikking zal gehouden worden voor de adviserende geneesheer en dat in dit verslag wordt aangetoond dat de patiënt aanhoudende chronische pijn vertoont die na optimale curatieve behandeling aanhoudt gedurende 6 maanden of dat die aanhoudt na de curatieve behandeling van een ziektebeeld van maligne chronische pijn.</li> <li>3) De tegemoetkoming wordt toegekend voor een jaar (na controle van de voorwaarden) en wordt nadien automatisch verlengd (max. 60 maanden).</li> </ol>

<p><b>Bijzonder Solidariteitsfonds (BZF)</b> BIJKOMEND VANGNET NAAST DE 'GEWONE' DEKKING VAN DE ZIEKTEVERZEKERING</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenfonds</li> <li>• BSF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanvraag moet betrekking hebben op een geneeskundige verstrekking.</li> <li>• Er mag geen enkele Belgische of buitenlandse verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de vergoeding voorzien</li> <li>• Vooraf je rechten hebt doen gelden met toepassing van de Belgische, buitenlandse, supranationale wetgeving of krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst →alle andere mogelijkheden moeten eerst uitgeput zijn.</li> <li>• Verkeren in een van onderstaande gevallen: <ul style="list-style-type: none"> <li>*geval van zeldzame indicatie</li> <li>*geval van zeldzame aandoening</li> <li>*geval van zeldzame aandoening die continue en complexe verzorging vereist</li> <li>*aanvraag heeft betrekking op medische hulpmiddelen en/of verstrekking die innovatieve medische technieken zijn ( behalve geneesmiddelen)</li> <li>*geval van in het buitenland verleende verzorging</li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) De aanvraag moet ingediend worden bij de adviserende geneesheer van het ziekenfonds op een manier waarbij de datum van indiening met zekerheid kan worden vastgesteld (bijv. aangetekende brief). Dit moet binnen een termijn van 3 jaar te rekenen vanaf de verstrekking van de zorg. →de adviserende geneesheer kan ook zelf initiatief nemen om de aanvraag te starten.</li> <li>2) De aanvraag moet volgende stukken bevatten: <ul style="list-style-type: none"> <li>*Een gedagtekend inleidingsblad, dit zal binnen de 30 dagen worden voorgelegd aan het college van geneesheren-directeurs door de adviserende geneesheer.</li> <li>*Een doktersvoorschrift van e geneesheer-specialist.</li> <li>*Een omstandig medisch verslag waaruit kan worden opgemaakt dat er aan de voorwaarden voldaan wordt.</li> <li>*Een recente verklaring op eren dat 1) bevestigt dat alle andere mogelijkheden hebt uitgeput (zie voorwaarden) 2)bevestigt dat je op de hoogte bent dat een verlening van een toestemming tot een behandeling in het buitenland door het ziekenfonds niet van rechtswegen het recht opent tot een tegemoetkoming bij het BSF 3)het bedrag meedeelt ten belope waarvan je je rechten op basis van van andere rechten kan doen gelden 4)bepaald of je de vergoeding zelf zal ontvangen of een begunstigde aanduidt.</li> <li>*Een gedetailleerde factuur of een omstandig bestek, gedateerd en opgemaakt in naam van de rechthebbende.</li> <li>*Een door de rechthebbende ondertekende kopie van zijn schriftelijke toestemming op een standaarddocument de inlichtingen betreffende de door de voorschrijvende arts verzamelde en geregistreerde gegevens om pertinentie van de tegemoetkoming te evalueren</li> <li>*Voor ingevoerde geneesmiddelen, de prijs buiten bedrijf toegepast in het land waaruit ze worden ingevoerd.</li> </ul> </li> </ol>
---	--	--	---

			<p>3) De adviserende geneesheer zal de aanvraag controleren en eventueel ontbrekende stukken verzamelen. Nadien zal hij zijn advies en het inlichtingenblad voorleggen aan het College van Geneesheren-directeurs binnen een termijn van 30 dagen (te rekenen vanaf de dag na het indienen van de aanvraag door de rechthebbende).</p> <p>4) <b>Controle:</b> Het College van geneesheren-directeurs zal de aanvraag verwerken en beoordelen. Er kunnen aanvullende inlichtingen gevraagd worden, er wordt nooit opgeroepen tot een medische controle.</p> <p>5) <b>Beslissing/uitreiking:</b> Er moet een beslissing genomen worden binnen de 3 maanden, enkel aanvragen waarvoor aanvullende inlichtingen zijn gevraagd kunnen op een ruimere periode behandeld worden. Het secretariaat van het College van Geneesheren-directeurs deelt de beslissing mee aan de medische directie van het ziekenfonds. De medische directie zal vervolgens de lokale vestiging op de hoogte brengen, die vervolgens de rechthebbende contacteert.</p>
<b>Financiële steun van het OCMW</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OCMW</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In geldnood zijn door hoog oplopende medische kosten</li> </ul> <p>→ sommige OCMW 's hanteren de inkomensgrens van het leefloon als standaard maar dit is eigenlijk niet correct aangezien de verhouding tussen het inkomen en de medische kosten uit verhouding kunnen zijn en iedereen recht heeft op financieel onderzoek waarbij deze verhoudingen bekeken worden.</p>	<p>1) Aanvraag indienen bij het voor de woonplaats verantwoordelijke OCMW. Hierbij moet men ook alle onkostenbewijzen en inkomensbewijzen kunnen voorleggen.</p> <p>2) Het OCMW is verplicht de vraag schriftelijk en gemotiveerd te beantwoorden.</p>
<b>Kankerfonds 'Kom op tegen kanker'</b> FINANCIËLE STEUN VOOR KOSTEN SPECIFIEK VEROORZAAKT DOOR EEN KANKERAANDOENING	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kom Op Tegen Kanker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het Equivalent Inkomen (EI) van het gezin mag de gestelde grenzen niet overschrijden.</li> <li>• Er moet een minimum zijn aan gemaakte medische kosten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een hulpverlener dient een aanvraag in via de officiële website van Kom Op Tegen Kanker. Hiervoor heeft men nood aan een wachtwoord.</li> </ul> <p>→ Kom Op Tegen Kanker is een privaat fonds, de steun wordt rechtstreeks betaald aan de rechthebbende of aangeduide begunstigde</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanvraag moet gebeuren voor het overlijden van de rechthebbende.</li> <li>• Gedomicilieerd in Vlaanderen</li> <li>• Behandeling moet in België gebeuren</li> </ul>	
<b>Stichting Tegen Kanker (STK)</b> FINANCIËLE STEUN VOOR MEDISCHE EN NIET-MEDISCHE KOSTEN TEN GEVOLGE VAN EEN KANKERAANDOENING	<ul style="list-style-type: none"> <li>• STK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle andere mogelijke instanties voor financiële steun moeten gecontacteerd zijn alvorens zicht te wenden tot het STK.</li> <li>• Gedomicilieerd in België.</li> <li>• Behandeling in België.</li> <li>• In orde zijn met de verplichte verzekering bij een Belgische mutualiteit.</li> <li>• Het netto gezinsinkomen mag de bepaalde bovengrens niet overschrijden.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Via een link op de officiële website kunnen maatschappelijke assistenten zich registreren en aanvragen indienen (voor maatschappelijke assistenten met beperkte toegang tot internet is er een papieren versie beschikbaar).</li> <li>2) Een dossier moet worden opgesteld met daarin: <ul style="list-style-type: none"> <li>*Een uittreksel uit het rijksregister met de gezinssamenstelling.</li> <li>*Een medisch attest, ondertekend door de behandelende (specialist)arts.</li> <li>*Kopie van de bankkaart of een attest van de bank op naam van de rechthebbende.</li> <li>*Inkomensbewijs/loonbrief.</li> <li>*Kopie van de ID-kaart.</li> <li>*Bewijsstukken van gemaakte kosten.</li> <li>*in geval van schulden: een attest van de erkende schuldbemiddelaar.</li> </ul> </li> <li>3) Het hele dossier met al het bewijsmateriaal dient ter beschikking te staan van het STK en bewaart te worden op de aanvragende dienst, tot na de ontvangst van de beslissing.</li> <li>4) Het medisch attest, uittreksel van het rijksregister en de kopie van de bankkaart dienen opgestuurd te worden naar de stichting.</li> <li>5) Er wordt door het STK een objectieve en individuele analyse gemaakt van het dossier.</li> </ol>
<b>Toiletpas</b> TOEGANG EN VOORRANG TOT GRATIS GEBRUIK VAN SANITAIRE VOORZIENINGEN IN HORECABEDRIJVEN EN WINKELS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crohn- en Colitis Ulcerosa vereniging vzw</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lijden aan een chronische darmziekte.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Het aanvraagformulier is terug te vinden op de officiële website van de Crohn- en Colitis Ulcerosa Vereniging vzw.</li> <li>2) Het aanvraagformulier samen met een medisch attest dat ondertekend is door de behandelende arts en de aanvrager bezorgen aan de vereniging.</li> <li>3) Het facilitair document wordt uitgereikt door de vereniging. En zal worden opgestuurd na betaling van €10 voor niet leden en zij die geen lid wensen te worden van de vereniging en €3 voor leden.</li> </ol>

<p><b>Dienst ondersteuningsplan (DOP) en rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) bij het VAPH</b>  DOP: BEGELEIDING IN HET ZOEKEN NAAR DE BESTE ONDERSTEUNING  RTH: BEGELEIDING VOOR KORTE PERIODES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VAPH</li> <li>• Eventueel maatschappelijke dienst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jonger zijn dan 65 jaar.</li> <li>• Verblijven in België.</li> <li>• Er moet minstens een vermoeden van handicap zijn.</li> <li>• Nog geen gebruik gemaakt van een voorziening of dienst van het VAPH.</li> <li>• Geen gebruik van Persoonlijk Assistentie Budget of Persoonsgebonden Budget</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deze twee ondersteuningsvormen zijn rechtstreeks toegankelijk, het volstaat om contact op te nemen met de bevoegde dienst.</li> <li>• DOP is gratis, RTH wordt deels betaald door het VAPH en deels door de aanvrager zelf (afhankelijk van de noodzaak).</li> </ul>
<p><b>Mantelzorgpremie</b>  GEMEENTELIJKE PREMIE VOOR MANTELZORGERS  → kan ook voorkomen onder een andere naam of toegespitst op een bepaalde subgroep van mantelzorgers afhankelijk van de gemeente.  (cijfers en info afkomstig uit: 'Ziekenzorg maakt een stand van zaken 2012: een mantelzorgpremie in elke gemeente', CM 2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemeente</li> <li>• Eventueel via maatschappelijke dienst OCMW/ Ziekenfonds</li> </ul>	<p>In 2010 voorzagen 252 gemeenten een mantelzorgpremie of een gelijkaardig premie gericht op mantelzorg. Zij stellen elk hun eigen voorwaarden en bedragen vast.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een groot deel van de gemeenten (77% in 2010) vraagt een bepaalde mate van vermindering van de zelfredzaamheid.</li> <li>• Meestal moet minstens ofwel de zorg verlenende of de zorgbehoevende in de uitreikende gemeente wonen.</li> </ul>	<p>De aanvraag procedure wordt door de gemeente zelf bepaald en verloopt dus verschillen afhankelijk van de gemeente waar men de aanvraag doet.</p>
<p><b>Zorgvergoeding voor mantel- en thuiszorg</b>  TEGEMOETKOMING VOOR ZORGBEHOEVENDE DIE HULP KRIJGEN VAN NAASTEN.  WORDT OOK WEL EENS 'DE MANTELPREMIE' GENOEMD.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vlaamse Zorgkas</li> <li>• Ziekenfonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernstig en langdurig zorgbehoevend zijn ( dit kan bewezen worden door verschillende attesten of door het laten uitvoeren van een indicatiestelling).</li> <li>• Gedurende minstens 5 jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel gewoond hebben of ononderbroken sociaal verzekerd zijn in een EU/EER-lidstaat.</li> <li>• Op datum van de aanvraag alle verschuldigde bijdragen betaald hebben.</li> <li>• De aanvraag mag maar bij 1 zorgkas zijn ingediend.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De aanvraag moet gebeuren bij de ziekenkas waarbij de zorgbehoevende is aangesloten. De aanvraagformulieren voor 'aanvraag van een tegemoetkoming voor mantel- en thuiszorg' zijn beschikbaar via de ziekenfondsen, hun websites of via de officiële websites van de zorgverzekering (zorgverzekering.be of vlaamsezorgverzekering.be).</li> <li>• Men kan vrijblijvend de mantelzorger registreren via het formulier 'aanvraag tot registratie als mantelzorger'. Dit heeft geen effect op de tegemoetkomingsaanvraag maar is een belangrijk instrument om relevante gegevens over mantelzorgers te verzamelen.</li> <li>• <b>Controle:</b>  De zorgkas kijkt na of er aan alle voorwaarden voldaan is. Indien er geen geldig attest ter beschikking is zal men indicatieverslag laten opmaken en langs gaan bij de zorgbehoevende.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Beslissende/uitreikende instantie:</b> Er moet een beslissing genomen worden binnen een termijn van 60 dagen. De beslissing wordt schriftelijk bezorgd aan de zorgbehoevende of een aangeduide vertegenwoordiger.</li><li>• Het bedrag wordt uitbetaald op de rekening van de zorgbehoevende.</li><li>• De vergoeding is geldig zo lang men erkend is als zorgbehoevend, m.a.w zolang het attest waarop de aanvraag gebaseerd is geldig is.</li></ul>
--	--	--	--

## Bijlage 2: Verslagen respondenten-interviews

---

*Annemie*

Leeftijd: 35  
Geslacht: Vrouw  
Lijdt aan: ziekte van Beçhet en syndroom van Marfan  
Beroep: projectmedewerker bij een overheidsdienst  
Gezinssituatie: getrouwd, met een dochter  
Grootste inkomensbron: eigen loon en aanvullende uitkering  
Administratieve vaardigheid: goed  
Digitale vaardigheid: zeer goed

### **Informatie**

Annemie is erkend als invalide maar wou toch nog graag werken, ze zegt dat het in het begin zeer moeilijk was om informatie te vinden over welke mogelijkheden ze had om toch te gaan werken. Haar aanvoelen is dat er veel mensen wel vaag iets weten over een regeling maar vaak niet genoeg om echt mee verder te kunnen. De verschillende bronnen spraken elkaar soms ook tegen. Ze vindt het idee van Maggie De Block om chronische zieken zoveel mogelijk terug aan het werk te zetten zeer goed, naar haar mening is er vooral nood aan 1 duidelijk aanspreekpunt waar de mogelijke regelingen gekend zijn en goed uitgelegd kunnen worden zodat geïnteresseerden goed op de hoogte zijn en niet ontmoedigd worden door de vage informatie. *“Ik kan mij inbeelden dat het een rem kan zijn voor personen die zeggen van dat is allemaal zo raar en vaag en ik weet het niet goed.”*. Zelf heeft ze de nodige informatie gevonden bij het OCMW.

Ondertussen weet Annemie al heel goed waar ze op moet letten en waar ze moet zijn voor welke vraag. Ze zegt wel dat er naar haar mening veel vanuit de persoon zelf verlangd wordt in het zoeken naar informatie. Als ze iets nodig heeft belt of mailt ze gemakkelijk naar de bevoegde dienst. Ze zegt wel dat het moeilijk communiceren is met de Directie Generaal voor personen met een Handicap van de FOD Sociale Zekerheid. Ze heeft het gevoel dat ze er nogal kort van stof zijn in hun antwoorden en dat ze niets doen met de meldingen die gemaakt worden. Zo heeft ze al meerdere keren gemeld dat ze zich online niet kan inloggen op de website via haar eID, wat vreemd is aangezien ze hier dagelijks meewerkt in het kader van haar job, maar ze hebben haar nog nooit een oplossing gegeven of geprobeerd om er iets aan te doen.

## Indienen aanvragen

Om verlof op te kunnen nemen moet Annemie dit zowel intern als met de mutualiteit regelen aangezien beiden een deel van haar inkomen betalen. De mutualiteit moet op de hoogte gesteld worden en haar werkgever moet enkele gegevens doorgeven aan de mutualiteit. Dit zou automatisch moeten gebeuren maar haar ervaring is dat hier gemakkelijk fouten in sluipen. Haar bijgepaste uitkering van het ziektefonds wordt maandelijks berekend op basis van haar brutoloon. Wie in de private sector werd moet het aantal verlof dagen bij opgeven zodat deze kunnen meegenomen worden in de berekening maar in de publieke sector worden deze verlofdagen al berekend in het brutoloon en zou een verdere verrekening betekenen dat deze dubbel worden afgetrokken. In het verleden is deze fout al eens gemaakt en heeft ze problemen gehad om deze terug recht te zetten.

Annemie zegt dat het deze kleine details zijn die voor de administratieve last zorgen en die het zowel voor de verwerkende diensten als haarzelf moeilijk maken. Ze is voorstander van een vaste persoon die met haar dossier bezig is, zowel bij de eigen personeelsdienst als bij het ziekenfonds, omdat deze dan beter op de hoogte zou zijn van deze zaken en er dus meer geanticipeerd kan worden. Ze vindt het ook een beetje vreemd dat de standaard reactie niet is om eerst te checken in welke sector ze werkt aangezien het toch een duidelijk verschil maakt voor de verwerking. Naar haar mening zouden de sociale assistenten een soort checklist moeten hebben met de zaken waar aandacht aan gegeven moet worden of die gecontroleerd moeten worden.

Het formulier dat haar werkgever maandelijks moet doorgeven aan het ziekenfonds is volgens haar ook grotendeels onnodig. Het enige dat het ziekenfonds wilt weten is het brutoloon dat ze die maand verdiend heeft, dit is het enige dat wordt ingevuld op een volledig formulier waarvan de andere vragen dus leeg gelaten worden. *“Dus heel dat formulier waar je misschien 25 stippenlijnen hebt waar je van alles op zou moeten invullen daar wordt 1 cijfer opgezet en dat wordt verstuurd naar het ziekenfonds en dat is het.”*

Sinds kort is haar vaste werkplaats haar thuis, hierdoor heeft ze nood aan enkele aanpassingen aan haar werkkamer. Ze was al erkend als arbeidsgehandicapt en heeft dus een aanvraag gedaan voor een tussenkomst voor arbeidspostaanpassing bij de VDAB, de aanpassing hield de aankoop van een ergonomische bureau en bureaustoel in. Door haar erkenning wist ze dat deze maatregel bestond, ze heeft een mail gestuurd naar de VDAB om te vragen hoe ze deze aanvraag moest starten. Het aanvraagformulier is op de VDAB-website terug te vinden in pdf-formaat, ze heeft dit afgedrukt ingevuld en weer in gescand. Het formulier bestond voornamelijk uit het motiveren van waarom ze nood had aan de aanpassingen en wat de aanpassing inhield (het soort model van stoel en bureau dus).



## Controle

Voor haar aanvraag voor arbeidspostaanpassing is er iemand van de VDAB langs gekomen bij haar thuis om haar werkruimte en noden te komen bekijken. De aanvraag voor haar bureaustoel is goedgekeurd maar die voor de bureau zelf niet. De reden die hier voor gegeven werd was dat de bureau niet alleen daar haar gebruikt zou worden omdat ze had gezegd dat haar man 's avonds ook al eens gebruik maakt van haar werkruimte. *“Ik vond dat een beetje absurd dus volgens mij hebben ze gewoon bij de VDAB ook richtlijnen dat ze moeten besparen en dat ze gewoon ergens een reden gevonden hebben om te besparen maar ok.”*

Voor de aanvraag van de ergonomische stoel ontving ze enkele dagen na de controle een extra formulier waarin ze een tweede keer moest aanduiden over welk model het nu juist ging en wat haar motivatie was. Dit laatste formulier moest ook door haar specialist ondertekend worden, dit was echter een probleem aangezien ze niet direct een afspraak had. Ondertussen ligt het laatste formulier nog bij de specialist ter ondertekening maar is de stoel al reeds aangekomen en terugbetaald. Ze vraagt zich dus af wat het nut is van deze tweede motivatie. Ze begrijpt wel dat er een budget wordt vrij gemaakt voor een aankoop en dat men dus zeker wilt zijn dat het een goede en nodige aankoop is en dat er geen onnodige kosten worden gedaan maar gezien wat er vooraf gaat aan dit laatste formulier vindt ze dit vrij overbodig.

Een andere zaak waar ze zeer duidelijk het nut niet van inzag en mee verveeld zat was dat ze maandelijks bij haar huisdokter op controle moet gaan en een bewijs van haar ziekte moet vragen om intern in te dienen. Ze is erkend als invalide bij het ziekenfonds en wordt hier voor regelmatig op controle geroepen maar haar werkgever vraagt een maandelijks bewijs van de huisarts. *“...maar eigenlijk is dat al overkoepelend door het ziekenfonds ook al eens vastgelegd en die zeggen van ‘u bent invalide’. Ik heb daar een attest van. Dus dat zijn zo dubbele dingen die eigenlijk niet zo nodig zijn.”* Ze is van mening dat de extra controle ook kosten meebrengt voor de maatschappij aangezien de doktersvisites terug betaald worden door de ziektekas. Momenteel heeft ze kunnen zorgen dat de attesten van de dokter voor een langere periode dan een maand geldig zijn. Ze benadrukt wel dat ze buiten dit ongemak zeer tevreden is over de flexibiliteit en omgang van haar werkgever met haar situatie.

De controles waarvoor ze wordt opgeroepen in het kader van haar invaliditeit en andere aanvragen bereidt ze steeds goed voor. Ze maakt hierbij wel de opmerking dat ze bij het invullen van het medisch luik door de specialist of huisarts merkt dat deze dit na verloop van tijd beu is en daardoor weinig gedetailleerd neerschrijft. De specialist gaat ervan uit dat de controlerende geneesheer op de hoogte is van de bij horende symptomen en gevolgen van haar syndroom maar zelf heeft ze al gemerkt dat dit in de realiteit niet altijd het geval is. Ze merkt ook dat de controlerende artsen de dossiers amper bekijken en dat het zeer moeilijk is om haar ziektebeeld, dat

vrij complex is, op een kwartier uit te leggen. *“Terwijl ge daar zit krijg je dan 10 min om een aantal dingen uit te leggen terwijl dat al veel te complex is en er veel meer instaat.”*

Voor haar erkenning als persoon met een handicap bij de FOD Sociale Zekerheid heeft ze zelf het onderdeel over de zelfredzaamheid ingevuld. Over de controle is ze weinig positief, zoals eerder vermeld heeft ze problemen met het feit dat ze zelf veel moeite doet om haar dossier in orde te hebben en dat er dan amper naar gekeken wordt. *“...voor u is het heel belangrijk, je zit daar echt aan te werken. Ik weet dat ik daar een hele week 's avonds mee bezig ben geweest om dat goed in te vullen. Dan kom je daar en dan merk je van die heeft daar niet eens naar gekeken. .... Ge zit daar als persoon en voor u is die uitkomst wel belangrijk en dat is zo precies alsof er iemand er gauw naar kijkt en natte vinger werk bijna. Dat vind ik wel wat respectloos.’*

### **Verdere opvolging**

Zoals eerder vermeld is Annemie voorstander van 1 contactpersoon te hebben binnen een dienst, zeker binnen de personeelsdienst en mutualiteit, die bekend is met haar dossier en situatie. Naar haar mening verloopt het over het algemeen vlot maar zijn het kleine vergissingen die zorgen voor een grote last. Door een vaste persoon te hebben zou deze weten waar op gelet moet worden, Annemie zegt zelf een interne checklist te hebben ontwikkeld door ervaring van alle fouten die in het verleden gebeurd zijn en waar ze dus nu extra aandachtig voor is. Daarnaast heeft ze het moeilijk om steeds aan nieuwe mensen haar situatie te moeten uitleggen of wanneer er iets is fout gelopen van in het begin alles te moeten vertellen voor ze haar vraag kan stellen of geholpen kan worden.

### **Werken en chronisch ziek zijn**

Ze is zeer tevreden over de huidige regeling die ze nu heeft en over de manier waarop er intern door haar werkgever mee omgegaan wordt. Ze is van in het begin eerlijk geweest over haar situatie en heeft ook meteen gewaarschuwd dat er waarschijnlijk ook voor de personeelsdienst extra administratieve last zou bij komen. Naast de extra administratie voor haar werkgever zijn er ook enkele praktische zaken die ze samen hebben kunnen vastleggen, zo werkt ze halftijds en voornamelijk van thuis uit, ook vermijdt ze zoveel mogelijk verplaatsingen.

Ze zegt wel dat het opvolgen van haar loon en de bijhorende administratie veel werk inhouden voor haarzelf. *“Ik vind dat als je als chronische zieke werkt dat je er eigenlijk een job bij krijgt en dat is administratie en dat is echt wel zo.”* Het zijn volgens haar niet de aanvragen die veel moeite vragen want eens dat die ingediend zijn en in verwerking is het naar haar mening vooral wachten. Het is voornamelijk het constante opvolgen van de berekeningen en gezette parameters en het alert zijn op mogelijke vergissingen die het zwaar maken. Ze zegt hier toch enkele uren per week mee bezig te zijn.

Ze heeft een jaar in de private sector gewerkt maar omdat ze merkte dat ze een voltijdse baan niet meer aankon en nog weinig weet had van de mogelijke regelingen heeft ze ontslag genomen. Na een gesprek met de VDAB werd ze aangeraden om een job te zoeken in de publieke sector omdat er volgens hen daar meer rekening werd gehouden met beperkingen en meer mogelijkheden waren. Ze zegt wel dat het soms een contradictie is om als zieken te blijven werken want ze moet zowel bewijzen dat ze ziek genoeg is om recht te hebben op haar huidige regeling maar ze moet aan de andere kant ook bewijzen dat ze fit genoeg is om te kunnen werken.

Haar huidige regeling is een eigen brutoloon met bij passing van een ziekte-uitkering. Bij het OCMW heeft men haar gezegd dat deze regeling niet gepromoot of sterk bekend wordt gemaakt om misbruik te vermijden. Ze begrijpt dit wel aangezien ze nu iets meer verdient dan moest ze enkel een uitkering krijgen, ze ziet dit extra als een beloning voor het feit dat ze toch inspanningen doet om te blijven werken. Ze heeft er dus geen probleem mee dat deze regeling niet wijdt verspreid wordt maar vindt wel dat er iets meer duidelijkheid mag zijn over het bestaan ervan zodat mensen in een gelijkaardige situatie als zij makkelijker hun weg vinden en niet ontmoedigd worden door gebrek aan informatie.

## Amber

Leeftijd: 24  
Geslacht: Vrouw  
Lijdt aan: Syndroom van Asperger  
Behaalde diploma's: 7<sup>de</sup> jaar Kantoor en certificaat schoonheidsspecialiste  
Gezinssituatie: woont thuis  
Grootste inkomensbron: Integratie Tegemoetkoming en Inkomensvervangende Tegemoetkoming  
Administratieve vaardigheid: gemiddeld, vertrouwt veel op haar moeder  
Digitale vaardigheid: goed  
Aanwezigheid tijdens het gesprek: Haar moeder, Ruth

### Informatie

Amber zegt dat ze heel blij is dat ze op haar moeder kan steunen omdat ze zich anders serieus overweldigd zou voelen, *“Moest ik er alleen voor staan, ik zou dat echt niet gekund hebben.”*. Ze vindt dat het systeem bij de FOD Sociale Zekerheid niet goed in elkaar zit en dat de verstuurde brieven veel te veel informatie opvragen waardoor ze zich vaak vragen stellen bij het invullen of verzamelen van de nodige informatie. Haar moeder vult aan dat ze veel rondbelt met vragen en dat ze zelfs dan moeite heeft om begrijpbare en correcte informatie te krijgen. Ze geeft als voorbeeld een interactie met een netwerkdienst voor het sociaal tarief voor telefoon te verkrijgen, ze heeft hier voor meerdere keren gebeld en ze moest verschillende zaken in orde maken voor ze in aanmerking

kwam. Ze heeft alles gedaan wat ze haar vroegen en bij haar laatste gesprek had ze iemand die zeer behulpzaam was maar die haar spijtig genoeg moest zeggen dat ze niet voldeed aan de voorwaarden omdat haar inkomen te hoog was. Ze vond dit vooral verwarrend omdat deze inkomensvoorwaarde nergens vermeld werd en omdat er op de beslissing van de FOD Sociale Zaken duidelijk stond aangegeven dat ze door haar tegemoetkoming ook recht had op sociaal tarief voor telefoon.

Zowel Amber als haar moeder zijn overtuigd dat als men niet op komt voor zichzelf of niet mondig genoeg is dat men dan veel zaken niet gedaan krijgt. Bijna in elk verhaal over een aanvraag moet Ruth contact opnemen met de bevoegde dienst ofwel met vragen ofwel om te zeggen dat er een fout is gemaakt. Ze zegt dat het zeer moeilijk is om binnen te geraken bij de call centers en dat ze er vaak ook geen bruikbaar antwoord kan krijgen. Ze herinnert zich dat ze ooit echt gefrustreerd was met de bereikbaarheid van een dienst onder de bevoegdheid van Jo Vandeurzen en dat ze toen een brief heeft geschreven naar de minister om dit aan te kaarten. Ze noemt de FOD Sociale Zekerheid als een van de moeilijkste diensten om binnen te geraken en antwoorden te krijgen.

Ze maken geen gebruik van een sociale dienst bij de mutualiteit of bij de gemeente en op de vraag waarom niet antwoorden ze dat ze niet zouden weten wat deze meer zou kunnen doen voor hen. Als tweede reden zeggen ze ook dat ze het moeilijk zouden hebben om een andere persoon te vertrouwen op dit gebied omdat ze uit ervaring weten dat er een grote alertheid nodig is. Ze hebben wel 3 jaar thuisbegeleiding gehad via de organisatie Tanderuis vzw. Dit hield in dat er iemand regelmatig bij hen langskwam en bijstond in zowel de administratieve zaken als persoonlijke zaken, zo ging deze persoon bijvoorbeeld mee als Amber examens moest afleggen voor haar certificaat schoonheidsverzorging. Het was deze begeleidster die hen vaak aanbevelingen deed voor bepaalde zaken aan te vragen, ze deden de aanvraag dan wel zelf. Deze hulp werd door allebei zeer geapprecieerd.

### **Indienen van aanvragen**

Toen Amber 21 werd en ze geen recht meer had op kinderbijslag werd haar aangeraden door het kinderbijslagfonds om een IT aan te vragen. Ruth is de aanvraag gaan indienen bij de gemeente, ze zei dat dit geen probleem was en dat de instructies voor het invullen van de formulieren begrijpelijk uitgeschreven stonden op de papieren. Ze zei wel dat haar huisarts enkele moeilijkheden ondervond met het invullen van de zelfredzaamheid en dat er hier achteraf een fout bleek te zijn gemaakt. Ze vond het zelf ook moeilijk om de zelfredzaamheid in te vullen aangezien Amber veel zelf kan maar dat het bepaalde situaties zijn die haar belemmeren. Zo kan ze bijvoorbeeld wel naar de winkel gaan zolang dat er iemand bij is als mentale houvast, dit op een goede manier opschrijven en een score geven was zeer moeilijk.

Wanneer men een IT ontvangt kan men ook beroep doen op andere sociale rechten zoals het sociaal tarief, deze zaken worden vermeld op de beslissingsbrief van De FOD Sociale Zaken. De meeste van deze zaken worden gebaseerd op de gegevens van de FOD automatisch toegekend, voor de vermindering op het watertarief was dit echter niet mogelijk voor Amber en Ruth. Ze ontvingen een brief met hierin de melding dat ze normaal automatisch recht hadden op deze vermindering maar dat dit door een fout met de elektronische overdracht van hun gegevens niet mogelijk was. Als ze vermindering wouden aanvragen dan moesten ze een kopie van deze melding voor 31 december bezorgen aan hun watermaatschappij. Het enige probleem was dat ze deze melding pas in januari hebben ontvangen, na de termijn dus. Ruth heeft een brief gestuurd naar de watermaatschappij om uit te leggen wat er gebeurd was en deze heeft er geen probleem van gemaakt om alles in orde te maken. Ze vindt de automatische toekenningen zeer goed en is ook positief over het feit dat er wanneer de automatische toekenning belemmerd wordt dit gemeld wordt en mensen de kans krijgen om hun sociaal recht te verkrijgen. Als er een termijn is waarvoor deze zaken in orde moeten gemaakt worden moet er volgens haar wel aandacht gegeven worden aan het op tijd inlichten van de personen waar bij er een fout is op getreden bij de gegevensuitwisseling, ze gaat er wel vanuit dat het besproken voorval een uitzondering is.

## **Controle**

Amber is in het kader van haar tegemoetkoming al enkele keren op controle moeten gaan, ze zegt dat dit eigenlijk nooit een aangename ervaring is voor haar. Ze vindt het frustrerend dat de geneesheren haar niet lijken te geloven omdat ze goed overkomt en een vlotte babbel heeft. Ze heeft het ook moeilijk met het feit dat de gesprekken zeer kort zijn en dat er van haar verwacht wordt om haar problematiek uit te leggen in een zeer korte tijd. Daarnaast heeft ze ook het idee dat men haar ondanks de vele bewijzen en vaststellingen van haar aandoening haar nog steeds niet gelooft. De geneesheren komen zeer ongeïnteresseerd over en deze desinteresse wordt naar haar mening bevestigd door het feit dat ze vaak dezelfde vragen stellen als in het dossier en dat ze dus zelfs niet de moeite lijken te doen om de voorbereidende documenten te lezen.

Ruth haalt ook aan dat het als ouder zeer moeilijk is om in het bij zijn van je kind met de geneesheer te praten over het gedrag of de ziekte van je kind, *“Ook al was er gelijk een week ervoor een crisis of een moeilijk punt, een moeilijke week dan ga je niet aan die meneer zeggen waar dat zij bijzit ‘meneer...’.”* Amber voegt ook toe dat het vaak over zeer persoonlijke zaken gaat en dat ze zelf de nood niet ziet van deze persoonlijke moeilijkheden te vertellen aan een onbekende wanneer ze meer dan genoeg bewijzen heeft dat haar dagelijks leven lijdt onder haar ziekte zonder daar de echt moeilijke perioden bij te betrekken. *“Ik heb Asperger en dat zou moeten volstaan. Ge moogt mij vragen wat mijn problematiek daar rond is enz., maar ik vind niet dat ik eerst vorige week een crisismoment moet gehad hebben eer dat ik dat recht krijg.”*

Voor haar tegemoetkoming is Amber tweemaal kort na elkaar opgeroepen voor een controle. Ruth heeft hiervoor gebeld om te zeggen dat ze nog maar enkele maanden geleden was opgeroepen en om te vragen of het misschien ging om een vergissing, de eerste controle was voor het verkrijgen van de tegemoetkoming en de tweede was al voor het volgende jaar. Ruth zei dat dit wel verwarrend was. Bij de tweede controle concludeerde de controlerende geneesheer dat Amber wel kon gaan werken, zeker omdat ze net haar certificaat voor schoonheidsverzorging had behaald. Ze hebben een beroepsprocedure gestart en hebben na 2 jaar procederen gelijk gekregen. Ruth vond het wel vreemd dat de uitslag op zo een korte tijd zo verschillend kon zijn, ze vond het ook spijtig dat ze nooit te horen hebben gekregen op basis van welke zaken ze afgekeurd waren.

Nu ze haar diploma secundair onderwijs heeft behaald via de examencommissie is Amber ook bang dat er een herhaling zal zijn van de gebeurtenissen en dat het nu nog moeilijker zal zijn om bij controles duidelijk te maken dat ze wel de capaciteit en intelligentie heeft om te werken maar dat ze fysiek en mentaal hier niet toe in staat is omdat werksituaties te stresserend zijn voor haar. *“Het is niet dat mijn Asperger ineens wegvalt, en ineens alles makkelijker wordt. Dat is gewoon iets dat ik persoonlijk zelf heb bereikt. Dat maakt niet alles makkelijker.”* Ze zegt ook het gevoel te hebben door de vele oproepingen, of kort op een volgende oproepingen, dat de overheid eerder alles lijkt te willen afpakken.

### **Verdere opvolging**

Naar aanleiding van hun beroepsprocedure ontvingen ze een brief waarin stond dat Amber erkend wordt en recht heeft voor onbepaalde duur. Een dag later zat een bijna exact dezelfde brief in hun bus, deze keer echter met een gelimiteerde duur voor de toekenning. Ruth heeft gebeld om te vragen welk van de twee brieven nu geldig was en kreeg als antwoord dat de eerste brief de standaardbrief is naar aanleiding van de gerechtelijke uitspraak van de beroepsprocedure, de tweede brief is de beslissing van de FOD Sociale Zekerheid. Ruth vindt deze logica op zich al zeer moeilijk te begrijpen maar het feit dat beide brieven volledig hetzelfde zijn opgesteld en exact dezelfde informatie geven, met als enig verschil de periode van geldigheid, maakt het naar haar mening nog verwarrender. Ze had graag een duidelijk onderscheid gezien tussen de brieven als het dan toch gaat over twee verschillende beslissingen en had graag meer uitleg gehad over het verschil tussen de twee.

Over het algemeen is Amber van mening dat ze vrij weinig weten over de status en verwerking van haar aanvragen of dossiers. Ruth probeert alert te blijven en durft te bellen wanneer ze niet zeker is of alles wel in orde zal komen. Ze geeft ook aan dat het zeer belangrijk is om goed op te letten en op de hoogte te blijven van wat er gaande is, een fout is snel gemaakt maar minder snel opgemerkt en opgelost. Ze houdt ook zoveel mogelijk attesten en bewijzen bij voor de zekerheid.

## Over werk

Amber heeft al enkele keren geprobeerd om te gaan werken, meestal moet ze na enkele weken opgeven omdat het te veel van haar vraagt en het mentaal te stresserend is voor haar. Ze is vrij ingeschreven bij de VDAB en wordt in het GTB-traject begeleid, met haar statuut mag ze nog 1/3 werken en ze zou dit dan ook graag nog doen. Haar begeleider heeft haar gewaarschuwd dat het zeer moeilijk is om een job te vinden voor enkele uren in de week dat haar ook niet te veel stress zou bezorgen en dat er bij komend de kans bestaat dat ze toch haar tegemoetkoming zal verliezen als ze enkele uren in de week opneemt.

Ze beschrijft haar aandoening als het continu verkeren in een staat van adrenaline en overstimulatie. Dit is ook de reden waarom vrijwilligerswerk voor haar niet echt een optie is aangezien de elementen die het moeilijk maken voor haar hier ook aanwezig zijn. Ze heeft zich leren aanpassen maar heeft nu het gevoel dat omdat ze weet hoe ze zich moet gedragen en goed overkomt dat mensen niet willen geloven dat ze weldegelijk last heeft van haar aandoening.

## Emma

Leeftijd: 32

Geslacht: Vrouw

Lijdt aan: de ziekte van Crohn en een zeldzame spierziekte

Beroep: werkt deeltijds in het bedrijf van een familielid

Gezinssituatie: getrouwd met een dochter van lagere schoolleeftijd

Grootste inkomensbron: eigen loon en aanvullende uitkering

Administratieve vaardigheid: goed, beroepsmatig bezig met administratie

Digitale vaardigheid: goed

Andere aanwezige tijdens interview: Haar echtgenoot Axel

## Informatie

Emma is verbonden aan een privé ziekenhuis en revalidatiecentrum waar ze jaarlijks langs gaat op controle en steeds terecht kan met vragen. Ze geeft aan dat haar aanvragen meestal georganiseerd worden via de sociale dienst van het ziekenhuis, dit is een vast persoon waar ze duidelijk een goede band mee hebben. De informatie die ze krijgen via het ziekenhuis vinden ze zeer duidelijk en ze voelen zich goed begeleid. Axel vertelt wel dat wanneer het op lokale vergoedingen aankomt het ziekenhuis, dat niet in de buurt ligt, weinig informatie kan geven maar dat ze wel hun best doen om aan de nodige informatie te komen. Zijn voorbeeld was een lokale mantelzorgpremie waar de sociale dienst niet van op de hoogte was, ondanks hun poging om meer informatie

te verzamelen slaagde de sociale dienst er niet in om voldoende info te verzamelen om een aanvraag in te dienen. Via de mutualiteit is het Axel dan wel gelukt om de aanvraag rond te krijgen.

Ondanks de grote steun die ze hebben aan het ziekenhuis is Axel ook zelf vaak opzoek naar verdere informatie. Hij zegt dat de websites van de overheidsdiensten over het algemeen overzichtelijk zijn maar dat het moeilijk navigeren is wanneer hij opzoek is naar specifieke zaken. Hij gebruikt de web tools zelden voornamelijk omdat deze naar zijn ervaring geen correcte informatie geven, hij geeft het voorbeeld van de status van een dossier dat nog op 'aanvraag ontvangen' stond terwijl de brief met de beslissing al in hun postbus zat. Ook verkiest hij het om alles wat digitaal gebeurt zoveel mogelijk af te drukken omdat hij zich daar zekerder bij voelt en om te vermijden dat het ooit woord tegen woord is.

De grootste ergernis van Axel is dat het moeilijk is om een overzicht te bewaren. Hij zegt enkele jaren geleden een goede lijst gevonden te hebben met alle zaken waar iemand in een bepaalde situatie recht op had, er stond echter ook bij dat de lijst niet meer ge-update zou worden en mogelijks al volledig gedateerd was. Het is dus niet alleen een probleem van overzichtelijke informatie te vinden maar ook van correcte recente informatie vinden. Ook wanneer men een bepaald statuut of erkenning ontvangt mankeert hij een uitleg over wat deze erkenning of dit statuut nu eigenlijk inhoud. Hij vermoedt dat mensen die niet kunnen vertrouwen op een sociale dienst gewoon verloren lopen in het geheel.

### **Indienen van de aanvraag**

De aanvraag waar Emma momenteel mee bezig is wordt voornamelijk geregeld via de sociale dienst van het ziekenhuis. Het gaat over een aanvraag voor een elektrische fiets, de sociale dienst heeft opgezocht welke mogelijkheid het beste is en is nu de aanvraag aan het indienen bij de VDAB voor een tegemoetkoming in haar verplaatsingskosten voor het werk. De aanvraag komt er naar aanleiding van het vaststellen van verminderde kracht in haar benen bij haar laatste jaarlijkse controle. De sociale dienst vult alle formulieren in en laat deze via de post bij Emma thuis bezorgen waar ze de nodige handtekeningen plaatst na het nalezen van de formulieren. Emma zegt dat dit de gewone gang van zaken is voor aanvragen die ze doen via het ziekenhuis. Voor deze specifieke aanvraag heeft het ziekenhuis haar wel gevraagd om zelf enkele offertes te verzamelen van verschillende aanbieders van elektrische fietsen om toe te voegen aan het dossier.

Emma is zeer tevreden over deze manier van werken en heeft door het feit dat de sociale dienst de nodige gegevens invult op de formulieren ook weinig last van het steeds opnieuw opgeven van dezelfde gegevens. Over de gevraagde gegevens hebben ze het idee dat er veel zaken zijn die al beschikbaar zijn bij de overheid. Op de vraag of ze er problemen mee zouden hebben moesten deze gegevens gedeeld worden binnen de overheden



stelt Axel voor om eerder op de formulieren zelf toestemming te vragen om deze gegevens bij de bevoegde dienst te mogen opvragen.

Axel zegt ook dat hij de hoeveelheid aan diensten en instanties waar er aanvragen kunnen gedaan worden als ook de vele verschillende aanvraagmogelijkheden verwarrend vind. Zijn voorstel is om alle aanvragen op een centraal punt te laten toekomen en het aan de overheid over te laten om ze te bezorgen aan de juiste dienst. *“Dat is alé veel eenvoudiger, voor ons is dat veel eenvoudiger voor hun is dat misschien minder eenvoudig. Maar als het dan toch gaat over de mensen het makkelijker maken.”* Ook het feit dat er veel overeenkomsten zijn tussen de tegemoetkomingen maakt het verwarrend, bijvoorbeeld voor een tegemoetkoming of premie voor een aangepaste fiets zijn er meerdere mogelijkheden en diensten die deze aanbieden maar elk met eigen voorwaarden, in het geval van Emma bleken de tegemoetkomingen van het VAPH en CM niet mogelijk en was de enige optie om beroep te doen op de tegemoetkoming van de VDAB.

### **Controle**

Voor enkele aanpassingen aan hun woning hadden Emma en Axel een aanvraag gedaan voor een tegemoetkoming bij het VAPH, en kregen hiervoor een uitnodiging tot een gesprek en controle. Aangezien Emma zelf niet aanwezig kon zijn wou Axel de bijgesloten volmacht gebruiken, om zeker te zijn dat er iemand aanwezig moest zijn bij het gesprek belde hij naar het contactnummer. Het antwoord dat hij kreeg verbaasde hem, *“En die mensen zeiden van dat is een standaardbrief die opgestuurd wordt ge wordt eigenlijk totaal niet verwacht hier.”*. Er werd ook nog bij gezegd dat er over het algemeen niemand ingaat op de uitnodiging.

Emma is al twee keer op controle moeten gaan bij de FOD Sociale Zekerheid, de eerste keer werd ze afgekeurd door haar lage score op het deel over de zelfredzaamheid. 6 maand later hebben ze dezelfde aanvraag opnieuw ingediend omdat ze enig achteruit was gegaan, deze keer was het een andere indicatiesteller die haar bijna het dubbele van de punten gaf. Door deze ervaring heeft zowel Emma als Axel weinig vertrouwen in de huidige manier van schaling. *“Ofwel is er in het systeem iets fout, ofwel had die dokter een slechte dag, of ik weet niet wat maar het zou niet mogen.”* Op de vraag de oplossing van de CM om indicatiestellers op te leiden en enkel te laten focussen op schalen antwoordde Axel dat hij dat een goede manier vond zo lang het stereotype idee dat deze indicatiestellers tegen hun goesting hun job doen en het uitwerken op de patiënten zoveel mogelijk werd tegen gehouden. *“Want dat krijg je ook vaak of dat voelde ook vaak. Gewoon alleen als ge daar al binnen komt, de manier waarop dat die tegen u spreekt voel je al van ‘ja die doet zijn job niet graag’. En dat zou niet mogen. Die mensen zijn er om u te helpen, in mijn geval dan om mijn vrouw te helpen.”*

De ervaring van Emma tijdens de controlegesprekken zowel bij de FOD Sociale Zekerheid als bij de mutualiteit is vooral dat de indicatiestellers naar haar mening snel lijken te denken dat ze geen problemen heeft omdat ze nog

zoveel mogelijk zelf wilt doen. *“...vorig jaar zei die persoon ‘ja maar ge kunt het precies nog goed uitleggen’ “.* Haar idee is dat er nogal oppervlakkig gekeken wordt naar de persoon zelf, er wordt niet gekeken naar hoe ze iets doet maar naar of ze het doet. *“Ik denk dat ze zoiets hebben van ofwel kun je niet meer stappen, ofwel kun je het nog wel en dat zijn twee categorieën. Al die het niet meer kunnen, hebben hulp nodig en al die het wel nog kunnen ooh die trekken hun plan.”.*

### **Verdere opvolging**

De brieven die je tijdens een aanvraag ontvangt vindt Axel niet duidelijk. Hij zegt dat de brieven afkomstig uit de FOD Sociale Zekerheid de moeilijkste zijn, *“Dat zijn brieven van 5-6 pagina’s begin er maar eens in te zoeken waar ge recht op hebt.”.* Ook het contact opnemen met de instellingen om vragen te stellen is zeer moeilijk zegt hij, opnieuw vermeld hij hier de FOD Sociale Zekerheid als een van de lastigste diensten om naar te bellen.

Bij hun laatste aanvraag voor een integratietegemoetkoming bij het FOD Sociale Zaken heeft Axel meerdere keren contact moeten opnemen met de dienst om de resultaten van de zelfredzaamheidsindicatie op te vragen. Beiden vinden dat het vaak zeer lang duurt voor er een beslissing valt en dat er tijdens de wachtperiode te weinig communicatie is over de status van het dossier. Wanneer er een positieve beslissing is hebben ze ook het gevoel dat er meer communicatie mogelijk is over wat deze beslissing nu van gevolgen heeft en wat het statuut of erkenning nu juist in houdt.

### **Werken met een chronische ziekte**

Emma werkt deeltijds bij haar tante, ze heeft samen met de sociale dienst van het ziekenhuis de nodige stappen gezet om dit mogelijk te maken en haar tante als werkgever zo veel mogelijk te ontlasten. Emma is van mening dat de overheid de mogelijkheden tot vergoeding en aanpassingen voor werkgevers beter in de verf zou mogen zetten, zeker omdat personen die werken minder aanvullende uitkering nodig hebben. Ze is zich echter zeer bewust van het feit dat werk aanpassen aan een ziekte niet altijd even simpel is en dat het enige inspanning vraagt van de werkgever. Ook het feit dat elke ziekte een verschillende nood met zich meebrengt en dat een zelfde ziekte heel andere symptomen kan hebben bij verschillende mensen maakt het niet makkelijk om werk op maat aan te bieden, toch denkt ze dat het beter bekend maken van de mogelijkheden als zou kunnen helpen. Ze geeft toe dat deeltijdswerken veel energie vraagt, *“... ik weet ook wel dat als ik 100% naar mijn lichaam zou luisteren, ja, dan ging ik niet meer gaan werken...”.* Ze wil echter zoveel mogelijk kwaliteit uit haar leven halen en zit werken als een belangrijk onderdeel daarvan. Ze is ook overtuigd dat moest ze niet meer gaan werken dat ze meer last zou hebben van haar ziekte omdat ze dan niet meer verplicht is om actief te blijven. *“...er zijn veel mensen die dan zeggen van ‘ooh, want die in de maatschappij dat gaat toch niet, ze zijn te traag laat ze maar*

*rusten en op hun gemak thuis' maar eigenlijk is dat alleen maar slechter. En alé ik vind dat zeer... want de overheid gaat ze dan moeten betalen allemaal, terwijl mij moeten ze nu maar de helft."*

### **Over de maatschappij**

Axel en Emma hebben het gevoel dat het huidige systeem van aanvragen zich te veel focust op het verhinderen van mensen om een aanvraag te krijgen en niet genoeg op het blijvend controleren of iemand nog voldoet aan de voorwaarden. Hierdoor zijn er naar hun mening velen die misbruik maken van uitkeringen en zijn er velen die echt nood hebben aan een bepaalde tegemoetkoming die niet door de controle geraken. Naar de mening van Axel zouden er grotere kansen zijn op besparing door betere permanente controle die de 'profiteurs' er uit filteren dan door het vermoeilijken van de toegang of het verstrengen van de aanvraagvoorwaarden.

Axel zegt ook dat hij het gevoel heeft dat veel mensen denken dat ze geluk hebben door de premies en tegemoetkomingen die ze ontvangen en het idee hebben dat ze daardoor beter af zijn. Hij zegt dat elke tegemoetkoming of premie hoe klein ook helpt en zeker welkom is maar dat moest men de som maken van het geheel deze niet voldoen om alles te dekken en dat ze dus ondanks het idee dat ze beter af zijn meer kosten hebben dan men denkt.

Op de vraag of de gebruikte termen zoals 'persoon met handicap' of 'persoon met beperking' een drempel is of zelfs verwarrend werkt zeggen ze dat het zeer moeilijk is om het verschil af te lijnen tussen de ziekte en de beperking. Axel zegt wel dat het in het begin zeer verwarrend was om de verschillende definities gehanteerd door de instanties uit elkaar te houden, *"Nu trek ik het mij gewoon niet meer aan. Als er chronisch ziek staat of persoon met handicap, ik doe een aanvraag en zij moeten maar uitmaken of we recht hebben of niet. Maar echt duidelijk is dat niet. Die termen worden ook zo door elkaar gebruikt.*

Frank

Leeftijd: 50  
Geslacht: Man  
Lijdt aan: nierfalen, getransplanteerd  
Beroep: verzekeringsagent  
Gezinssituatie: getrouwd  
Grootste inkomensbron: eigen loon  
Administratieve vaardigheid: goed  
Digitale vaardigheid: goed  
Andere aanwezige tijdens het gesprek: zijn echtgenote

## Werken als chronische zieke

Momenteel werkt Frank fulltime, ook toen hij gedialyseerd werd is hij dankzij enkele afspraken met zijn werkgever fulltime blijven werken. Kunnen blijven werken was een belangrijk element voor Frank, hij wou bezig blijven. Voor zijn transplantatie deed hij aan thuisdialyse waardoor hij meermaals per dag gedialyseerd moest worden maar aangezien hij dichtbij huis werkt en zijn goede werkuren kon hij alles goed inplannen. De afspraken die hij met zijn werkgever gemaakt heeft waren voornamelijk van praktische aard, hij zegt dat alles zeer vlot verlopen is en er weinig problemen waren. Hij heeft het gevoel dat de personeelsdienst alles proberen doen heeft om het voor hem mogelijk te maken om ondanks zijn ziekte te kunnen blijven werken. Ook tijdens zijn ziekteverlof na de transplantatie werd zijn ziekte-uitkering bijgesteld door zijn werkgever zodat hij geen verlies zou hebben van zijn nettoloon. Daarnaast heeft hij via zijn werk een goede hospitalisatieverzekering die een grootdeel van zijn medische kosten terugbetaald.

Frank is overtuigd dat het feit dat hij voor een redelijk grote organisatie werk in zijn voordeel was. Volgens hem is het voor kleinere bedrijven moeilijker om een chronische zieke persoon aan te houden zowel door praktische overwegingen als door dat ze naar zijn redeneren ook minder beschikken over de nodige informatie om regelingen te trekken. Hij zou graag hebben dat er meer informatie beschikbaar zou zijn voor werknemers over de mogelijkheden in hun situatie zodat zij naar hun werkgever kunnen stappen met een voorstel en zo een regeling kunnen treffen. Verder denkt hij dat er veel werkgevers zijn die expres geen informatie doorgeven aan hun personeel om dergelijke regelingen te vermijden.

Het bekender maken van mogelijke regelingen is volgens hem belangrijk ook al zou dat het ook voor zij die willen profiteren het ook makkelijker maken. Hoe meer je te weten komt hoe meer de kans er bestaat dat er misbruik is in die dingen. *“Ik denk dat dat daar ook voor een stuk achter zit dat ze de mensen opzettelijk meer moeite laten doen, maar of dat dan uiteindelijk toch bij de juiste persoon dan terecht komt die voordelen vraag ik mij dan ook af. Dus uiteindelijk dan lijkt het mij beter dat iedereen geïnformeerd geraakt hé.”*

Hij zegt dat er veel verschil is tussen werkgevers en dat men geluk moet hebben. Hij voegt ook toe dat er niet alleen aandacht moet zijn voor de chronische zieke zelf maar ook voor de partner of andere personen die een chronische zieke ondersteunen. Volgens hem worden deze nog te vaak vergeten en is er weinig begrip voor deze personen hun situatie. Zijn vrouw had voor een bepaalde periode een kredietregeling proberen regelen met haar werkgever om enkele dagen per week verlof te hebben zodat ze hem net na zijn transplantatie naar zijn doktersafspraken zou kunnen brengen, *“Dat was al bijna een probleem voor mij om dat te krijgen.”*

Naar zijn aanvoelen wordt er ook een groot onderscheid gemaakt tussen fysieke beroepen en niet-fysieke beroepen. *“Van fysieke arbeid zeggen ze ‘dat gaat niet meer lukken voor u’ en daar wordt vlot in doorgedaan*

*vind ik, en niet-fysieke arbeid- zoals wat ik doet- daar wordt algemeen aangenomen dat dat wel nog gaat lukken."*

Hij is zeer trots en blij dat hij zijn beroep nog steeds kan uitoefenen maar hij heeft toch het gevoel dat mensen die een fysiek zwaardere job hebben meer begeleiding krijgen in het zoeken naar een andere job of een goede financiële regeling. Daarnaast heeft hij het ook moeilijk dat men niet lijkt te begrijpen dat ook bureau werk uitputtend kan zijn, ook als getransplanteerde.

### **Informatie**

Door het feit dat hij is kunnen blijven werken heeft Frank zich nooit veel zorgen gemaakt. Toen hem werd aangeboden om langs te gaan bij de sociale dienst van het ziekenhuis is hij hier niet verder op in gegaan. *"Ik moet nu eerlijk zeggen dat ik in mijn eigen altijd gedacht heb we zullen onze plan wel trekken en ik ga die mensen daar niet mee gaan lastig vallen."* Ook bij de maatschappelijke assistent van de mutualiteit zijn ze nog nooit langs geweest. Hij zegt eigenlijk van in het begin niet goed te geweten te hebben wat deze diensten aanbieden van ondersteuning of zelfs dat ze bestonden, hij ging er ook deels van uit dat hij gezien zijn werk en inkomen weinig in aanmerking kwam voor sociale regelingen.

Algemeen heeft Frank de houding van als we een probleem hebben of ons ergens zorgen over maken dan zullen we informatie opzoeken en zien wat we kunnen doen. Zijn vrouw leest wel regelmatig de magazines van de mutualiteit en houdt de interessante artikels bij. Frank geeft toe dat hij in het begin toen zijn ziekte werd vastgesteld weinig aandacht had voor de financiële of administratieve kant van de zaak. Nu hij 50 is begint hij zich wel wat zorgen te maken dat hij het fulltime werken niet lang meer zal kunnen volhouden en is hij beginnen uitkijken naar mogelijke regelingen om enigszins te beginnen afbouwen.

Zowel hij als zijn vrouw kunnen goed om met computers en zoeken al eens zaken op via het internet. Via de website van de mutualiteit hebben ze informatie gevonden over de terugbetaling van ziekenvervoer, ze hebben hier meerdere keren gebruik van gemaakt en zijn zeer tevreden over hoe vlot dit telkens verliep. Voor andere zaken zegt Frank dat hij een wegwijzer mist, hij zou graag wat meer weten over waar hij terecht kan met vragen en wie welke dienstverlening aanbiedt. Op dit vlak heeft hij het gevoel dat hij door de mazen van het net gevallen is maar ook dat de mazen relatief groot zijn en dat het niet simpel is om goede informatie te vinden.

Hij geeft wel toe dat het niet goed weten waar hij terecht kan misschien ook kan komen door het feit dat hij initieel overtuigd was dat hij alles wel zou vinden en dus weinig aandacht heeft gegeven aan aangeboden diensten. Hij denkt dat er meer kansen zouden moeten zijn om terug op de wagen te springen en dat er niet enkel in het begin aangeboden mag worden van een afspraak te maken bij een sociale dienst. Zo vindt hij dat toen hij op controle ging bij de mutualiteit dat de controle arts hem misschien nog eens had kunnen herinneren aan het bestaan van een maatschappelijke dienst of een website waar hij terecht zou kunnen. Hij is ook

voorzitter van een verplicht gesprek met een maatschappelijke assistent zodat zelfs als men het nog steeds allemaal zelf wilt doen toch al enige startpunten heeft om van te vertrekken en deze beslissing beter geïnformeerd genomen kan worden.

Als getransplanteerde is hij ook niet zeker wanneer hij als zieke beschouwd wordt en wanneer als genezen. Voor een hospitalisatieverzekering wordt gedialyseerd worden en lijden aan nierfalen gezien als chronisch zieke en hij had dus geredeneerd dat hij na zijn transplantatie hier niet meer onder viel en trok deze redenering verder door naar andere administratieve zaken. Hij heeft melding gekregen van zijn ziekenfonds dat hij de drempel voor het statuut van chronische aandoening bereikt heeft en dat hij vanaf nu dus recht heeft om de bijhorende voordelen, hij was hier verbaasd over en stelt zich nu vragen over onder welke definitie hij telkens valt.

### **Controle**

Na zijn transplantatie stond Frank voor enkele maanden op ziekteverlof, hij is hiervoor een keer opgeroepen voor controle. Hij zegt dat dit geen slechte ervaring was en dat hij het gevoel had dat er naar hem geluisterd werd. Hij vermoedt dat dit komt omdat er weinig te ontkennen valt over zijn situatie en dat een transplantatieherstel een vrij duidelijke zaak is. De controle arts had hem gezegd dat hij zelf mocht aangeven hoeveel tijd hij nodig had voor zijn herstel, toen hij antwoordde dat hij liefst zo snel mogelijk weer wou werken, heeft dat denkt hij, een positieve invloed gehad op het beeld van de controle arts.

Volgens hem wordt er wel veel misbruik gemaakt van het systeem en zijn het de mensen die misbruik willen maken die vaak het beste op de hoogte zijn. Hij heeft het idee dat er vroeger veel meer mogelijkheden waren en dat de voorwaarden minder streng waren, hij denkt dat het door de besparingen en het misbruik komt dat er veel poortjes worden afgesloten voor zij die het wel nodig hebben. Hij was onlangs naar een infoavond geweest van de vakbond en zei dat hij verbaasd was over de manier waarop er hier verteld werd over de achterpoortjes die er waren. Het voorbeeld dat hij gaf was voor tijdskrediet voor mantelzorg waarbij er toegevoegd werd dat dit meerdere keren aangevraagd kon worden en het dus interessant kon zijn om het voor eigen ouders en schoonouders aan te vragen om zo meerdere jaren er van te kunnen genieten. *“Die informatie is correct en ik ben zeker dat het zo toegepast wordt door mensen die er iets van weten. Dat is een beetje het probleem...”*.

### Karen

Leeftijd: 30
Geslacht: Vrouw
Lijdt aan: ziekte van Bechterew
(Laatst uitgeoefend) beroep: verkoopster
Gezinssituatie: alleenstaand
grootste inkomensbron: invaliditeitsuitkering
Administratieve vaardigheid: goed
Digitale vaardigheid: zeer goed

## **Informatie**

Om informatie te verzamelen maakt Karen voornamelijk gebruik van het internet. Ze vond dat er veel informatie beschikbaar was op internet, haar enige probleem was dat voorwaarden voor in aanmerking te komen naar haar mening vaak niet duidelijk beschreven werden. Wanneer zaken niet volledig duidelijk zijn of ze nog enkele vragen heeft gaat ze opzoek naar contactgegevens en durft ze er geen problemen mee om instanties rechtstreeks te contacteren.

Als communicatiekanaal verkiest ze mailen boven telefonisch contact, dit heeft meerdere redenen. Allereerst heeft ze het gevoel dat ze meer zekerheid heeft wanneer ze antwoorden krijgt via mail, *"...als je het op papier hebt dan heb je meer in u handen, anders is het woord tegen woord."* Als tweede reden geeft ze aan dat telefonisch contact al snel frustrerend is wanneer er niet wordt opgenomen aan de andere kant van de lijn of wanneer men in wacht wordt gezet. Haar laatste reden had voornamelijk te maken met het feit dat haar zelfvertrouwen door het langdurig thuis zitten en weinig sociaal contact hebben gedaald was waardoor ze zich zekerder voelde bij mailen dan bij bellen.

Ze had wel de bemerking dat het soms onduidelijk is naar waar bepaalde zaken opgestuurd moeten worden of bij wie ze terecht kan met vragen. Meestal gebruikt ze dan het algemeen contactadres, soms wordt haar vraag dan intern doorgegeven naar de juiste persoon maar ze heeft ook al meegemaakt dat ze een antwoord krijgt waarin ze doorverwezen wordt.

## **Het indienen van de aanvraag**

De laatste aanvraag die Karen had gedaan was een aanvraag bij de FOD Sociale Zekerheid voor hulpmiddelen, meer bepaald een ligkussen om comfortabeler een bad te kunnen nemen en een bureaustoel (dit zijn geen zaken die bij de FOD kunnen worden aangevraagd, vermoedelijk gaat het over het VAPH of het RIZIV). Een maatschappelijke assistent van de CM was bij haar langs geweest om te bekijken welke hulpmiddelen haar zouden kunnen helpen, na een testperiode waarin dat ze de voorgestelde hulpmiddelen in bruikleen had gekregen van de CM besloot ze om een aanvraag te doen bij de FOD Sociale Zekerheid.

Het huisbezoek op zich vond ze zeer confronterend. Ze vond het zeker een goede zaak dat de CM proactief langskwam. Het deed haar goed om te weten dat er aandacht was voor haar situatie en dat er gekeken werd naar haar individuele noden. Voornamelijk het begrip dat ze kreeg van de persoon die de hulpmiddelen kwam afgeven, deze persoon had zelf rugklachten en was dus zeer medelevend met haar situatie, vond ze deugdzaam.

De sociale dienst van de CM heeft haar geholpen bij haar aanvraag. Ze was algemeen positief over deze hulp, vooral de hulp bij het invullen van de formulieren werd geapprecieerd. Ze gaf aan dat waar ze normaal prefereert

om haar eigen administratie te doen en ze zeker geen problemen had met het begrijpen van de vragen dat ze het geruststellend vond dat iemand met verstand van zaken de vragen invulde voor haar. Ze zegt dat had ze de vragen zelf moeten beantwoorden dat ze zeer twijfelachtig zou geweest zijn en bang om iets fout te schrijven voornamelijk omdat het zo een belangrijke aanvraag was en er toch veel vanaf hing voor haar.

Wat ze wel een negatief punt vond bij de dienstverlening van de mutualiteit was dat ze bijna elke keer een andere sociale assistent voor zich kreeg. Ze vond het vermoeiend om telkens haar verhaal opnieuw te moeten uitleggen. Omdat ze zich niet telkens bloot wilt geven en niet steeds om hulp wilt vragen verkiest ze dan ook om zo veel mogelijk zelf op te zoeken en enkel bij echte vragen of problemen bij de sociale dienst langs te gaan.

In haar ervaring is het niet zo zeer het invullen van de formulieren dat veel energie vraagt maar eerder het in orde maken van de bijkomende documenten. Ze geeft aan dat ze voor bepaalde documenten of attesten vaak verschillende keren contact moet opnemen met verschillende diensten. Een deel van het probleem ligt hem in het feit dat het bureau in haar buurt vaak niet het hoofdbureau is waardoor er heel wat rond gestuurd moet worden. Wanneer er documenten moeten opgevraagd worden in een hoofdkantoor of aangevraagd zouden moeten worden bij een hogere instantie zou het naar haar mening helpen als ze op de hoogte gehouden zou worden van vooruitgang.

### **Controles**

Voor de controle naar aanleiding van haar aanvraag voor hulpmiddelen kreeg ze de keuze om zichzelf te verdedigen, om iemand te sturen in haar plaats of om geen verdediging te doen. Ze heeft er voor gekozen om iemand van de sociale dienst van de mutualiteit haar dossier te laten verdedigen, aangezien ze zelf zichzelf niet zag spreken voor een groep mensen. Haar aanvraag werd afgekeurd op grond dat ze te weinig punten had gescoord op de zelfredzaamheid.

De afkeuring was een zware slag voor haar, *“...dan voelde u zo wel wat in de steek gelaten want ze zeggen eerst van ‘Ooh ge gaat daar voor in aanmerking komen en ze gaan u dat zeker toekennen eh’ en ja ge moet weten dat gaat over duizenden euro. Duizenden euro’s die ge wel of niet hebt en dan heb je zo iets van ‘Ooh ja ze gaan mij helpen, ze gaan me tegemoetkomen’ en dan valt ge eigenlijk zo in het niets van ja...”*. Zowel de maatschappelijke assistenten van de CM als zij zelf stonden versteld van deze beslissing. Op haar vraag waar ze dan te kort op schoot kwam het antwoord dat ze op bepaalde zaken te laag scoorde en op andere dan weer uitzonderlijk hoog. Een beroepsprocedure wou ze niet starten omdat dit veel kost en ze geen zekerheid had dat ze er mee geholpen zou zijn.



Haar grootste probleem met de manier waarop de zelfredzaamheid wordt getoetst is dat er weinig rekening wordt gehouden met haar algemene situatie. Als alleenstaande kan ze niet anders dan zelf koken en kuisen hoeveel moeite haar dat ook kost. De energie of moeite die bepaalde activiteiten kosten worden niet in rekening genomen naar haar mening.

Daarnaast wordt haar leeftijd ook tegen haar gebruikt. Zo zou ze bij een vorig aanvraag toen ze op een vragen over hoe ze de afwas deed antwoorde met dat ze dat in kleine stukjes deed en dat ze tussendoor rustpauzes moest nemen als reactie gekregen hebben dat iemand van 30 dat in 1 keer zou moeten kunnen. Bijkomend heeft ze het idee dat de controleurs weinig besef hebben van wat haar ziekte inhoudt en welke gevolgen er vaak gepaard gaan met de ziekte. Hierdoor heeft ze het gevoel dat men te snel is in een negatieve stempel opplakken. Hierbij gaf ze het voorbeeld dat wanneer ze zei dat ze geen vast uur had om op te staan dat ze het antwoord kreeg dat ze gewoon lui was en dat een vast uur hebben om op te staan erg belangrijk was. Haar uitleg dat ze een slechte nachtrust heeft als gevolg van het feit dat ze door haar ziekte niet lang in dezelfde positie kan blijven liggen werd naar haar mening niet meer gehoord.

Ze geeft aan dat het voor ziektes die niet direct zichtbaar zijn of die moeilijk te bewijzen zijn aan de hand van medische onderzoeken het vaak een constant gevecht is om controleurs te overtuigen van hun ziek zijn en noden. Haar ziekte uit zich uitzonderlijk niet in haar bloed waardoor een gekende indicator voor het vaststellen van haar diagnose wegvalt, haar specialist staat echter 100% achter het ziektebeeld beschreven in de medische verslagen. De opinie van de specialist lijkt echter minder te wegen dan de ontbrekende bloedresultaten. Gepaard met haar jonge leeftijd zorgt dit ervoor dat ze zich vaak meer moet verdedigen en heeft ze het gevoel dat men haar verhaal niet wilt aannemen als geloofwaardig.

Over de regelmatige controle bij de adviserende arts van het ziekenfonds was ze voornamelijk begripvol over de noodzaak ervan. Wel vond ze het vreemd dat ze in al die jaren nog nooit fysiek onderzocht was. Haar adviserende arts is al jaren dezelfde persoon wat ze positief vind aangezien hij dus goed op de hoogte is van haar dossier. Onlangs had hij aangegeven na een controle dat hij twijfelde of zo nog op invaliditeit mocht blijven. Ze kreeg hier geen waarschuwing over en werd hier pas van op de hoogte gebracht toen ze vroeg waarom haar uitkering ineens gehalveerd was. Het idee dat men van de ene op de andere minuut kan beslissen om haar van invaliditeit te zetten waardoor ze op eens haar inkomen volledig zou verliezen vindt ze beangstigend. Een langere waarschuwingstermijn of overgangstermijn zou in haar ogen dan ook niet slecht zijn en heel wat stress voorkomen.

## Over de maatschappij

Zelf zou Karen nog graag gaan werken en bijdragen aan de maatschappij maar door haar ziekte is dat voor haar niet mogelijk. Ze heeft het gevoel dat ze door werkgevers meer gezien wordt als een last dan als een hulp. Ook de bijkomende administratieve rompslomp is volgens haar belemmerend en vermoeiend. In het begin van haar invaliditeit is ze opnieuw gaan studeren, ze wist niet dat ze hiervoor toestemming moest vragen bij haar controlerende arts. Uiteindelijk kreeg ze 24u om alle nodige informatie en documenten op te sturen en alle is orde te maken. Ook voor vrijwilligerswerk is er veel papierwerk dat in orde moet gemaakt worden en waar men aan moet denken. Zo moet men telkens een attest bij hebben om te bewijzen dat men wel degelijk toestemming heeft voor vrijwilligerswerk te doen en dat men geen werknemer is.

Karen is overtuigd dat vrijwilligerswerk een positieve invloed heeft op mensen die door hun ziekte langdurig thuis zitten. Ze ziet het als een goede manier om zelfvertrouwen en eigen waarde te verbeteren en het haalt mensen uit hun isolement. Zelf heeft ze eerder negatieve ervaringen met het vrijwilligerswerk dat ze al gedaan heeft. Ze heeft de indruk dat ondanks dat ze steeds van in het begin duidelijk is over haar noden en beperkingen dat er toch steeds te veel van haar verwacht wordt, wanneer ze dan niet meer mee kan krijgt ze te horen dat het misschien toch beter is als ze zou stoppen.

Dit is voor haar steeds een emotionele ervaring. *"Ik zag er altijd tegen op om vrijwilligerswerk te zoeken, in de zin van ge moet vertrouwen geven en ge moet u openstellen maar eens dat je dan echt bezig was dan had ik zo iets van 'goh ik ben blij dat ik tussen mensen kan zijn'."* Wanneer het dan op niets uitdraaide voelde ze zich bedot en in de steek gelaten. Ze is overtuigd dat de er zeker meer gedaan kan worden om langdurig zieken aan te zetten tot vrijwilligerswerk maar zij die het vrijwilligerswerk aan bieden mogen de vrijwilligers niet zien als onbetaalde arbeiders en moeten goed beseffen dat langdurige zieken niet hetzelfde werk aankunnen als een gewoon iemand. *"...laat hen zelf vrij beslissen aan de hand van hun lichaam en aan de hand van hun ziekte wat ze zelf aan kunnen."*

## Lies

Leeftijd: 64

Geslacht: Vrouw

Lijdt aan: Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS) en longemfyseem  
(Laatst uitgeoefend) beroep: palliatieve thuisverzorgster

Gezinssituatie: alleenstaand

Grootste inkomensbron: invaliditeitsuitkering

Administratieve vaardigheid: goed, voornamelijk door ervaring bij het bijstaan van families tijdens haar loopbaan

Digitale vaardigheid: voldoende

## **Informatie**

Door haar ervaring als palliatieve thuisverzorgster wist Lies al enkel zaken over het aanvragen van bepaalde zaken, maar voor haar eigen situatie was ze niet echt zeker daarom is ze zelf naar de sociale dienst van de CM gestapt. Ze zou net op invaliditeit komen te staan en met dat ze al rond de 60 was had ze enkele vragen rond haar situatie. Ze voelde zich goed geholpen door het gesprek bij de CM, voornamelijk omdat het om klare informatie ging gegeven vanuit een standpunt dat duidelijk was om haar te helpen.

Lies geeft toe dat ze het actief zoeken naar informatie heeft opgegeven. De reden hiervoor is dat ze haar situatie en levenskwaliteit zoveel mogelijk probeert te verbeteren door alternatieve geneeswijze te zoeken, ze zegt dat door haar aandacht voor een gezonde levensstijl haar ziekte verbeterd is waardoor ze er vanuit gaat dat als ze de eerste keer was afgewezen ze nu zeker niet meer in aanmerking komt. Als ze via via iets hoort dat haar interessant lijkt zal ze het wel gaan zoeken. Over het algemeen vindt ze haar weg en weet ze waar ze terecht kan wanneer ze vragen zou hebben. Ze vindt wel dat de communicatie vanuit de overheid tijdens de aanvraagprocedure duidelijker kan, en dat er meer uitleg gegeven mag worden bij de vragenlijsten.

Om haar invaliditeitsuitkering en haar dossier bij de CM op te volgen gebruikt ze regelmatig de aangeboden webtool. Als ze met echte vragen zit verkiest ze wel om persoonlijk langs te gaan op het CM kantoor. Ze geeft aan geen problemen te hebben met het idee van gegevensdeling zoals ze zelf enig beheer behoudt over wie welke gegevens te zien krijgt.

## **Indienen van de aanvraag**

Bij het indienen van de aanvraag voor een erkenning als persoon met een beperking ondervond Lies weinig problemen. Bij het administratief centrum waar de aanvraag gestart wordt heeft ze geen grote uitleg gekregen maar ze gaf aan dat ze dat ook niet nodig vond en dat ze het meeste al wist uit haar ervaring als verzorgster. Uit deze ervaring wist ze ook dat er medische verslagen moesten toegevoegd worden aan de aanvraag, deze had ze dan ook zorgvuldig bij gehouden op die manier had ze zelf al een bijna volledig dossier over het verloop van haar ziekte.

Het invullen van de formulieren was geen groot obstakel voor Lies, ze heeft het wel de antwoorden besproken met haar huisarts. Ondanks het feit dat ze zich dus vrij zeker voelde tijdens het invullen van de formulieren heeft Lies achteraf gemerkt dat ze bepaalde zaken verkeerd op had of verkeerd verwoord heeft. Op de vraag of ze kookt had ze geantwoord dat ze zo gezond mogelijk probeert te eten, waaruit het besluit getrokken werd dat ze dus zonder veel moeite kon koken.

Voor de oproeping tot controle was er een tweede vragenlijst opgestuurd. Door de grote gelijkenis met de eerste formulieren en vragen die ze had ingediend bij haar aanvraag had ze het idee dat ze al deze zaken al had opgenomen in haar dossier daarmee had ze de vragen minder uitgebreid beantwoord. Tijdens de controle werd haar gemeld dat de gegevens van de originele aanvraag, de eerst ontvangen formulieren, op een dienst in Brussel lagen en dat de papieren bij de uitnodiging tot controle dus de enige informatie waren waarover de controle dokter in Gent beschikte. Ze had het gevoel dat haar minder gedetailleerde antwoorden in haar nadeel waren en is van mening dat er duidelijker vermeld had moeten worden waarvoor er een tweede maal dezelfde gegevens gevraagd werden. Ze geeft ook aan dat de opinie van de huisarts of specialist ook zeer belangrijk is. Tijdens de aanvraagperiode had ze net een nieuwe specialist omdat de vorige op pensioen was. Er was al jaren geleden in UZ gent longemfyseem vastgesteld, het eerste verslag van de nieuwe longarts was ook irreversibel longemfyseem. Ze wou deze vaststelling gebruiken als extra argument voor haar erkenning maar haar nieuwe specialist veranderde zijn houding nadat ze hem verteld had over haar CVS. Dankzij revalidatie was haar situatie verbeterd en ging het volgens de nieuwe specialist enkel over hyperventilatie als gevolg van haar chronische vermoeidheid en dat het eerder een psychologische was. Zelf is ze het niet eens met deze diagnose en heeft ze het gevoel dat ze hier door een belangrijk element in haar argument is verloren.

### **Controle**

Voor de controle voor haar erkenning bij de FOD Sociale Zekerheid had ze besloten om de trein te nemen aangezien auto rijden al snel te stresserend werd voor haar en dat ze rijden in de ochtendspits niet zag zitten. Door werken aan het stationsplein kon ze de juiste bushalte niet vinden en besloot ze om te voet te gaan. Ze had echter de afstand onderschat en is zich onderweg onwel beginnen voelen, toen ze aankwam vroeg ze aan de persoon die haar de weg wees naar de wachtzaal of ze ergens water kon drinken er was echter geen mogelijkheid tot het verkrijgen van een glas water. De eerste vraag die de controlerende arts haar stelde was hoe ze naar daar was gekomen, ze deed haar verhaal maar de arts leek enkel aandacht te hebben voor het feit dat ze met het openbaar vervoer was gekomen. Daardoor had ze sterk het gevoel dat de controle arts heel snel besluiten trok: met openbaar vervoer gekomen dus je bent mobiel, je eet gezond dus je kan zelfstandig koken ... zonder te luisteren hoe moeizaam het ging en dat ze na de controle in Gent nog een aantal dagen bedrust moest houden vanwege spierpijn en vermoeidheid.

De hele ervaring heeft een diepe indruk achtergelaten op haar, ze zegt dat ze zich *'bekakt voelde'* en *'behandeld als een vodje'*. Haar grootste ergernis is dat de controlerende arts niet luisterde en dat ze het gevoel kreeg dat ze geklasseerd werd binnen de 2 minuten en er juist moeite gedaan werd om de score zo laag mogelijk te houden, *"Hij was gewoon zijn checklijst aan het afgaan en al wat dat hij hoorde stond er in, alsof hij punten moest scoren"*

*om zo weinig mogelijk mensen op invaliditeit te erkennen. Dat was echt mijn gevoel.*” Op de vraag of ze een lage score makkelijker zou aanvaard hebben moest ze het gevoel gehad hebben dat er echt naar haar geluisterd werd antwoorde ze vrij resoluut dat het zeker anders zou zijn overgekomen en dat ze denkt dat ze er dan meer begrip voor zou hebben.

De schaling zelf die gehanteerd wordt vind ze vrij oneerlijk. Ze heeft het gevoel dat mensen die zich laten gaan en die in een slachtofferrol kruipen vlugger erkenning krijgen. Mensen die moeite doen (op eigen initiatief gezondere middelen proberen, osteopathie, zelf in coaching gaan ... ) om zo goed mogelijk te blijven en zoveel mogelijk zelf te blijven doen worden naar haar mening eigenlijk gestraft voor hun moeite. *“Als alleenstaande ‘moet’ je nu eenmaal meer dingen zelf doen ... als je zelf je eten niet opwarmt, heb je geen warm eten – waaruit de controle arts besluit dat je zelfstandig kan koken.”* De schaling laat geen ruimte voor omstandigheden en moeite in rekening te nemen, naar haar mening zou er meer gevraagd moeten worden naar hoe personen een bepaalde handeling ervaren.

Ook over de organisatie van de controle zelf heeft ze enkele opmerkingen, de eerste was de onduidelijkheid over de tweede vragenlijst die al eerder is besproken het tweede was het onthaal zelf. Het onthaal wanneer zij op controle ging bestond uit een personeelslid die vanuit een bureau waarvan de deur openstond van ver zei waar ze naar toe moest.

Over de controle bij de mutualiteit voor haar invaliditeitsuitkering is ze positiever. Ze had het gevoel dat deze controlerende artsen menselijker omgaan met de patiënten. Ze is al enkele keren moeten gaan en ondanks het feit dat ze niet elke keer dezelfde arts voor zich had kreeg ze wel het gevoel dat de arts steeds op de hoogte was van haar dossier. Voor haar was het ook zeer belangrijk dat de controlerende artsen leken te aanvaarden dat ze problemen had als gevolg van haar ziekte en dat het niet puur tussen haar oren zat.

### **Verdere opvolging**

De beslissing van de FOD Sociale Zekerheid over haar erkenning als een persoon met een handicap was negatief. Ze werd hiervan op de hoogte gebracht via postbrief, deze was volgens haar duidelijk genoeg. Ze durfde geen beroep aan te tekenen omdat ze niet nog eens voor een controlerende arts wou verschijnen na haar slechte ervaring. De aanvraag tot erkenning als persoon met een beperking was de enige aanvraag die ze zelf gedaan heeft.

Ze zegt wel dat ze zich goed voelt bij de sociale dienst van de CM. Ze heeft geen vaste maatschappelijke medewerker maar heeft het gevoel dat alle medewerkers op de hoogte zijn van haar situatie en dat ze intern

goed overleg houden. Ze zegt voornamelijk blij te zijn dat er gekeken wordt naar wat zijn mogelijkheden voor u en dat de informatie die ze krijgt via de CM steeds duidelijk en toegankelijk is.

### **Over de maatschappij**

Lies vindt dat de overheid meer moeite zou mogen doen om mensen met een chronische ziekte of mensen die thuis zitten uit hun sociale isolatie te helpen en meer in beweging te krijgen. Ze is overtuigd van de kracht van aangepast beweging en een gezonde levensstijl als beste ondersteuning van goede levenskwaliteit. Om zich in beweging te houden en om sociale contacten op te bouwen en te onderhouden heeft ze een hobby op genomen en probeert ze om de paar weken twee uurtjes de Oxfam Wereldwinkel open houden. Ze geeft aan dat beide activiteiten veel in planning vragen en ook enige moeite maar dat ze het er graag voor over heeft omdat ze zo toch nog kan bezig zijn en niet alleen thuis zit.

Ze vindt het niet erg en eigenlijk ook zeer logisch dat de overheid vrijwilligerswerk controleert, haar enige bemerking is dat de overheid vrijwilligerswerk niet onmiddellijk mag gelijk schakelen met een gewone job. Echt vrijwilligerswerk is naar haar mening niet te vergelijken met een job aangezien er meer keuze mogelijkheden zijn en dus ook meer mogelijkheden om het in te plannen rekening houdend met de eigen noden of om het af te zeggen als het niet gaat.

Naast vrijwilligerswerk ziet ze ook andere zaken waar er ruimte is voor aanpassing die chronische zieken zouden kunnen ondersteunen in het behouden van een goede levenskwaliteit en die dus naar haar aanvoelen kunnen bijdragen in mensen zolang mogelijk zelfredzaam te houden. Zo is ze overtuigd dat een goede psychologische begeleiding voor velen al een hulp zou zijn, *“...niet alleen cognitief maar ook die ondersteuning naar isolatie toe naar... Moest daar ook een terugbetaling voor zijn voor psychische ondersteuning dat zou voor veel mensen ook helpen, nu betaal je dat uit eigen zak. En de meeste doen dat niet.”* Ze is ook een voorstander van complementaire (alternatieve) geneesmethoden en is van mening dat de overheid meer erkenning zou mogen geven op empirische basis. Niet alles is sec wetenschappelijk te bewijzen. Alternatieve methoden waarvan gunstige effecten bewezen zijn zouden ook op de lijst met erkende middelen moeten komen ook al is er geen wetenschappelijke uitleg voor waarom ze werken. *“Ik zeg niet alternatief, ik zeg complementair. Want de klassieke geneeskunde heeft zijn waarde en heeft zijn dingen maar de andere ook.”* Bij enkele informele gesprekken op een lotgenoten bijeenkomst van de CVS Contactgroep werd duidelijk dat alternatieve geneesmethoden door velen onder hen gebruikt werden en dat de niet-erkenning ervan een doorn in het oog is.

Over het activeren van mensen met een beperking op de arbeidsmarkt, denkt Lies dat er zeker meer kan gedaan worden naar werkgevers toe om inzicht te hebben wat “aangepast” werk is. Zo hoort Lies ook bij jongere lotgenoten hoe moeizaam het gaat om aangepast werk te vinden. De arbeidsmarkt vraagt prestatie, maar met

voldoende rustdagen zou een CVS-patiënt wel enkele dagen kunnen presteren. Een eventuele ondersteuning van de overheid zou volgens haar werkgevers misschien wat welwillender maken om iemand aan te nemen die het hoge tempo van de maatschappij niet meer aan kan maar wel nog wil werken.

## Lucien

Leeftijd: 52  
Geslacht: Man  
Lijdt aan: Nierinsufficiëntie, hartfalen en een niet aangeboren hersenletsel  
(Laatst uitgeoefend) beroep: koster  
Gezinssituatie: alleenstaand  
Grootste inkomensbron: invaliditeitsuitkering  
Administratieve vaardigheid: goed  
Digitale vaardigheid: eerder beperkt

### Informatie

Lucien is voorzitter van Ariadne Midden-Vlaanderen, dit is een groep binnen de ziekenzorgvereniging van de CM dat zich richt op chronische zieken, hierdoor heeft hij een goede kennissenkring waar hij bij terecht kan met vragen. Veel informatie zelf opzoeken doet hij niet zegt hij, als hij vragen heeft gaat hij langs bij de sociale dienst van de CM. Hij is tevreden over de dienstverlening die hij krijgt bij de sociale dienst en zegt dat deze een goed zicht hebben op de zaken en dat hij steeds goed onthaald wordt.

Hij zegt wel dat de brieven die verstuurd worden in verband met bepaalde tegemoetkomingen of aanvragen iets betere informatie zouden kunnen bevatten. Hij geeft als voorbeeld de brief die hij onlangs ontving om hem te melden dat hij niet meer in aanmerking kwam voor de verhoogde tegemoetkoming door een verhoging van het vakantiegeld voor mensen met een beperking, in deze brief stond volgens hem enkel dat hij geen recht meer had op de tegemoetkoming maar geen verdere uitleg over waarom. *“Maar ik bedoel, je ge krijgt zo een brief waar direct opstaat ‘u krijgt geen recht meer op verhoogde tegemoetkoming’, wat vrij brusk is. Ik had liever iets meer uitleg.”* Verder zegt hij dat er algemeen geweten is dat er veel mogelijkheden zijn maar dat er weinig effectieve informatie over deze mogelijkheden tot bij de mensen geraken die het nodig hebben.

### Indienen van de aanvraag

Lucien is erkend als 85% werk onbekwaam maar zou graag nog naar zijn eigen mogelijkheden werken op vrijwillige basis, hij heeft hier voor 6 maand geleden een aanvraag gedaan. De sociale assistent heeft samen met hem de aanvraag formulieren overlopen en hij heeft een brief van ontvangst gekregen maar nu wacht hij al 6

maanden op de uitslag. *“Maar dat is zo een ellenlange brief en een dossier dat moet ingevuld en ingediend worden voor het VAPH en dat moet dan voor een commissie komen... ..dat ontmoedigd mij zo een beetje”*. Hij heeft het gevoel dat de procedures expres zo complex gemaakt worden om mensen te ontmoedigen, *“En het is precies dat ze u zo laten doen, zo ja, hij zal wel verleren en hij zal het loslaten.”*

Door de verhoging van het vakantiegeld voor invaliden was Lucien even zijn verhoogde tegemoetkoming kwijt, dit zorgde voor extra lasten aangezien hij nu zijn medicatie en doktersbezoeken plots uit eigen zak moest betalen maar ook enkele sociale rechten is hij hierdoor verloren zoals het sociaal tarief voor elektriciteit en water. Na een gesprek bij de sociale dienst van de CM heeft hij zijn verhoogde tegemoetkoming vrij snel teruggekregen omdat het bleek te gaan over een fout in de berekening, maar voor het sociaal tarief zal hij nu opnieuw een aanvraag moeten doen. Hij is van mening dat dit eigenlijk opnieuw automatisch zou moeten kunnen gebeuren en dat er te veel zaken aangevraagd moeten worden op initiatief van de burger zelf.

### **Controle**

Lucien is van mening dat er een denkfout zit in de manier waarop de zelfredzaamheid gecontroleerd wordt, *“... dat is tegenstrijdig want ze beweren ook dat al wat dat ge zelf kunt als chronisch zieke of iemand met een beperking dat je nog zelf moet doen, maar dan komen zij af met die puntentelling en als die onder een bepaalde waarde schaal dan heb je geen recht meer van derden en dan zijde dat ook kwijt.”* Het gaat bij hem vooral om de zekerheid dat wanneer hij een slechte dag heeft of nood zou hebben aan hulp van derden dat hij daar dan beroep op kan doen. *“Dat is een belangrijk iemand om te zorgen dat ik toch nog veel kan doen.”*

De controle zelf vindt hij onaangenaam, voornamelijk omdat hij het gevoel heeft dat er weinig kennis is van zijn situatie en dat het allemaal vrij onpersoonlijk verloopt. Zelf zou hij het beter vinden moest er in plaats van het aframmelen van een lijstje vragen hem eerder gevraagd zou worden naar hoe zijn dag er uit zit of dat er enkele uren iemand hem observeert tijdens zijn dagelijkse routine. Nu is het naar zijn aanvoelen te veel een moment opname. Hij geeft ook aan dat er grote verschillen zijn tussen zijn slechte en zijn goede dagen en dat het moeilijk is om dat uit te leggen.

### **Opgvolging van het dossier**

Lucien vindt dat hij weinig weet over de status van zijn dossier, hij zegt dat er meestal wel contactgegevens meegegeven worden voor wanneer hij vragen zou hebben maar als hij hier naar belt heeft hij het gevoel dat het steeds een bandje is dat opneemt. Hij zegt dat dit ontmoedigend werkt, net als de grote papierberg die telkens gepaard gaat met het indienen van aanvragen.

### **Over de maatschappij**



Lucien zet zich actief in voor mensen met een beperking en een chronische ziekte, hij is ervan overtuigd dat er nog een lange weg te gaan is voor er volledige inclusie is maar dat het beetje bij beetje aan het verbeteren is. *“Meer en meer komen mensen met een beperking komen ze wakker. Het is een nieuwe generatie die bezig is en die zich niet zo goed meer laat doen en niet in een hoekske laat steken of in een instelling.”* Hij heeft zelf al enkele reizen gemaakt en een goede vriend van hem die zelf een beperking heeft is Europa doorgetrokken en overal opzoek gegaan naar hoe er om gegaan wordt met beperkingen. Lucien ziet de Scandinavische landen als grote voorbeelden.

Hij vertelt over hoe er naar zijn mening nog veel te weinig rekening gehouden wordt met beperkingen, als rolstoelgebruiker wordt hij hier dagelijks mee geconfronteerd. Volgens hem zouden er in bepaalde beslissingen van hoger af meer rekening gehouden kunnen worden met personen met een beperking. Hij haalt als voorbeeld aan dat de NMBS onlangs een bestelling heeft gedaan voor nieuwe wagons, deze nieuwe wagons zijn echter net te hoog voor een rolstoelgebruiker om er zelfstandig in te rijden waardoor hij dus hulp nodig heeft. Volgens hem zou de bestelling een goede kans geweest zijn om lagere en dus beter aangepaste wagons aan te kopen waardoor rolstoelgebruikers zelf makkelijker gebruik kunnen maken van de trein maar het ook voor het treinpersoneel een verbetering zou zijn aangezien deze geen extra moeite meer zouden moeten doen om rolstoelgebruikers te helpen. Zijn ervaring zegt hem ook dat zelfs de plaatsen waar rolstoelgebruikers vaak komen, zoals ziekenhuizen en de gebouwen van de mutualiteit, zelf weinig aangepast zijn. Volgens hem zou er in het lokale CM-gebouw slechts één aangepast toilet zijn.

Over de werkmogelijkheden van chronische zieken zegt hij dat er te weinig informatie verspreid wordt naar de werkgevers toe, deze weten vaak niet welke noden een persoon met beperking heeft en welke tegemoetkomingen er zijn om aan deze noden te voorzien. Hij is ook overtuigd dat er op het gebied van maatregelen en ondersteuning voor werk er meer aandacht gegeven wordt aan fysieke en mentale beperkingen dan aan chronische zieken, hij vermoedt dat dit een gevolg is van het feit dat deze laatste doelgroep nog complexer is. Het feit dat een invaliditeitsuitkering in vele gevallen zeer dicht bij het mogelijke loon uitkomt werkt volgens hem ontmoedigend voor de chronisch zieke zelf aangezien hij hierdoor weinig motivatie heeft om werk te zoeken en de bijkomende paperassen in orde te brengen.

Hij heeft het idee dat de samenleving mensen met een chronische ziekte geen kansen wilt geven, *“Hier zegt men als iemand chronisch ziek is dan is men ziek en zet u maar langs de kant of gaat in de week maar een pintje drinken, ge moet niet gaan werken. Maar dat is niet zo... alé men maakt de mensen nog zieker doordat ze niets kunnen doen en men steekt ze meer en meer in de eenzaamheid...”* Hij zegt ook dat werk of vrijwilligerswerk in zijn ogen ontmoedigend wordt door de grote papiermolen die er mee gepaard gaat.

## Matthijs

Leeftijd: 60  
Geslacht: Man  
Lijdt aan: Adult Dominant Polycystic Kidney Disease (ADPKD), getransplanteerd  
Beroep: Ingenieur informatica en elektronica (zelfstandig)  
Gezinssituatie: getrouwd met volwassen kinderen  
Grootste inkomensbron: invaliditeitsuitkering aangevuld met enkele uren werkloon en loon van zijn echtgenote  
Administratieve vaardigheid: minder, voornamelijk door desinteresse  
Digitale vaardigheid: zeer goed, vanuit beroepsachtergrond  
Andere aanwezige tijdens interview: zijn echtgenote, Sofie

### Werken en chronisch ziek zijn

Matthijs heeft het gevoel dat zijn leeftijd hem meer parten speelt in zijn zoektocht naar werk dan zijn ziekte. Volgens hem zijn werkgevers voornamelijk opzoek naar dynamische, jonge mensen, naar zijn aanvoelen worden mensen boven de 45 langzaam aan de kant geschoven. Na een ontslag op een privébedrijf op zijn 50<sup>ste</sup> heeft hij besloten om zelfstandige te worden, voordien was hij dit al in bijberoep. Ondanks het feit dat zijn ziekte rond dezelfde periode tot uiting is gekomen heeft hij altijd moeite gedaan om te blijven werken en is hij actief opzoek gegaan naar werk. *“Ik probeer maar op een bepaald moment voel je ook dat als je 20 sollicitaties doet en ge krijgt zelfs geen antwoord... dan denkt ge ook stopt er mee.”* Bij sollicitaties vermeldt hij niet dat hij getransplanteerd is waardoor hij er vanuit gaat dat hij niet geraakt op basis van zijn leeftijd.

Momenteel helpt Matthijs enkele uren per week in het bedrijf van een achterneef. Hij heeft toestemming van de adviserende geneesheer van de mutualiteit om 10uur per week te werken. Hij heeft ooit gevraagd of dit aantal verhoogd kon worden maar de adviserende geneesheer kon toen met weinig zekerheid bevestigen of dit mogelijk was.

Op de vraag of de activeringsmaatregelen voor personen met een beperking voldoende bekend gemaakt worden maakt hij zich de bedenking of organisaties personen met een beperking wel aannemen voor de juiste redenen. Hij vraagt zich af of organisaties het te werkstellen van personen met een beperking niet eerder zien als een investering in hun imago dan als een investering in een persoon. Volgens zijn vrouw is de enige sector die echt toegankelijk is voor personen met een beperking de overheidssector. Ze werkt zelf in een overheidsdienst en merkt dat hier zowel voor de aanwerving van personen als voor reeds te werk gesteld personeel moeite gedaan wordt voor aanpassingen van de werkomgeving.

## **Informatie**

Tijdens zijn behandeling is er Matthijs enkele keren aangeboden om een afspraak te maken bij de sociale dienst van het ziekenhuis of bij de maatschappelijke dienst van de mutualiteit, hij is hier nooit op in gegaan. Hij dacht het niet nodig te hebben en dat hij zijn plan wel zou trekken. *“Er is een hele periode dat ik eigenlijk een beetje mijn plan wou trekken en dat ik nooit iets gevraagd heb. [...]Ik heb gezegd ik ben zelfstandige, ik blijf zelfstandige. Want ik wil daar later mee verder gaan en ik heb zelfs geen ziekte verlof aangevraagd. Ik heb niets aangevraagd.”* Volgens zijn vrouw was Matthijs voornamelijk gefocust op het niet ziek zijn en wou hij geen aanvragen doen omdat hij toch terug zou gaan werken.

ADPKD is een genetische aandoening en Matthijs wist al op vrij jonge leeftijd dat hij ooit nood zou hebben aan nierdialyse. Desondanks heeft hij voor zijn 50<sup>ste</sup> nooit echt gezocht naar informatie over wat zijn opties zouden zijn eens het zo ver was. Hij zegt dat hij pas naar informatie zoekt wanneer hij echt vragen heeft of ergens mee zit. Bijkomend zorgde zijn ziekte volgens hem ook niet voor grote financiële problemen aangezien zijn vrouw een goed betaalde job heeft waardoor er weinig druk was om echt opzoek te gaan naar ondersteuning.

Als hij met vragen zit vertrouwt hij voornamelijk op het internet om hem antwoorden te geven. Daarnaast hebben ze ook een goede kennissenkring waarbij ze ook terecht kunnen met vragen. Zowel Matthijs als zijn vrouw geven aan dat ze misschien in een atypische situatie zitten doordat ze beide zeer vaardig zijn met technologie en computers en ze daar boven op via de job van Sofie contacten hebben in overheidsdiensten. Ze zijn overtuigd dat andere mensen van hun leeftijd of in een gelijkaardige situatie misschien meer moeite zouden hebben om zich te informeren omdat ze minder vlot overweg kunnen met computers of de formele informatiekanalen moeten gebruiken.

## **Indienen van aanvragen en opvolging**

Matthijs heeft zelf nooit een aanvraag ingediend. Hij dacht hier niet voor in aanmerking te komen aangezien hun gezinsinkomen volgens hem te hoog was om te voldoen aan de voorwaarden. Hij zegt nooit echt problemen te hebben ervaren bij zijn contactmomenten met de overheid. *“We hebben eigenlijk niet veel last gehad met de dingen maar wij hebben ook niets aangevraagd of geëist natuurlijk.”* Hij heeft wel enkele automatische toekenningen verkregen en is zeer tevreden over deze dienstverlening. *“Eigenlijk waren dat altijd verrassingen dat we zelfs niet wisten dat we daarvoor in aanmerking konden komen.”*

Er zijn slechts 2 momenten dat ze enig ongemak ervaart hebben. Het eerste had te maken met een dag overlap van ziekteverlof en werkloosheidsuitkering, vermoedelijk door een vergissing bij het opgeven van de ingangs- of einddatum. Volgens de wet is dit sociale fraude en het uitgekeerd bedrag voor die dag werd terug gevorderd.

De brief die hen hiervan op de hoogte stelde was naar aanvoelen van Matthijs van toon niet in evenredigheid met het verschuldigde bedrag. Zijn vrouw heeft nog op het kabinet van de staatssecretaris voor fraude bestrijding gewerkt en kon hem zeggen dat het gaat over een standaardbrief die ook gebruikt wordt in gevallen van zware fraude. Ze voegde wel toe dat ze kan begrijpen dat de brief voor mensen die niet over deze achtergrondkennis beschikken intimiderend en bedreigend kan overkomen.

Het tweede moment was een recente opvraging van enkele financiële gegevens over de periode waarin Matthijs zelfstandig zonnepanelen verkocht. Men wou controleren of het inkomen dat Matthijs hieruit haalde niet te hoog lag voor wat hij toen maar mocht hebben in combinatie met zijn uitkering. Sofie vond dat deze controle achter de feiten aan holt aangezien de vraag dit jaar gesteld werd over een periode in 2011. Toen ze de gevraagde bewijsstukken opstuurde naar de bevoegde dienst vroeg ze naar een bevestiging van ontvangst, ze heeft deze nooit ontvangen en heeft er verder niets meer over gehoord.

### **Controle**

Matthijs is al 3 keer opgeroepen voor een controle bij de mutualiteit. Deze verlopen volgens hem altijd goed en hij heeft hier geen echte klachten over. Enkel bij de laatste controle was hij enigszins gefrustreerd doordat deze niet leekt te geloven dat een hoog opgeleide persoon zoals hij geen job kon vinden. Hij zegt dat hij tijdens dit gesprek het gevoel had dat hij op de proef gesteld werd en dat er enkele vragen gesteld werden om hem uit te dagen. *“Maar dat is misschien ook hun opdracht he.”*

### Magda

Leeftijd: 58 Geslacht: Vrouw Lijdt aan: Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS) (Laatst uitgeoefend) beroep: verzorgster in het OCMW Gezinssituatie: alleenstaand, heeft volwassen kinderen grootste inkomensbron: rustpensioen Administratieve vaardigheid: gemiddeld, maar het vraagt veel concentratie Digitale vaardigheid: zeer basis. Mailen gaat maar complexere handelingen minder
---

### **Informatie**

Magda vertelt hoe ze in het begin van haar ziekte vrij snel op rustpensioen is geplaatst, dit kwam niet alleen daar de chronische vermoeidheid maar ook omdat ze lichamelijke problemen had. Als verzorgster bij het OCMW zit ze in het systeem voor publieke werknemers, doordat ze niet genoeg dienstjaren heeft kunnen werken valt ze in een uitzonderlijke situatie waarbij ze het minimum gewaarborgd pensioen krijgt. Ze vertelt over hoe lang het

geduurd heeft voor ze begreep waarom dat haar pensioen zo veel lager was dan anderen rond haar in de CVS-vereniging. De berekening van haar pensioen werd haar toegestuurd, door haar gebrek aan dienstjaren is er een deel dat wordt bij gepast aan de berekening om aan het minimum te komen. Het aandeel van dit extra deel verminderd over de jaren, hierdoor is het bedrag van haar pensioen weinig veranderd door de tijd heen aangezien dat indexsprongen gecompenseerd werden door de vermindering van het extra gedeelte.

Op zich heeft Magda weinig problemen met de manier waarop haar pensioen berekend is of het feit dat anderen meer krijgen. Waar ze het wel moeilijk mee heeft is dat er haar weinig uitleg wordt gegeven over het systeem waarin zij zit, het is maar door recentelijk zelf langs te gaan bij de pensioendienst dat meer uitleg heeft ontvangen. Daarnaast wordt er in het begin, naar haar mening, veel informatie gegeven over hoe alles berekend wordt maar te weinig over waarom, wat de gevolgen hiervan zijn en of er zaken zouden kunnen veranderen na verloop van tijd. Zo zou ze graag weten of er zaken zullen veranderen wanneer ze de wettelijke pensioenleeftijd bereikt en of ze dan supplementen kan krijgen boven op haar pensioen.

Algemeen vindt ze het moeilijk om aan informatie te komen die correct is en waar ze op kan vertrouwen. Ze geeft aan dat de meeste tussenpersonen zoals de maatschappelijke medewerker van de CM of de contactpersoon bij de pensioendienst wel zeer behulpzaam zijn maar dat zelfs zij weinig met zekerheid kunnen antwoorden op haar vragen. *“...nog bij familiehelp, nog de huisdokter nog bij de sociale dienst van de cm heeft er iemand enig idee van of ik er recht op heb of niet. Dat vind ik heel raar.”*

Door dat ze weinig weet over de financiële gevolgen van bepaalde zaken, zoals bijvoorbeeld het bereiken van de wettige pensioenleeftijd of het aangaan van vrijwilligerswerk, is het moeilijk om toekomstplannen te maken. Zal haar pensioen genoeg zijn als ze later naar een rusthuis zou moeten? Welke stappen kan ze ondernemen om zich voor te bereiden?...

De medewerkster van de pensioendienst zou haar gezegd hebben dat ze best nog eens langs komt in het jaar voor ze 60 wordt om dan te zien wat ze kunnen doen. Ze vermoedde dat dan haar dossier opnieuw herbekeken zou worden en onderzocht. Wat de gevolgen van dit onderzoek zouden kunnen zijn is niet volledig duidelijk.

Het gebrek aan informatie bemoeilijkt niet alleen het maken van haar beslissingen maar het leidde ook tot desinteresse in het aanvragen van bepaalde rechten. Enkele slechte ervaringen met het aanvragen van zaken waar men dacht dat ze recht op had maar uiteindelijk niet in aanmerking kwam maakt dat ze zeer sceptisch staat tegen over het starten van nieuwe procedures. Op aanraden van Familiehelp en haar huisarts heeft ze toch besloten om een IVT aan te vragen.

### **Het indienen van de aanvraag**

Bij de jaarlijkse controle van het inkomen door Familiehulp vertelde de maatschappelijk helpster haar dat haar inkomen in de laagste schaal valt en dat ze dus naar haar mening in aanmerking kwam voor een tegemoetkoming. Ze raadde Magda aan om langs te gaan bij haar ziekenfonds. Ook haar huisarts zei dat het misschien een goed moment was om een nieuwe aanvraag te doen, enkele jaren geleden hadden ze dit al eens geprobeerd maar toen had ze een negatief advies gekregen van de bevoegde instantie. Ze heeft de raad opgevolgd en heeft een aanvraag ingediend via de CM.

Voor het invullen van het medische deel van de aanvraag kreeg ze hulp van haar huisarts. Het administratieve deel heeft ze voornamelijk zelf ingevuld. Ze zegt dat er 3 soorten vragen zijn; de vragen die duidelijk zijn en die je direct weet (Verblijft u in een instelling? Adres? Persoonlijke gegevens...), vragen die enig opzoekwerk vereisen (Wanneer ben u op rustpensioen gegaan?) en dan de zelfredzaamheidsvragen. Vooral over het deel over de zelfredzaamheid had ze enkele bedenkingen. De vragen waren duidelijk maar het vinden van de juiste verwoording was moeilijker. Ze begreep niet goed hoe ze bepaalde zaken moest omschrijven. De maatschappelijk werkster wees er op dat de verwoording van dit laatste deel zeer belangrijk was en heeft aangeboden om het samen met haar te schrijven.

### **Controles**

In het begin van haar ziekte is werd Magda regelmatig opgeroepen om op controle te gaan bij de pensioendienst. Hier werd haar telkens gevraagd of ze nog graag zou willen werken, haar antwoord was hier telkens 'ja'. Ze is dan ook teleurgesteld dat er geen reactie kwam op haar antwoord. *"Ze vragen dat maar ze doen nooit iets er mee. ... ik vraag me af mensen die dan 'nee' zeggen, 'ik wil niet meer werken.' Hoe? Wat een invloed heeft dat?"* Uit haar antwoord valt af te leiden dat ze gehoopt had dat er enige moeite gedaan zou worden om haar terug op de werkvloer te krijgen of dat er toch iets gedaan zou worden met haar antwoorden.

Bij de controles die aan huis gebeuren mist ze vooral het gevoel dat de controleurs zicht hebben op haar situatie en kennis hebben van haar ziektebeeld. Naar haar mening weten controleurs niet wie ze gaan zien wanneer ze ergens aanbellen waardoor de gecontroleerde het gevoel krijgt niet begrepen te worden. Haar vraag is niet naar meer begrip maar eerder naar meer kennis over de achtergrond van de gecontroleerde of over de symptomen en gevolgen van de (meest voorkomende) ziekten. Ze begrijpt dat het voor controleurs makkelijker is wanneer ziektes goed fysiek aantoonbaar zijn of duidelijk vast te stellen aan de hand van testresultaten maar voor elke ziekte die goed aantoonbaar is is er een ziekte waar dit niet het geval is. Controleurs zouden ook in het laatste geval op de hoogte moeten zijn van de inhoud van de ziekte om zo duidelijke vragen te kunnen stellen.

## **Opvolging van het dossier**

Aangezien de aanvraag voor een IVT nog niet afgerond is kon Magda maar weinig vertellen over hoe de beslissing bekend gemaakt wordt en het verder verloop van de procedure. Over het opvolgen van haar dossier bij de pensioendienst en het ontvangen van 'updates' over mogelijke veranderingen binnen haar pensioen of andere zaken waar ze misschien recht op zou hebben door haar minimum gewaarborgd pensioen heeft ze enkele bedenkingen.

Magda verkiest om informatie op papier te ontvangen, ze kan met de computer werken maar het kost haar enige moeite. Complexere zaken zoals het opvolgen van haar dossier op een webtool is iets waar ze weinig aanleg en interesse voor heeft. Wel vind ze het systeem van de CM waarbij ze via mail op de hoogte gehouden wordt en er eventueel een link met meer informatie mee gestuurd wordt een handige manier van communicatie.

Over de communicatie van de pensioendienst is ze minder te spreken, het taalgebruik vindt ze niet goed aangepast en soms verwarrend. Dit wordt verder bemoeilijkt door de grote hoeveelheid aan info die in een keer verstuurd wordt. De informatie is soms ook tegenstrijdig, ze haalt het voorbeeld aan van haar aanvraag voor sociaal tarief van de nutsvoorzieningen. Hiervoor heeft ze een attest gevraagd bij de pensioendienst, hierop staat dat ze met dit attest het sociaal tarief kan aanvragen. Toen ze dit attest bezorgde aan de watermaatschappij zei deze dat het attest alleen niet voldoende is en dat er andere zaken moesten ingediend worden op haar aanvraag rond te krijgen. Zelf begreep ze dit niet zo goed aangezien er tegen haar gezegd was dat het attest van de pensioendienst voldoende zou zijn.

## **Over de maatschappij**

Magda heeft jaren zelf in de zorg sector gestaan, ze kent er de nood aan extra mankracht en de hoeveelheid aandacht die patiënten vragen. Ze is dan ook overtuigd dat de zorgsector er baat bij zou hebben als chronische zieken aangespoord zouden worden om vrijwilligerswerk te komen doen in rusthuizen of andere sociale initiatieven. Zo zouden de patiënten extra aandacht kunnen krijgen en zouden de chronische zieken uit hun isolement kunnen komen en hun eigen waarde kunnen opkrikken. Ook in andere sectoren ziet ze ruimte voor vrijwilligerswerk voor mensen met een chronische aandoening (in de mate van het mogelijke).

Ze vind dat de mentaliteit van 'wie niet mee kan blijft maar achter' aanwezig is in de huidige manier van werken. Vrijwilligerswerk zou zowel voor de personen zelf als voor de maatschappij voordelen bieden. Ze heeft er geen problemen mee dat er controle zou zijn op het soort vrijwilligerswerk dat een persoon met uitkering doet maar het moet mogelijk zijn voor chronische zieken op ondanks hun moeilijke situatie toch bij te kunnen dragen aan de maatschappij indien ze dat willen.

## Marlies

Leeftijd: 44  
Geslacht: Vrouw  
Lijdt aan: Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS)  
(Laatst uitgeoefend) beroep: administratief bediende  
Gezinssituatie: alleenstaand, heeft inwonende kinderen van studentenleeftijd  
grootste inkomensbron: werkloosheidsuitkering en IVT  
Administratieve vaardigheid: zeer goed  
Digitale vaardigheid: goed

### Informatie

*“Informatie komt heel moeilijk naar de persoon die het echt nodig heeft.”*, zegt Marlies. Ze prijst zich gelukkig dat ze aangesloten is bij de CVS Contactgroep, omdat ze hier veel zaken opvangt vanuit de vereniging of via lotgenoten. Informatie is beschikbaar wanneer men weet naar wat men zoekt en dus al beseft heeft van het bestaan van bepaalde tegemoetkomingen of vergoedingen. Het gaat naar haar mening vooral over de kleine zaken die al een verschil kunnen maken en die vaak niet geweten zijn. Ze gebruikt als voorbeeld de verlaagde successierechten, zelf wist ze te laat dat ze recht had op een lager tarief. Ze stelt voor dat notarissen of begrafenisondernemers hier misschien kunnen helpen om op het juiste moment de juiste informatie te geven.

In het opzicht van goede informatie was ze zeer opgetogen over een presentatie op het “Forum van de Patiënt”, waarbij er een duidelijk overzicht werd gegeven over waar je wanneer recht op kon hebben. Ze kende het Infopunt Chronische Zieken niet maar tijdens het gesprek werd duidelijk dat de presentatie verzorgd werd door mevrouw Rochtus van het Infopunt. Na een korte uitleg over het ontstaan en doel van het Infopunt zei ze dat ze de indruk had dat ze bij het Infopunt duidelijk op de hoogte waren en hun best deden om informatie klaar en toegankelijk te maken. Ze sprak dat ze bij de sociale dienst van de CM altijd goed geholpen werd, maar dat ze er soms niet direct antwoord konden geven op vragen. *“Ze gaan moeite doen zodanig dat ge antwoord krijgt op u vraag, maar ik heb niet de indruk dat ze altijd zo goed van alle dingen op de hoogte zijn.”*

### Het indienen van de aanvraag

Een aanvraag voor een inkomensvervangende tegemoetkoming was de laatste aanvraag die Marlies gedaan heeft. Het aanvragen van de nodige formulieren aan de gemeente verliep zeer vlot, *“Ik heb eigenlijk praktisch geen vragen moeten stellen want ze vertelde eigenlijk alles wat dat ik moest weten.”*. De bediende achter het loket vulde alle nodige gegevens in voor haar en gaf het bewijs van aanvraag mee, daarnaast had deze haar ook gewaarschuwd dat het enige tijd zou duren voor ze iets zou horen over haar aanvraag.



De in te vullen formulieren voor de aanvraag werden haar later opgestuurd via de post. Ze beschrijft de vraagstelling als Kafka, gezien haar achtergrond in administratie begreep ze de vragen wel maar ze kon zich goed inbeelden dat er veel mensen zijn die moeite hadden met de administratieve taal te begrijpen. Het deel over de zelfredzaamheid heeft ze zelf ingevuld en dan samen met haar huisarts overlopen, hierdoor voelde ze zich wat gerustgesteld.

### **Controle**

Voor haar invaliditeit is ze op controle moeten gaan bij het RIZIV, hier had ze het gevoel dat de vragen bedoeld waren als valstrik. Ze was ook overdonderd door de situatie waardoor ze niet goed wist hoe ze moest antwoorden op de vragen. Ze was ook van mening dat er weinig vragen gesteld werden vanuit het voorgelegde medisch dossier. Ook het medisch onderzoek stelde naar haar mening weinig voor, de testen die gedaan werden waren basis en zouden weinig over haar ziekte verteld hebben. Algemeen had ze bij beide onderdelen het gevoel dat er vooringenomenheid was en dat er weinig respect getoond werd naar de aanvragende persoon. Ze heeft het gevoel dat er vragen gesteld worden om je in de val te laten lopen. Als voorbeeld vertelde ze dat er haar gevraagd werd of ze las, hierop antwoorde ze dat ze af en toe een jeugdboek las wanneer haar kinderen een boekbespreking moesten maken zodat ze hen kon helpen. De controleur leek er meteen vanuit te gaan dat ze veel las en dat het ook over dikke moeilijke boeken ging en bleef naar haar mening doorvragen tot ze dit idee zou bevestigen.

Ook de vragen bij de controle voor haar IVT bij de FOD Sociale Zekerheid waren naar haar mening weinig zeggend en gaven haar het gevoel dat er vragen bleven gesteld worden tot ze een fout maakte. Ze had ook het idee dat de antwoorden zeer zwart-wit worden opgenomen en dat er weinig aandacht gegeven wordt aan achtergrond informatie.

Ze heeft 2 keer een IVT aangevraagd, de eerste keer werd ze op controle geroepen op het bureau in Brussel de tweede keer mocht ze langs gaan bij een controlerende geneesheer in haar buurt. Deze controle vond ze veel aangenamer, ze vond het al een verbetering dat ze dichterbij huis op controle kon. Ze had zich goed voorbereid, zeker omdat ze een kennis had die een zeer slechte ervaring had gehad met de betreffende arts. Haar eigen ervaring was dan weer positief, ze had het gevoel dat er geluisterd werd naar haar antwoorden. Ze kon zich deftig verdedigen doordat ze niet het idee had dat ze voor een jury stond. Het feit dat ze zich niet bedot voelde en het gevoel had dat ze voldoende kans had om haar situatie uit te leggen maakte het algemeen aangenamer en positiever.

## **Verdere opvolging**

De eerste keer dat ze IVT heeft aangevraagd werd ze afgekeurd omdat het gezamenlijk inkomen van haar en haar partner boven de minimumgrens lag. De tweede aanvraag heeft ze ingediend na haar scheiding en deze is haar toen toegekend. Over de opvolging van haar aanvragen had ze weinig aan te merken, enkel dat de verwoording minder ambtelijk zou kunnen en dat de termijn waarin men antwoord kan verwachten beter vermeld zou moeten worden. Ze was zeer blij dat de persoon op de gemeente haar had gewaarschuwd over de lange wachttijd. Anders zou ze niet goed geweten hebben wanneer ze zich vragen had moeten stellen en misschien contact had moeten opnemen over de verloop van haar dossier.

Marlies heeft al twee maal een beroepsprocedure op gestart tegen de beslissing door het RIZIV om haar arbeidsgeschikt te verklaren, de eerste keer heeft ze gewonnen en de tweede procedure is nu in hoger beroep. Voor deze procedure heeft ze voornamelijk de steun gehad van haar vakbond, deze zorgde er voor dat ze een advocaat had die haar verdedigde. Zonder deze hulp zou ze het zeer moeilijk gevonden hebben om het juridische landschap te navigeren. Ook de kosten die er aan zijn verbonden zouden moeilijk te dragen zijn geweest.

De brief die haar op de hoogte stelde van de beslissing van het RIZIV legde naast de mogelijke beroepsmogelijkheden ook de nodige stappen uit die ze nu moest ondernemen om of wel weer te gaan werken of een werkloosheidsuitkering te bekommen (het contacteren van de vorige werkgever of van de VDAB en uitkerende instantie). Er staat geen termijn vermeld waarin men deze stappen moet hebben afgerond. Maar het is in het eigen voordeel om dit zo snel mogelijk te doen, want zo lang dit niet in orde is heeft men geen inkomen. Zelf had Marlies geluk omdat ze door een goed vallende feestdag een extra dag had om de VDAB te contacteren. Bij de VDAB verliep alles vlot, ze heeft hier meteen gemeld dat ze in beroep gaat tegen de beslissing en dat ze dus niet opgeroepen wenst te worden voor interviews aangezien dit zou ingaan tegen haar beroepsverklaring. Ook bij de vakbond verliep het vlot en heeft ze onmiddellijk hulp gevraagd bij haar beroepsprocedure.

## **Over de maatschappij**

Marlies heeft de indruk dat er de laatste jaren veel veranderd is in de zorgsector, aanpassing van de namen van bepaalde diensten, bevoegdheden die zijn overgedragen of nieuwe diensten die zijn ontstaan. Ze vond het ontstaan van GTB en verdere begeleiding naar werk voor mensen met een beperking een goede zaak. Wel is ze overtuigd dat er in weinig vraag is naar werknemers met een beperking, *“Er zijn ook zoveel jongeren die geen werk vinden, gezonde jongeren pas op de arbeidsmarkt. En dan moeten de ouderen mensen ook langer werken en dan vraag ik mij af waar is er nog plaats voor de chronisch zieke op de arbeidsmarkt?”*. Ze zou een proefperiode een goede manier vinden om mensen aan te moedigen om te gaan werken, op die manier zouden ze zich zekerder voelen over hun gemaakte keuze en of het wel gaat lukken of niet.

Naar haar mening is er een algemene mentaliteit die er vanuit gaat dat mensen op invaliditeit 'profiteurs en luieriken' zijn. Ze begrijpt dat er inderdaad mensen zijn die het systeem misbruiken en profiteren daarom vindt ze dat de controles zeker noodzakelijk zijn. Ze stelt wel voor om de focus van de controle meer te leggen op waar uitkeringen mee gecombineerd worden en of er niet gevoefd wordt.

Zelf is Marlies zeer actief in de lokale CVS Contactgroep, ze houdt dit vrijwilligerswerk liever stil op controles omdat ze bang is dat het gezien gaat worden als het teken dat ze goed genoeg is om te gaan werken. Ze zegt dat ze wel zou willen proberen om terug te gaan werken, maar dat ze niet goed weet hoe ze hieraan moet beginnen. *"...het is ook heel onduidelijk van hoe werkt het en hoe werkt het niet en als ik het niet aan kan, kan ik dan nog terug vallen op invaliditeit? Zo een zaken... Er zijn zoveel vragen die niet duidelijk zijn en de ene zegt dit en de andere zegt dat."* Ze zou dus graag duidelijkheid hebben over wanneer vrijwilligerswerk aanvaard wordt en hoe het allemaal in zijn werk gaat moest ze eventueel terug willen proberen werken. Omdat dit alles zo onduidelijk is wil ze de kans niet lopen dat ze de stabiele situatie waar ze zich nu in bevind zou kunnen verliezen.

## Bijlage 3: Contactformulier FOD Sociale Zekerheid

---

Beste Mevrouw/heer,

U stelde onlangs een vraag via het contactformulier op de website van de Directie-generaal Personen met een handicap ([www.handicap.fgov.be](http://www.handicap.fgov.be)).

### **Uw vraag:**

Geachte

Ik ben een studente Bestuurskunde en Publiek Management aan de universiteit van Gent. Voor mijn masterproef ben ik kwalitatief onderzoek aan het doen naar de ervaring van chronisch zieke burgers met de overheidsdienstverlening. In het kader van mijn onderzoeksvraag had ik graag een interview afgelegd met iemand van uw dienst.

Ik ben voornamelijk geïnteresseerd in de interne organisatie van de Integratietegemoetkoming, de Inkomensvervangende tegemoetkoming en de erkenning van een handicap. Zou er iemand van uw dienst bereid zijn om hierover met mij samen te zitten en extra uitleg te geven?

Alvast bedankt

Met vriendelijke groeten  
Paulin Van Biesen

### **Ons antwoord:**

beste,

Door organisatieproblemen binnen onze FOD krijg ik uw vraag nu pas door. ik weet niet of u al een antwoord hebt gehad op uw vraag. U kan steeds via het webformulier de vraag opnieuw stellen indien nodig.

We hopen dat we hiermee uw vraag beantwoord hebben.

Als u meer informatie nodig heeft, aarzel dan niet ons te contacteren door opnieuw het formulier in te vullen op onze website [www.handicap.fgov.be](http://www.handicap.fgov.be) (vermeld dan onze referentie 2-800981935 in het veld 'Formuleer je vraag').

Vriendelijke groeten,

-----  
Contact Center  
Directie-generaal (DG) Personen met een handicap  
FOD Sociale Zekerheid  
Kruidtuinlaan 50, bus 150 | 1000 BRUSSEL  
Tel: 0800 987 99 (van maandag tot vrijdag, van 8u30 tot 13u)  
[www.handicap.fgov.be](http://www.handicap.fgov.be)