
HULPVERLENING ALS SOCIALE ONDERNEMING?!

Onderzoek naar de impact van
Persoonsvolgende financiering
op de vergunde zorgaanbieders en een
rolverheldering van de sociale professionals

Katrien Geebelen, Katrien Hermans & Heleen Neerinckx



Inhoud

1.	Inleiding	
	Persoonsvolgende financiering in het Vlaamse zorglandschap	4
	1.1. Achtergrond	4
	1.2. PVF – nieuwe vorm van financiering van zorg	5
	1.3. Probleemstelling en onderzoeksvragen	6
	1.4. Leeswijzer	7
2.	Vragenlijst VAPH Vergunde zorgaanbieders	8
	2.1. Methodologie	8
	2.2 Beschrijvende resultaten	8
	2.2.1. Gegevens betreffende de respondenten betrokken in de studie	8
	2.2.2. Het veranderproces	10
	2.2.3. Impact van PVF op de zorgorganisatie en de (rol van de) sociale professionals	12
	2.2.4. Dynamische vaardigheden in de zorgorganisatie	15
	2.3. Resultaten o.b.v. statistische analyses	16
	2.3.1. Vergelijking tussen subgroepen van respondenten	16
	2.3.2. Verbanden	17
3.	Interviews met directieleden en focusgroepen van sociale professionals	19
	3.1. Methodologie	19
	3.2 Resultaten	22
	3.2.1. Het veranderproces	22
	3.2.2. Impact van PVF op de zorgorganisatie en de (rol van de) sociale professionals	23
	3.2.3. Dynamische vaardigheden in de zorgorganisatie	28
4.	Conclusies en aanbevelingen	32
	Bijlage 1: Interviewleidraad directies VZA	36
	Bijlage 2: Codeboom thematische analyse interviews met directieleden	39
	Literatuurlijst	40
	Colofon	41

Voorwoord

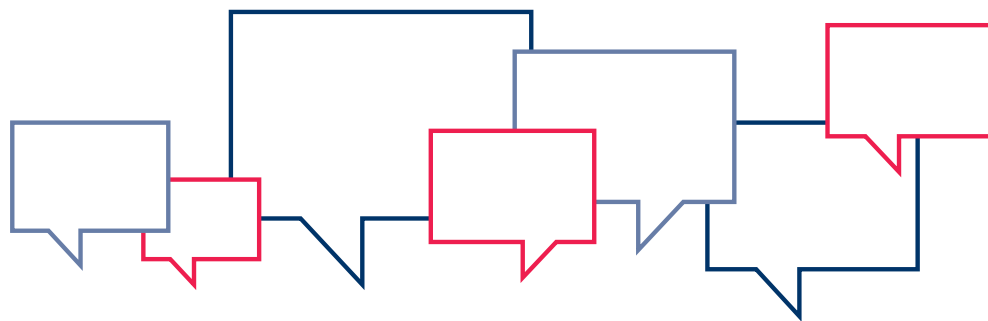
Dit rapport maakt deel uit van een project waarin onderzoek werd gedaan naar de effecten van de invoering van de persoonsvolgende financiering (PVF) binnen de hulpverlening aan personen met een beperking (januari 2020 – juni 2022). In dit deel onderzochten we de impact van de omschakeling naar het nieuwe financieringssysteem op de zorgaanbieders¹ en sociale professionals die door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) zijn vergund.

Het gehele onderzoek werd geïnitieerd vanuit de idee dat de nieuwe vorm van financiering van zorg en ondersteuning een impact zou kunnen hebben op 3 actoren m.n. op de gebruiker zelf, op de zorgorganisaties en op de sociale professional c.q. hulpverlener. Voor de gebruikers neemt wellicht niet alleen de autonomie toe maar evenzeer de keuzestress. Voor de zorgorganisaties² en de sociale professionals zal waarschijnlijk een nieuwe interactiestijl met gebruikers moeten worden ontwikkeld in functie van de nieuwe vorm van budgetbesteding.

In eerder onderzoek werd voornamelijk gefocust op de ervaringen van de gebruikers en hun netwerk (Kostet, Emmers, Claes, & Van Puyenbroeck, 2017; Van Puyenbroeck, Wilson, Van Den Eede, & Claes, 2019). In dit deel wordt ingezoomd op het perspectief van de zorgorganisaties en de sociale professionals die dagelijks in de nieuwe praktijk staan. Bovendien wordt extra aandacht besteed aan de invloed op de opleidingen die de toekomstige sociale professionals vormen.

Dit onderzoek kwam tot stand door een samenwerking tussen het *Vlaams Welzijnsverbond*, en het expertisecentrum *Inclusive Society* en de *professionele bacheloropleidingen "orthopedagogie", "sociaal werk" en "sociale readaptatiewetenschappen"* van Hogeschool UCLL.

Zonder hulp van velen was dit onderzoek en bijhorend rapport niet tot stand gekomen. Dank aan alle respondenten die zich engageerden om de vragenlijst in te vullen, dank aan directieleden van zorgorganisaties en sociale professionals die ons te woord wilden staan tijdens de interviews of focusgroepen. Ten slotte, en last but not least, erg veel dank voor het VAPH voor de verspreiding van de vragenlijsten.



¹ Een VAPH vergunde zorgaanbieder is een zorgaanbieder die zorg aanbiedt aan personen met een beperking die gebruik maken van een persoonsvolgend budget, in de verdere tekst "gebruiker" genoemd.

² Wanneer in de tekst over "zorgorganisaties" wordt gesproken, wordt steeds VAPH vergunde zorgaanbieders bedoeld.

1. Inleiding – Persoonsvolgende financiering in het Vlaamse zorglandschap

1.1. Achtergrond

In januari 2017 werd de persoonsvolgende financiering (PVF) ingevoerd, waarmee een nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een beperking vorm werd gegeven (Vandeurzen, 2010). Met een persoonsvolgend budget (PVB), dat berekend wordt op basis van de persoonlijke nood aan zorg en ondersteuning, kunnen meerderjarige personen met een beperking zorg en ondersteuning op maat “inkopen”. Deze “koop” kan plaatsvinden binnen het eigen netwerk, bij vrijwilligersorganisaties, bij individuele begeleiders en/of professionele zorgverleners en bij door het VAPH vergunde zorgaanbieders. Deze nieuwe manier van financieren wil ondersteuning bieden aan een actuele maatschappelijke evolutie waarbij personen met een beperking actief en als volwaardig burger deelnemen aan de maatschappij. Essentieel bij PVF is immers dat budgetten niet langer aan zorgorganisaties worden toegekend, maar aan de personen met een beperking zelf.

Zoals reeds even vermeld, is deze evolutie het gevolg van een aantal maatschappelijke en actuele tendensen. Voor meer gedetailleerde informatie verwijzen we naar het onderzoeksrapport “Project Zorginnovatie in Welzijn. Deel I: Zorginnovatie: gebruikersgericht vernieuwen en veranderen.” (Vranken & Hermans, 2009). Hierin worden een aantal maatschappelijke tendensen alsook een aantal veranderingen op beleidsniveau geformuleerd die de algemene zorg- en welzijnssector (inclusief de manier waarop deze georganiseerd wordt) voor een aantal grote uitdagingen plaatst.

Kenmerkend, stellen deze onderzoekers, is de trend waarbij de zorg en ondersteuning voor personen met een beperking niet langer iets is dat voortkomt louter en alleen vanuit de overheid en op afgebakende plaatsen. Zorg voor en ondersteuning van deze personen wordt daarentegen in toenemende mate een gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij meerdere individuen een actieve bijdrage leveren. Minstens even belangrijk is de evolutie om personen met een beperking niet langer vanzelfsprekend in “aparte instellingen” onder te brengen, maar veeleer op zoek te gaan naar de voor de betrokkene meest zinvolle plaats binnen het maatschappelijk leven. Veelal worden deze processen als ‘vermaatschappelijking van de zorg’ benoemd (Vranken & Hermans, 2009).

Het spreekt vanzelf dat deze vermaatschappelijking van de zorg samengaat met een maatschappelijke paradigmashift ten aanzien van personen met een beperking.

Traditioneel werden personen met een beperking voornamelijk geïdentificeerd vanuit hun beperking. Binnen dit medisch model of defectmodel werd de tekortkoming als “ziekte” bekeken die “behandeld” diende te worden binnen speciaal daarvoor ingerichte instituten, afgezonderd van het maatschappelijk leven (Vandeurzen, 2010; Van Gennep, 2000). Segregatie was het voor de hand liggende gevolg.

Pas in recentere tijden werd, in plaats van op de tekortkoming, gefocust op de mogelijkheden van personen met een beperking om alsnog deel te nemen aan het maatschappelijk

leven. Via dit ontwikkelingsparadigma werden zij eerder gestimuleerd om de aanwezige mogelijkheden maximaal te ontwikkelen. Segregatie maakte daarbij plaats voor een eigen plek in de gemeenschap, al dan niet via bescherm(en)de woonvormen (Bosch, 2002; Van Gennep, 2000). Integratie werd de na te streven doelstelling.

Illustratief voor deze veranderende invalshoek is een publicatie van de American Association on Mental Retardation – intussen de AAIDD American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, ook de naamgeving toont de andere kijk – uit de vroege jaren 90. Zij benadrukken het bepalende karakter van de interactie tussen de persoon en zijn omgeving. “Een beperking”, stellen zij, is vooral een sociaal construct waardoor mensen zich in de samenleving in een nadelige situatie bevinden. Mensen worden ‘gehandicapt’ door sociale en emotionele factoren. Het elimineren van deze sociale en fysieke barrières en het bevorderen van het sociaal welbevinden, zal ertoe leiden dat elke burger kan deelnemen aan de samenleving. Niet de individuele beperking staat centraal maar de wisselwerking tussen die beperking en de drempels – in de meest ruime zin - die het samenleven opwerpt”.

Finaal komt men op deze manier bij het *burgerschapsmodel*, i.e. een model waarin personen met een beperking niet langer als afwijkend of onderontwikkeld worden gezien. Er wordt niet langer vertrokken vanuit beperkingen, tekortkomingen of problemen. Uitgangspunt is het individu met zijn/haar eigen noden waarvoor drempels tot maatschappelijke participatie moeten worden weggewerkt. Zoals eerder gezegd is dit een gedeelde verantwoordelijkheid van het individu en de omgeving/maatschappij. Dan pas kan men spreken van “inclusie” ...

1.2. PVF – nieuwe vorm van financiering van zorg

Deze eerder vermelde maatschappelijke tendensen en het daaruit voortvloeiend streven naar maximale kansen voor personen met een beperking, zijn uiteraard geen lokaal fenomeen. In hun ‘Convention on the Rights of Persons with Disabilities.’ hielden de Verenigde Naties reeds in 2006 in New York een vurig pleidooi om elke discriminatie weg te werken. In 2010 stelde de Vlaamse Overheid het hierop gebaseerde *Perspectiefplan 2020* voor, het nieuwe beleidsplan om personen met een beperking te ondersteunen.

Het beleidsplan heeft twee grote doelstellingen, namelijk:

1. een streven dat personen met de grootste nood aan zorg en ondersteuning deze ook effectief krijgen in 2020 (= zorggarantie)
2. het realiseren van vraaggestuurde zorg, waarbij personen met een ondersteuningsnood zélf bepalen welke ondersteuning zij nodig hebben. Om dit te realiseren, dienen zij te beschikken over de nodige informatie, kennis én autonomie.

Het uitgangspunt van de PVF is dat zorg en ondersteuning niet langer een exclusieve verantwoordelijkheid is van de overheid en de daarvoor opgeleide professionals, maar wel een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle mogelijke betrokkenen. In onderstaand “Model van de concentrische ondersteuningscirkels” (Vandeurzen, 2013) worden deze processen schematisch weergegeven.



Figuur 1. Model van de concentrische ondersteuningcirkels (Vandeurzen, 2013)

Het model bestaat uit een aantal concentrische cirkels, waarin de persoon met een beperking centraal staat. Het toont aan hoe zorg en ondersteuning kan worden vormgegeven door bijvoorbeeld familie en vrienden, collega's, algemene zorginstellingen zoals het aanbod van Rechtstreeks Toegankelijke Hulpverlening (RTH) of gespecialiseerde zorgdiensten erkend door het VAPH.

De cirkels verhouden zich zowel complementair als dynamisch. Het complementaire houdt in dat men steeds dient te vertrekken vanuit de binnenste cirkel en indien nodig beroep kan doen op ondersteuning vanuit de bredere cirkels. Belangrijk is wel dat, wanneer men (meer) beroep doet op bijvoorbeeld reguliere diensten, dit niet impliceert dat hulp vanuit vrienden en het eigen gezin minder belangrijk of stopgezet wordt. De input uit diverse bronnen vullen mekaar aan en creëren zo een geheel aan ondersteuning op maat van de betreffende persoon.

Daarnaast zijn de cirkels ook dynamisch, hetgeen impliceert dat op verschillende momenten in verschillende mate beroep kan worden gedaan op de verschillende cirkels. Zo kan bijvoorbeeld aanvankelijk veel ondersteuning worden gegeven vanuit specifieke professionele diensten, terwijl dit na verloop van tijd afgebouwd wordt en er meer hulp wordt geboden door vrijwilligers. Deze mogelijke evolutie gaat uiteraard samen met verschuivingen in de persoonlijke behoeften van het individu.

1.3. Probleemstelling en onderzoeksvragen

Uit voorgaande ligt de vaststelling voor de hand dat het ter beschikking krijgen van een persoonsvolgend budget de ondersteuningssituatie van de persoon met een beperking aanzienlijk kan beïnvloeden. Het zet immers het individu met de beperking zelf aan het stuur.

Daarenboven kan men verwachten dat deze verandering ook aanpassingen zal vergen van zorgorganisaties en sociale professionals. Aanbodgestuurde zorg en ondersteuning zullen immers plaats maken voor vraaggestuurde. Wellicht zal het organisaties ook stimuleren om actief in te zetten op concepten zoals marktwerking en sociaal ondernemerschap. Men kan verwachten dat deze evolutie zowel de werking van de zorgorganisaties als de concrete invulling van de taak van sociale professionals, c.q. hulpverleners zal beïnvloeden.

De eerste doelstelling van dit onderzoek was er op gericht om de impact van de invoering van de PVF op de zorgorganisaties in kaart brengen. We richtten ons hiervoor op de door

het VAPH vergunde zorgaanbieders voor meerderjarige personen met een beperking die gebruik maken van een PVB. Meer specifiek gaven we aandacht aan het zgn. ‘vermarkten’ van zorgorganisaties, het personeelsbeleid en het groeiende belang van samenwerkingen. Hierbij wilden we zicht krijgen op eventuele randvoorwaarden en succesfactoren om met deze veranderingen om te gaan.

De tweede doelstelling hangt hier nauw mee samen en zoomde in op de veranderende rol van sociale professionals. Wanneer zorgorganisaties veranderen, veranderen de medewerkers immers ook.

Ten slotte stonden we stil bij de ‘dynamische vaardigheden’ van zorgorganisaties (bv. netwerkversterkend werken) die invloed (kunnen) hebben op het veranderproces.

Bovenstaande drie doelstellingen leidden tot drie hoofdvragen:

1. *Welke impact heeft de invoering van de PVF op de zorgorganisaties?*
2. *Welke impact heeft de invoering van de PVF op (de rol van) de sociale professionals?*
3. *Wat is de invloed van dynamische vaardigheden in zorgorganisaties op het proces van verandering?*

NOOT: Vanuit de literatuur is aangetoond dat een aantal organisatiekenmerken een faciliterende rol kunnen spelen op veranderprocessen binnen organisaties, meer specifiek binnen het kader van innovatieve veranderingen die ervoor zorgen dat een organisatie relevant en overeind blijft binnen een veranderend landschap (Teece, Pisano & Suen, 1997). Deze kenmerken worden in de literatuur omschreven als ‘dynamische vaardigheden’.

1.4. Leeswijzer

In dit onderzoeksrapport worden de resultaten van de verschillende deelonderzoeken weergegeven.

In het voorafgaande eerste hoofdstuk werd de maatschappelijke context van de gewijzigde financiering geschetst.

Hoofdstuk 2 geeft de resultaten van het kwantitatieve onderzoeksluik naar de effecten van deze verandering weer. Dit onderzoek werd gevoerd aan de hand van een vragenlijst, dewelke kan opgevraagd worden bij de auteurs.

Hoofdstuk 3 doet verslag van het kwalitatieve onderzoeksluik. Hiervoor werd gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews met directieleden van zorgorganisaties en focusgroepen bestaande uit sociale professionals uit de zorgorganisaties. Er wordt getracht nog meer inzicht te verwerven in de voor- en nadelen van PVF, de persoonlijke beleving van het veranderproces en de invloed van dynamische vaardigheden op het proces van verandering. Deze kwalitatieve aspecten zijn voornamelijk belangrijk om de complexiteit van de omschakeling naar het nieuwe financieringssysteem te illustreren. Zij helpen de resultaten uit hoofdstuk 2 beter te begrijpen.

Ten slotte worden in een afsluitend hoofdstuk 4 de belangrijkste resultaten uit het onderzoek weergegeven met implicaties en aanbevelingen voor het zorglandschap en voor opleidingen die toekomstige sociale professionals opleiden.

2. Vragenlijst VAPH Vergunde zorgaanbieders

2.1. Methodologie

In de periode van eind november 2020 tot eind december 2020 werd een uitnodiging tot deelname aan deze studie gericht aan directieleden en sociale professionals werkzaam binnen door het VAPH vergunde zorgaanbieders voor volwassen personen met een beperking die gebruik maken van een PVB. Deze uitnodiging omvatte een online vragenlijst.

De vragenlijst werd over heel Vlaanderen verspreid, met als doel een zo representatief mogelijk beeld te krijgen van het desbetreffende hulpverleningslandschap. Vanuit de website van het VAPH werd een overzicht verkregen van alle vergunde zorgaanbieders. Via een e-mail werden de betrokkenen niet alleen uitgenodigd om deel te nemen aan de bevraging, maar werden ze ook opgeroepen de bevraging verder te verspreiden binnen de organisatie.

Daarnaast verspreidde het Vlaams Welzijnsverbond de vragenlijst onder hun leden. Ten slotte werd vanuit diverse opleidingen aan de UCLL een warme oproep gedaan om op o.a. stageplaatsen de vragenlijst in te vullen.

In een voorbereidende fase werd de ontwikkelde vragenlijst aangeboden aan enkele zorgorganisaties die zich bereid verklaarden vooraf eventuele methodologische opmerkingen te maken. Een aantal vraagstellingen werden verduidelijkt, de focus van de bevraging werd af en toe ingeperkt en sommige antwoordcategorieën werden éénduidiger gedefinieerd. Finaal werd het onderzoek gevoerd aan de hand van een vragenlijst bestaande uit 42 vragen, een combinatie van open en gesloten vragen. De vragenlijst werd opgedeeld in vier grote categorieën: (1) demografische gegevens, (2) het veranderproces zelf, (3) de impact van de PVF op de zorgorganisatie en de (rol van de) sociale professionals en (4) dynamische vaardigheden in de zorgorganisatie.

2.2 Beschrijvende resultaten

2.2.1. Gegevens betreffende de respondenten betrokken in de studie

Tabel 1. Algemene kenmerken van de respondenten

aantal respondenten	n = 85
aantal mannen	n = 31
aantal vrouwen	n = 54
gemiddelde leeftijd	46 jaar (SD = 10.75)
minimumleeftijd	23 jaar
maximumleeftijd	64 jaar

Tabel 2. Overzicht van specifieke kenmerken van de respondenten
(missing data worden niet vermeld)

	N	
Locatie VZA	Vlaams-Brabant	24
	Limburg	18
	Antwerpen	23
	Oost-Vlaanderen	12
	West-Vlaanderen	8
	Brussel	0
Ondersteuningsaanbod	Dagondersteuning	22
	Woonondersteuning	20
	Individuele psychosociale begeleiding	14
	Individuele praktische hulp	9
	Individuele globale ondersteuning	11
	Oproepbare permanentie	9
Doelgroep	Licht verstandelijke beperking	35
	Matig verstandelijke beperking	34
	Ernstig/diep verstandelijke beperking	29
	Autismespectrumstoornis	28
	NAH	26
	Gedrag- en emotionele problemen	27
	Motorische beperking	24
	Auditieve stoornis of spraakstoornis	9
	Visuele stoornis	9
Functie	Directie	33
	Beleids- of stafmedewerker	11
	Direct leidinggevende op de werkvloer	10
	Rechtstreeks werken met cliënten	30
Ervaring binnen de sector van personen met een beperking	<1 jaar	4
	1-5 jaar	8
	5-10 jaar	7
	>10 jaar	66
Ervaring binnen huidige organisatie	<1 jaar	5
	1-5 jaar	15
	5-10 jaar	12
	>10 jaar	53

2.2.2. Het veranderproces

Algemeen

In een eerste deel werden enkel *directieleden en staf- of beleidsmedewerkers* bevroegd. Als eerste inhoudelijke thema werd het veranderproces van de zorgorganisatie naar aanleiding van de invoering van de PVF bevroegd.

- 39% van de respondenten geeft aan dat de zorgorganisatie de nodige aanpassingen volledig heeft doorgevoerd.
- 54% zegt dat binnen de zorgorganisatie reeds werd nagedacht over de nodige aanpassingen, maar dat de zorgorganisatie zich momenteel nog volop in een actieve veranderfase bevindt.
- slechts 7% van de respondenten geeft aan dat zij nog geen veranderingen hebben doorgevoerd, maar dat wel al het nodige denkwerk werd verricht.

Van de respondenten die aangeven dat de zorgorganisatie de nodige aanpassingen en veranderingen reeds (gedeeltelijk) doorvoerde, oordeelde 64% dat de zorgorganisatie dit (zeer) goed doorstaat. 19% beoordeelt het doorstaan van het veranderproces als (helemaal) niet goed, terwijl 17% aangeeft dat de zorgorganisatie het niet goed of niet slecht doorstaat. Een gelijkaardige verdeling zien we bij de antwoorden betreffende de mate van tevredenheid over de manier waarop de zorgorganisatie zich aan(ge)past (heeft) aan de veranderde financiële situatie. Zo is 62% van de respondenten hier tevreden over, en 20% zelfs heel tevreden. 7% is noch tevreden, noch ontevreden, terwijl 11% aangeeft niet tevreden te zijn.

In een tweede deel werden zowel *directieleden, staf- en beleidsmedewerkers als sociale professionals* bevroegd.

In concreto werd een antwoord gevraagd op volgende drie vragen :

- In welke mate vind je dat er sprake is van een veranderproces binnen de zorgorganisatie n.a.v. de invoering van de PVF?
- In welke mate word/werd je betrokken bij het veranderproces?
- In welke mate ben je tevreden over de manier waarop dit veranderproces verloopt/verlopen is?

Deze vragen werden beantwoord aan de hand van een 10 punt Likertschaal, waarbij:

0 stond voor:

- ik heb helemaal geen verandering ervaren
- ik word/werd niet betrokken
- zeer ontevreden

10 stond voor

- ik heb een grote verandering ervaren
- ik word/werd heel nauw betrokken
- zeer tevreden

Wat betreft de mate van het ervaren van veranderingen rapporteerden de respondenten een gemiddelde score van 8,05/10 (SD = 1,74). Er kan worden gesteld dat de veranderingen als aanzienlijk worden ervaren.

Met betrekking tot de mate waarin men betrokken wordt/werd bij dit veranderproces, rapporteerden de deelnemers een gemiddelde score van 6,98/10 (SD = 3,1). Dit kan beschouwd worden als een matige betrokkenheid.

Tenslotte werd de tevredenheid over dit veranderproces met een gemiddelde score van 5,79/10 beoordeeld (SD = 2,39), wat eerder als een matige tevredenheid kan worden bekeken.

Onderdelen van het veranderproces

Naast het al dan niet vast te stellen veranderproces, is het belangrijk na te gaan welke factoren het proces beïnvloed(en). Hiervoor baseerden we ons op het Verandermodel van Knoster (1991). Dit model stelt "dat ieder veranderproces gebaseerd is op de aanwezigheid van vijf noodzakelijke elementen. Naargelang één bepaald element niet of in mindere mate aanwezig is, kan dit aanleiding geven tot specifieke emoties en effecten bij de personen die het veranderproces doorlopen." (figuur 2)

Figuur 2. Het Verandermodel van Knoster (1991).



Verandering kan alleen worden gerealiseerd wanneer

- (1) **de visie** vanuit het management helder is vertaald in doelstellingen voor alle betrokkenen zodat,
- (2) **het belang van het veranderproces voor alle betrokkenen duidelijk wordt** en
- (3) **het plan van aanpak** waarin taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor iedereen helder is
- (4) er ondersteunende **middelen** aanwezig zijn zodat mensen hun werk goed kunnen uitvoeren en
- (5) hun **competenties** kunnen inzetten en blijven ontwikkelen

Uit ons onderzoek kwamen volgende resultaten :

- **visie en missie**

78% van de respondenten geeft aan dat de veranderingen binnen de zorgorganisatie gebaseerd zijn op een duidelijke visie. 8% meent dat de veranderingen binnen de zorgorganisatie niet gebaseerd zijn op een duidelijke visie, terwijl 14% neutraal is of het niet weet.

- **het belang van het veranderproces**

Een grote meerderheid, 87% van de respondenten, geeft aan dat het belang van deze veranderingen erg duidelijk is. 3% is hiermee (helemaal) niet akkoord en 10% heeft hier geen mening over.

- **plan van aanpak**

Voor 46% van de respondenten is een duidelijk, stapsgewijs plan beschikbaar, terwijl opvallend genoeg, 34% van de respondenten hier geen mening over heeft.

- **middelen**

Wat betreft de aanwezigheid van ondersteunende middelen, meent slechts 16% dat er voldoende middelen beschikbaar zijn om de veranderingen uit te voeren. 60% geeft aan niet akkoord te zijn met deze stelling en 24% heeft hier geen mening over.

- **competenties**

62% van de respondenten meent over de competenties te beschikken om met de veranderingen om te gaan en deze te kunnen inzetten. 27% heeft hier geen mening over en 11% is hier helemaal niet mee akkoord.

- **specifieke emoties en effecten**

Slechts een minderheid van de respondenten geeft aan dat de invoering van de PVF en de impact hiervan leidt tot "verwarring" (26%), "chaos" (17%) of "angst" (26%).

Opvallender is het resultaat betreffende de factor "weerstand", zijnde de factor beïnvloed door het al dan niet overtuigd zijn van het belang van het veranderproces. 40% van de respondenten geeft aan dat de invoering van PVF en de impact van de bijhorende veranderingen tot weerstand leidt (= de niet-overtuigden), tegenover 33% aangeeft dit niet zo te ervaren.

66% geeft daarnaast "frustratie" aan als gevolg, wat volgens het model van Knoster te koppelen is aan het niet beschikken over de nodige middelen om veranderingen door te voeren.

2.2.3. Impact van PVF op de zorgorganisatie en de (rol van de) sociale professionals

Impact op "visie" en "missie"

De overgrote meerderheid van de respondenten zegt op de hoogte te zijn van de visie en missie van hun zorgorganisatie (visie: 78%; missie: 80%).

Op de vraag of deze visie en missie een verandering heeft gekend naar aanleiding van de invoering van PVF zien we een eerder genuanceerd beeld waarbij 41% aangeeft dat de visie duidelijk veranderd is, terwijl 40% aangeeft dat de missie van de zorgorganisatie duidelijk gewijzigd is. De andere helft stelt zich hierin eerder op als neutraal (visie: 19%; missie: 16%) of als niet akkoord (visie: 24%; missie: 28%).

Belangrijk is dat een meerderheid daarenboven ervaart dat de visie en missie van de organisaties anders in praktijk worden omgezet. 55% van de respondenten zegt dat de invoering van PVF zorgt voor een verandering in de manier waarop de visie van de organisatie wordt verwezenlijkt, 60% meent dat de missie van de organisatie anders wordt gerealiseerd.

Personeelsbeleid

Men kan vermoeden dat het personeelsbeleid van een zorgorganisatie enige wijzigingen ondergaat. Over de stelling dat de invoering van de PVF leidt tot nieuwe functies blijken de standpunten verdeeld; voor de helft is dit het geval, nagenoeg een even grote groep ziet dit niet. Wel geeft 78% van de respondenten aan dat er een verschuiving binnen het bestaande personeelsbestand optreedt. Opvallend is ook dat de binding tussen medewerkers en de zorgorganisatie wordt beïnvloed : 62% geeft aan niet akkoord te gaan met de stelling dat PVF deze band versterkt. 29% heeft hierover geen mening.

Een aanzienlijke meerderheid van 70% is van mening dat de invoering van PVF zorgt voor een verandering in de opleidingsnoden van de sociale professionals. Een kleinere groep (18%) heeft hierover geen mening en 12% ervaart deze verandering niet. Ondanks deze te verwachten opleidingsnoden, ervaart 45% geen veranderingen in de mogelijkheden om vorming en opleidingen te volgen, en 27% heeft hierover geen mening. Slechts 23% krijgt meer mogelijkheden om vorming en opleidingen te volgen.

Tot slot geeft maar liefst 82% aan een verhoogde werkdruk te ervaren ten gevolge van de invoering van de PVF.

Ondernemerschap en marktwerking

88% van de respondenten geeft aan dat de invoering van de PVF ervoor zorgt dat de zorgorganisatie actiever inzet op het bekendmaken van het zorgaanbod, alsook op het werven van nieuwe gebruikers. 65% benadrukt tevens de noodzaak om regelmatig de tevredenheid van de geboden zorg te bevragen bij de gebruikers en hun netwerk.

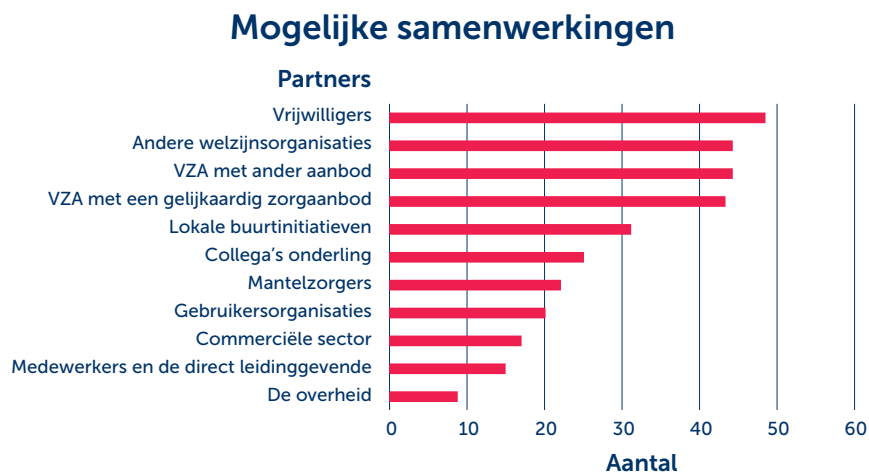
Merkwaardig is wel dat slechts 28% van de bevroegden van mening is dat de invoering van de PVF de aandacht van de zorgorganisatie voor de kwaliteit van het zorgaanbod doet toenemen. Zelfs 36% is het hier (helemaal) niet mee eens, 35% heeft geen mening.

Vervolgens geeft 65% van de respondenten aan dat het belang van andere inkomstenbronnen (naast de PVB) toeneemt, terwijl slechts 18% deze toename niet ervaart.

Tot slot meent 88% van de respondenten dat de invoering van de PVF zorgt voor een voelbare concurrentie tussen de zorgorganisaties met een gelijkaardig aanbod. Slechts 1% van de bevroegden ziet dit anders.

Netwerken en samenwerking

74% van de respondenten is het eens met het gegeven dat de invoering van de PVF zorgt voor een toename in samenwerkingsverbanden. In figuur 3 wordt de aard van deze netwerken weergegeven. Vrijwilligers blijven de meest genoemde samenwerkingspartner, gevolgd door andere welzijnsorganisaties en VZA met zowel een ander als gelijkaardig zorgaanbod.

Figuur 3. Overzicht van mogelijke samenwerkingspartners

Sociale rollen en organisatie van de taken

Dat de rol van de sociale professionals binnen de organisatie wijzigt, is voor 68% van de bevrageden een gegeven. Voor 50% verandert de rol ten aanzien van de gebruikers en 62%, tenslotte, geeft aan dat de rol ten aanzien van het netwerk van de gebruikers wijzigt. Voor 65% veranderden zowel inhoudelijke als praktische aspecten van het takenpakket; 66% van de respondenten is het niet eens met de stelling dat PVF zorgt voor meer regie over de organisatie van het eigen werk.

Meer specifiek geeft 62% van de bevrageden aan dat taken op een andere manier moeten worden uitgevoerd, waarbij 54% vermeldt dat er nieuwe vaardigheden moeten worden verworven om de huidige rol nog adequaat uit te voeren. Tot slot geeft 76% aan dat PVF voor een veranderde dynamiek zorgt tussen de gebruiker en de zorgorganisatie.

Nieuwe vormen van hulpverlening

Wat betreft nieuwe vormen van hulpverlening, laten de antwoorden een genuanceerd beeld zien. Allereerst zien we dat 82% van de respondenten aangeeft akkoord te gaan met de stelling dat de invoering van de PVF ervoor zorgt dat organisaties meer inzetten op nieuwe vormen van ondersteuning (bv. online hulp).

Daarnaast is 65% van de respondenten het eens met de stelling dat de invoering van de PVF ervoor zorgt dat de organisatie meer inzet op vraaggestuurde ondersteuning op maat. Opmerkelijk is de nagenoeg 30% die aangeeft het hier niet mee eens te zijn. De vraaggestuurde ondersteuning is immers het kerndoel van de invoering van de PVF.

Nagenoeg de helft (47%) van de respondenten stelt dat de invoering van de PVF ervoor zorgt dat een aantal vormen van ondersteuning verdwijnen. Een even grote groep gaat niet akkoord met de stelling dat deze verdwenen vormen van ondersteuning voldoende vervangen worden door andere vormen en soorten van ondersteuning.

Voor 82% van de respondenten is het belangrijk hoe een aanbod van een organisatie kenbaar wordt gemaakt. Technologie wordt voor vele professionals belangrijker: 41% van de respondenten bevestigt dat de invoering van de PVF ervoor zorgt dat technologie meer ingezet wordt in de ondersteuning, en voor 53% kan technologie een grotere rol spelen in het beheren van gebruikersinformatie.

2.2.4. Dynamische vaardigheden in de zorgorganisatie

Kenniscreatie en kennisdeling³

Er is bijna eensgezindheid onder de respondenten over de stelling dat de zorgorganisatie open staat voor nieuwe leerkansen. Maar liefst 89% ervaart dit zo. Voor 81% staat de zorgorganisatie open om te leren uit eerdere ervaringen. Het uitwisselen van kennis is voor de grote meerderheid een vaststaand feit; 75% blijft binnen de organisatie, 69% maakt gebruik van externe partners.

Netwerken⁴

Aansluitend bij voorgaande, ligt het voor de hand dat samenwerking sterk wordt aangemoedigd (69%). De meerderheid van de respondenten geeft aan samen te werken, zowel intern met collega's (82%), leden van verschillende hiërarchische niveaus (72%) alsook externe partners (71%). 65% van de respondenten wijzen op het belang van informele communicatie.

Leiderschap⁵

De verschillende aspecten van leiderschap blijken over het algemeen in grote mate aanwezig te zijn. Door 74% van de bevroegden wordt gemeld dat de leidinggevenden binnen de zorgorganisatie nieuwe leerprocessen bij de sociale professionals stimuleren en dat bij het nemen van beslissingen er openheid is voor de input van de sociale professionals zelf (71%). Taken en verantwoordelijkheden worden voor 79% van de respondenten veelal verspreid dan ze bij één persoon te plaatsen.

71% van de respondenten meent dat het leiderschap binnen de zorgorganisatie gebaseerd is op een duidelijke visie, waarbij 74% ook nog aangeeft dat het leiderschap erop gericht is iedereen 'in dezelfde richting' te krijgen.

Wat het duidelijk formuleren van prioriteiten en het aanwezig zijn van een open-communicatiecultuur betreft, lijkt er nog ruimte voor verbetering. Slechts 58% ervaart duidelijk geformuleerde prioriteiten, 56% stelt binnen een open-communicatiecultuur te werken.

Innovatief vermogen⁶

Dat de organisatie positief staat tegenover vernieuwingen is voor 74% van de respondenten een gegeven. Voor 66% worden binnen de organisatie nieuwe werkwijzen uitprobeerde.

Het adequaat omgaan met weerstand bij vernieuwingen binnen organisaties gebeurt voor 54% naar behoren, voor 20% schiet de organisatie hier tekort.

Het delen van nieuwe inzichten gebeurt voor 55% van de respondenten voldoende vlot, bij 28% verloopt dit proces ontoereikend. Belangrijk is wel dat vernieuwingen steeds binnen een kader en visie van de organisatie passen. Voor 58% van de respondenten dient een organisatie steeds oog te hebben voor innovatie.

³ Het betreft hier alle soorten van kennis en leerervaringen, die zowel intern als extern aan de organisatie gedeeld wordt (Vranken & Hermans, 2009)

⁴ Het betreft hier samenwerken en netwerken zowel met eigen teamleden als met leden van andere teams en zowel intern als extern aan de organisatie (Vranken & Hermans, 2009)

⁵ Het betreft hier leiderschap dat gericht is op het scheppen van prioriteiten en bieden van leerkansen, alsook het uitdragen van een open communicatiecultuur waarbij de mening van iedereen in rekening wordt gebracht (Van Leeuwen, 2014; Vranken & Hermans, 2009)

⁶ Het betreft hier o.a. het creëren van een cultuur waarin leren mogelijk wordt gemaakt en medewerkers worden aangemoedigd om nieuwe inzichten te verspreiden (Van Leeuwen, 2014; Vranken & Hermans, 2009)

Participatie van de gebruiker

Voor 80% van de respondenten hecht de organisatie belang aan de participatie van de gebruikers wat betreft de organisatie van de zorg. Dat gebruikers (71%) en hun netwerk (75%) steeds betrokken worden bij het nemen van beslissingen omtrent hun persoonlijke zorg is klaarblijkelijk een gegeven. En toch is het markant dat 20% van de organisaties participatie niet belangrijk vindt en dat 29% de gebruikers niet steeds betreft...

2.3. Resultaten o.b.v. statistische analyses

In voorgaande paragrafen gaven we een overzicht van de beschrijvende resultaten van de vragenlijst. In wat volgt geven we resultaten weer van analyses die we deden om de verschillen op basis van kenmerken van de respondenten te identificeren. We hanteren een betrouwbaarheidsniveau van 0.05, iedere p-waarde kleiner dan deze waarde geeft significantie weer. We staan in dit rapport stil bij de meest opvallende resultaten. Indien u graag inzicht krijgt in de volledige resultaten, kunnen deze aangevraagd worden bij de auteurs.

2.3.1. Vergelijking tussen subgroepen van respondenten

Geslacht

Via "independent samples t-testing" (Field, 2013) werden mogelijke verschillen tussen mannen en vrouwen nagegaan. Er werden geen significante verschillen gevonden, niet voor de ervaren verandering, noch voor betrokkenheid of evaluatie, c.q. tevredenheid.

Leidinggevende functie versus geen leidinggevende functie

Of iemand al dan niet een leidinggevende functie heeft, kan een mogelijke invloed hebben op de mate waarin men een veranderproces ervaart/ervaren heeft, in welke mate men erbij betrokken wordt/werd en in welke mate men hierover tevreden is. We hebben dit getoetst aan de hand van een "independent samples t-test" (Field, 2013) en vonden volgende resultaten.

Personen met een leidinggevende functie ($M = 7.96$, $SD = 1.6$) en personen zonder leidinggevende functie ($M = 8.18$, $SD = 1.96$) blijken het veranderproces niet significant verschillend te ervaren ($p = 0.573$).

De betrokkenheid bij het veranderproces daarentegen is wel significant verschillend ($p = 0.00^*$) tussen personen met een leidinggevende functie ($M = 8.51$, $SD = 2.3$) en personen zonder leidinggevende functie ($M = 4.61$, $SD = 2.7$). Personen met een leidinggevende functie blijken een hogere betrokkenheid te ervaren dan personen zonder leidinggevende functie.

Een gelijkaardig significant verschil ($p = 0.00^*$) werd vastgesteld voor "tevredenheid over het veranderproces". Personen met een leidinggevende functie ($M = 6.56$, $SD = 1.95$) zijn over het algemeen meer tevreden over het veranderproces dan personen zonder leidinggevende functie ($M = 4.59$, $SD = 2.53$).

Concrete inhoud van de functie

Respondenten konden aangeven of zij 1) rechtstreeks met cliënten werken, 2) direct leidinggevende zijn op de werkvloer, 3) beleids- of stafmedewerker zijn of 4) directielid zijn. Mogelijke verschillen werden onderzocht via een variantieanalyse (one-way ANOVA) (Field, 2013).

De diverse subgroepen vertoonden geen significante verschillen met betrekking tot het ervaren van een veranderproces naar aanleiding van de invoering van de PVF ($F(3,79) = 0.344, p = 0.79$).

Deze verschillen vonden we wel voor de betrokkenheid bij het veranderproces ($F(3,79) = 34.98, p = 0.00$). De Post-hoc-Tuckey test (Field, 2013) toonde aan dat personen die rechtstreeks met cliënten werken ($M = 4.10$) een lagere betrokkenheid ervaren dan direct leidinggevenden op de werkvloer ($M = 6.40$) ($p = 0.018^*$), beleids- of stafmedewerkers ($M = 7.27$) ($p = 0.00^*$) en directieleden ($M = 9.52$) ($p = 0.00^*$). Direct leidinggevenden blijken minder betrokken bij het veranderproces dan directieleden ($p = 0.00^*$). Ook beleids- of stafmedewerkers voelen zich minder betrokken dan directieleden ($p = 0.14^*$). Tenslotte blijken er geen verschillen tussen direct leidinggevenden op de werkvloer en beleids- of stafmedewerkers ($p = 0.77$). Uit deze resultaten kunnen we besluiten dat, naarmate men hoger in de hiërarchie van een organisatie zit, de (ervaring van) betrokkenheid toeneemt.

Ook de tevredenheid is significant verschillend tussen de verschillende functiecategorieën ($F(3,79) = 10.64, p = 0.00^*$). Personen die rechtstreeks met cliënten werken ($M = 4.07$) blijken minder tevreden te zijn dan direct leidinggevenden op de werkvloer ($M = 6.30$) ($p = 0.02^*$), beleids- of stafmedewerkers ($M = 6.80$) ($p = 0.003^*$) en directieleden ($M = 6.84$) ($p = 0.00^*$). We stelden evenwel geen verschillen vast tussen direct leidinggevenden op de werkvloer en beleids- of stafmedewerkers ($p = 0.95$), direct leidinggevenden op de werkvloer en directieleden ($p = 0.88$) en tussen beleids- of stafmedewerkers en directieleden ($p = 1$).

Ervaring binnen de zorgorganisatie

Of werkervaring binnen de organisatie van invloed is, werd via de anciënniteit geoperationaliseerd. Respondenten bepaalden hun anciënniteit als 1) minder dan 1 jaar, 2) tussen 1 – 5 jaar, 3) tussen 5 – 10 jaar en 4) langer dan 10 jaar. De variantieanalyse (Field, 2013) toonde geen significante verschillen voor de ervaren verandering ($F(3,80) = 1.321; p = 0.273$); de mate van betrokkenheid bij het veranderproces ($F(3,80) = 0.466; p = 0.707$) en de mate waarin men tevreden is over het veranderproces ($F(3,78) = 0.604; p = 0.614$).

Ervaring binnen de sector

Een ander beeld zien we wanneer de ervaring binnen de sector (via dezelfde antwoordcategorieën) werd aangegeven.

De variantieanalyse (Field, 2013) toonde significante verschillen tussen deelgroepen op basis van ervaring in de sector met betrekking tot de ervaring van het veranderproces ($F(3,80) = 4.09; p = 0.009^*$). De post-hoc-Tukey test toonde dat personen met werkervaring van 1- 5 jaar ($M = 6.38$) minder verandering ervaren, dan personen met werkervaring van 5 – 10 jaar ($M = 9.29$) ($p = 0.006^*$) of vergeleken met personen met werkervaring van meer dan 10 jaar binnen de sector ($M = 8.12$) ($p = 0.03^*$).

Wat betreft betrokkenheid bij het veranderproces ($F(3,80) = 0.615; p = 0.608$) en tevredenheid over dit veranderproces ($F(3,78) = 0.484; p = 0.694$) werden geen significante verschillen gevonden tussen de deelgroepen.

2.3.2. Verbanden

Om in de analyse de samenhang tussen verschillende variabelen na te gaan, kozen we ervoor om waar mogelijk, reeds een aantal items te bundelen in de vragenlijst. Op die manier hoopten we verder te kunnen gaan dan de beschrijvingen en analyses op itemniveau die eerder beschreven werden. De verbanden die we zijn nagegaan, zijn geen oorzakelijke verbanden. De resultaten vertellen ons dus niets over de oorzaak van het verband, maar

geven enkel een indicatie van het al dan niet aanwezig zijn van een verband en de sterkte hiervan (Field, 2013). We hanteren hierbij opnieuw een betrouwbaarheidsniveau van 0.05, iedere p-waarde kleiner dan deze waarde getuigt van een significant resultaat.

Verband tussen ervaring, betrokkenheid en tevredenheid veranderproces

Allereerst werd onderzocht of er een verband bestaat tussen de drie hoofd variabelen m.n. ervaren verandering, betrokkenheid bij de verandering en tevredenheid over deze verandering.

Tussen de mate waarin respondenten een veranderproces hebben ervaren en de betrokkenheid hierbij werd geen significant verband vastgesteld ($p = 0.36$). Daarnaast werd geen significant verband vastgesteld tussen de ervaren verandering en de mate van tevredenheid hierover ($p = 0.44$). Een significant verband kon echter wel worden vastgesteld tussen de mate waarin respondenten betrokken werden bij het veranderproces en de mate waarin men tevreden was over dit veranderproces ($p = 0.00^*$). Dit verband impliceert dat een hogere score op betrokkenheid bij het veranderproces samenhangt met een hogere score op tevredenheid over dit veranderproces en vice versa.

Verband tussen ervaring, betrokkenheid en tevredenheid van het veranderproces en de impact van de invoering van de PVF op zorgorganisaties en de (rol van de) sociale professionals

We identificeerden significante verbanden tussen de ervaring van verandering en de impact op de arbeidsvoorwaarden ($p = 0.00$) en marktwerking ($p = 0.00$) van de organisatie, alsook tussen de ervaring van verandering en de impact op de sociale rollen van professionals ($p = 0.00$). Betreffende de nieuwe vormen van hulpverlening, werden geen significante verbanden gevonden met de verschillende variabelen.

Verband tussen ervaring, betrokkenheid en tevredenheid van het veranderproces en dynamische vaardigheden van de zorgorganisatie

Allereerst valt op dat met betrekking tot het ervaren veranderproces geen significante verbanden gevonden kunnen worden met de verschillende dynamische vaardigheden van de zorgorganisatie (*supra*. § 2.2.4. *Dynamische vaardigheden in de zorgorganisatie*).

Wat betreft betrokkenheid valt het op dat alle gevonden verbanden significant zijn. Dit betekent dat een hoge score op betrokkenheid bij het veranderproces steeds samenhangt met een hoge score op een specifieke dynamische vaardigheid die aanwezig is in de zorgorganisatie en omgekeerd. Bijvoorbeeld, het is niet onredelijk om te denken dat organisaties die inzetten op kennisdeling, netwerken en samenwerken, gedeeld leiderschap, ook streven naar een grote betrokkenheid van alle medewerkers bij een veranderproces. Dat blijkt ook uit de resultaten.

Wat betreft tevredenheid over het veranderproces zien we significant positieve verbanden met alle dynamische vaardigheden, met uitzondering van 'netwerken'. Dit impliceert dat medewerkers die aangaven dat deze dynamische vaardigheden in grotere mate aanwezig zijn binnen de hun organisatie, ook meer tevreden zijn over het veranderproces.

3. Interviews met directieleden en focusgroepen van sociale professionals

3.1. Methodologie

Het moge duidelijk zijn dat de eerder uitgevoerde kwantitatieve analyse een eerste aanzet biedt naar inzicht in de veranderprocessen die het invoeren van de PVF induceert. Cijfers worden des te interessanter als duidelijk(er) wordt wat respondenten precies bedoelen met de aangegeven antwoorden. Een dialoog met de mensen die dagelijks met deze veranderingen geconfronteerd worden, vonden we hierom belangrijk. Niet alleen kunnen inzichten worden aangevuld, maar ook beter gekaderd en verfijnd. In 2021 werden daarom gesprekken georganiseerd met directieleden en sociale professionals die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek.

Semi-gestructureerde individuele interviews met directieleden en groepsgesprekken binnen focusgroepen met sociale professionals uit de zorgorganisaties leverden de aanvullende informatie. Focusgroepen bieden een meerwaarde ten opzichte van individuele interviews omdat een moderator hierbij een open en dynamisch gesprek stimuleert, dat via de interactie tussen de deelnemers, extra informatie kan opleveren.

De interviews werden gevoerd rond volgende thema's :

- *Hoe gaat uw organisatie concreet aan de slag met de invoering van de PVF?*
- *Hoe wordt de invoering van de PVF ervaren?*
- *Hoe heeft het al dan niet reeds aanwezig zijn van 'dynamische vaardigheden' binnen uw zorgorganisatie ertoe bijgedragen dat het veranderingsproces vlot(ter) verloopt/verlopen is?*

De werving van deelnemers aan de interviews en de focusgroepen gebeurde reeds in het vragenlijstonderzoek (zie hoofdstuk 2). Respondenten die 'ja' of 'misschien' antwoordden op de vraag of ze in een latere fase bereid zouden zijn tot deelname aan het kwalitatieve vervolgonderzoek, werden gecontacteerd. Na verdere toelichting over opzet en planning waren tien directieleden bereid tot een interview en leden van zes zorgorganisaties stemden in met deelname aan een focusgroep.

Een geanonimiseerd overzicht van de tien directieleden wordt weergegeven in Tabel 3. De interviews werden afgenomen in het voorjaar van 2021. Wegens de beperkingen door de corona-pandemie werden alle interviews online afgenomen met behulp van Microsoft Teams. De interviews verliepen semi- gestructureerd aan de hand van een vooropgestelde interviewleidraad (bijlage 1), zonder echter de vrijheid te verliezen om in te spelen op de gegeven antwoorden en bepaalde thema's meer diepgaand te bevragen.

Mits toestemming van het geïnterviewde directielid werd een audio-opname van het interview gemaakt, waardoor er een transcript kon worden geschreven. De thematische analyse hiervan werd uitgevoerd door een onafhankelijke onderzoeker die niet betrokken was bij de afname van de interviews. De aan bod komende thema's werden ondergebracht onder één van de thema's uit de vooraf opgestelde codeboom (bijlage 2). Thema's uit de diverse interviews konden op die manier worden vergeleken.

Ook voor de deelnemers aan de focusgroepen werd een geanonimiseerd overzicht gemaakt, weergegeven in Tabel 4. De zes focusgroepen vonden plaats in de periode van mei 2021 tot september 2021. Er werd gestreefd naar een vijftal sociale professionals per focusgroep, maar organisatorische moeilijkheden (covid-19) deden het aantal schommelen tussen twee en zeven.

De focusgroepen verliepen (semi-gestructureerd) aan de hand van volgende vragen:

- *Met wie werk je voornamelijk samen?*
- *Welke rollen neem je op als hulpverlener?*
- *Is er sprake van een nieuw aanbod en/of een nieuwe manier van hulpverlening?*

Technische redenen verhinderden een opname van de focusgroepen. Om toch te verzekeren dat de inhoud van de gesprekken voldoende werd gedocumenteerd, waren er steeds twee onderzoekers aanwezig. De ene onderzoeker modereerde het gesprek en de andere nam notities en zorgde voor een schriftelijke weergave van het gesprek. Deze schriftelijke weergave werd nadien gelezen door de moderator en indien nodig aangevuld.

De thematische analyse van deze gesprekken verliep analoog aan de analyse van de interviews.

Tabel 3. Overzicht deelnemers interviews

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Provincie	Antwerpen	Limburg	Vlaams-Brabant	Vlaams-Brabant	West-Vlaanderen	Vlaams--Brabant	Vlaams--Brabant	Limburg	West-Vlaanderen	Oost-Vlaanderen
Doelgroep(en)										
Autismespectrumstoornis	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Blind of slechtziend			X	X				X		
Ernstig/diep verstandelijke beperking		X	X	X	X	X	X	X		X
Matig verstandelijke beperking	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Licht verstandelijke beperking	X	X	X	X	X	X			X	
Gedrags- of emotionele stoornis		X	X	X	X	X			X	X
Gehoor- of spraakstoornis		X	X	X						
Motorische beperking		X	X	X			X	X		X
NAH	X		X	X	X				X	
Hulpverleningsaanbod										
Dagondersteuning	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Woonondersteuning	X	X	X	X	X	X		X		X
Individuele psychosociale begeleiding	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Individuele praktische hulp	X					X			X	X
Globale individuele ondersteuning	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Oproepbare permanentie				X	X	X				X

Tabel 4. Overzicht deelnemers focusgroepen

	FG 1	FG 2	FG 3	FG 4	FG 5	FG 6
Aantal deelnemers	4	7	6	2	3	5
Provincie	Antwerpen	Limburg	Vlaams-Brabant	Vlaams-Brabant	West-Vlaanderen	Vlaams-Brabant
Doelgroep(en)						
Autismespectrumstoornis	X	X	X	X	X	X
Blind of slechtziend			X	X		
Ernstig/diep verstandelijke beperking		X	X	X	X	X
Matig verstandelijke beperking	X	X	X	X	X	X
Licht verstandelijke beperking	X	X	X	X	X	X
Gedrags- of emotionele stoornis		X	X	X	X	X
Gehoor- of spraakstoornis		X	X	X		
Motorische beperking		X	X	X		
NAH	X		X	X	X	
Hulpverleningsaanbod						
Dagondersteuning	X	X	X	X	X	X
Woonondersteuning	X	X	X	X	X	X
Individuele psychosociale begeleiding	X	X	X	X	X	X
Individuele praktische hulp	X					X
Globale individuele ondersteuning	X	X		X	X	X
Oproepbare permanentie				X	X	X

3.2 Resultaten

3.2.1. Het veranderproces

Globaal gezien staan de directieleden positief tegenover de invoering van de PVF en de bijhorende veranderingen. Deze creëert naar hun aanvoelen een gezonde relatie tussen de zorgvrager en de zorgaanbieder.

Het neemt niet weg dat de invoering van dit nieuwe financieringssysteem voor vele directieleden een omvangrijke zoektocht naar een hervorming van de organisatie heeft veroorzaakt. Ze ervaren een noodzaak om - soms ongewild - mee te stappen in het 'markt-denken' door hun organisatie op de kaart te zetten als 'allrounder'. Hiermee dachten/hoopten ze tegemoet te kunnen komen aan de wijzigende zorgvragen en verandering c.q. verzwaring van de doelgroep die met de invoering van de PVF gepaard ging. Voor de directieleden vormde zich een grote administratieve rompslomp; voor de sociale professionals ontstond een bepaalde onzekerheid. Vragen als "kan ik aan de slag blijven binnen de organisatie?", "kan ik aan de slag blijven binnen mijn huidige functie?" of "is mijn expertise nog geschikt voor de gewijzigde doelgroep?" zijn illustratief voor de twijfel.

Toch heeft de nieuwe situatie geen verlamrend effect gehad. Ondanks de gestegen administratieve belasting bij de directies en de (job)onzekerheid bij de sociale professionals heerst er bij de directieleden een algemene tevredenheid over het veranderingsproces dat zich op gang heeft getrokken. Wel wordt benadrukt dat het om een langdurig proces gaat dat stapsgewijs dient aangepakt te worden. Het is zeker niet zo dat het onmiddellijk alleen voordelen oplevert:



Het is een proces dat langzaam verloopt en dat enkel kan slagen als we tijd krijgen om met de nodige focus, gesprekken aan te gaan en duiding te kunnen geven aan alle betrokkenen.

Ervaren voordelen

Directieleden van meerdere zorgorganisaties vermelden een toename in flexibiliteit om met de budgetten van gebruikers om te gaan. Meer op maat gemaakte oplossingen kunnen worden geboden en er kunnen meer combinaties in zorg gemaakt worden. Een verlangen naar een betere combinatie gaat voor sommige directies gepaard met meer samenwerking tussen organisaties. Een grote solidariteit tussen verschillende zorgorganisaties blijkt opvallend.

De solidariteit mag groot zijn, het neemt de realiteit van een toenemend belang van kwaliteitsbewaking niet weg. Directieleden ervaren een toenemende druk om het aanbod van hun zorgorganisatie aantrekkelijk in de markt te zetten om op die manier voldoende gebruikers aan te trekken. De onderlinge concurrentie die deze 'vermarkting' van het zorglandschap met zich meebrengt kunnen de directies slechts matig appreciëren. Het is een mes dat aan twee kanten snijdt en het zorgt ervoor dat meerderen met een bezorgde blik naar de toekomst kijken.

Binnen het systeem van PVF kan je als vergunde zorgaanbieder flexibel doen wat je wilt, zolang je het maar georganiseerd krijgt binnen het kwaliteitskader en de erkenningsvoorwaarden.

Ervaren nadelen

Alle directieleden maken melding van het feit dat de doelgroep die hulp bij hen zoekt sterk veranderd is. Dit betekent dat de doelgroep complexer en zwaarder wordt, veelal omwille van bijkomende problemen enerzijds en/of agressieproblemen bij de gebruikers anderzijds. Zij verklaren deze evolutie door de manier waarop de persoonlijke budgetten momenteel worden toegekend, namelijk door het principe van de prioritering. In de praktijk betekent dit dat voornamelijk personen met zware en complexe ondersteuningsnoden een budget krijgen; niet zelden doen zware bijkomende psychische problemen of agressie hierbij de complexiteit toenemen:

Het klassieke beeld van de "brave" persoon met een verstandelijke beperking bestaat niet meer.

Uiteraard zorgt deze toegenomen complexiteit voor de nodige uitdagingen. De nood aan bijkomende kennis en specifieke expertise groeit bij sociale professionals. Steeds vaker voelen ze zich onvoldoende opgeleid om met deze toenemende (agressie)problematieken om te gaan; het leidt tot onzekerheid en zelfs angst en weerstand.

Naast de wijzigingen in de doelgroep, brengt ook de hervorming van correctiefase 2 heel wat aanpassingen met zich mee. Binnen correctiefase 2 worden meer gelijkwaardige budgetten verdeeld onder gelijk(w)aardige profielen, en worden de middelen niet meer verdeeld vanuit de voorzieningen zelf. Door de stap te zetten naar correctiefase 2 hebben organisaties meer gebruikers nodig voor hetzelfde aantal personeel, wat voor een verhoogde werkdruk zorgt. Maar niet enkel het correctiefase 2-verhaal zorgt voor een verhoogde werkdruk, ook de administratieve aanpassingen en strengere regelgevingen die nageleefd moeten worden zorgen voor minder flexibiliteit voor extra zorgvragen bij de sociale professionals. Hierdoor groeit bij hen de vrees dat de kwaliteit van de begeleidingen hieronder zal leiden, en dat ze niet de hulp kunnen bieden die de gebruikers echt nodig hebben. Met als gevolg dat ze het risico lopen deze gebruikers te verliezen aan zorgorganisaties die de 'extra' hulp wel kunnen bieden:

We kunnen vraaggestuurd werken zolang het binnen het budget past.



3.2.2. Impact van PVF op de zorgorganisatie en de (rol van de) sociale professionals

Personeelsbeleid

Volgens vele directies is de personeelsinzet dezelfde gebleven maar wordt er door de zwaardere doelgroep wel meer gevraagd van de sociale professionals die dagelijks met de gebruikers werken. De toegenomen administratieve taken, complexere hulpvragen die sneller beantwoord moeten worden (i.e. met minder middelen) zorgt voor een hoge werkdruk bij de sociale professionals. Periodes met een beperkte instroom van gebruikers creëren dan weer een zekere ongerustheid:

We kunnen minder vaste contracten geven aan nieuwe medewerkers, omdat de in- en uitstroom van cliënten veel meer fluctueert dan voor de invoering van het PVF systeem. Onze begeleiders moeten dus ook extra flexibel zijn en zullen met periodes een heel gevuld werkschema hebben en in andere periodes veel minder werkuren.

Dat de impact voor de hele groep van personeel in de verschillende organisaties groot is, mag niet worden genegeerd:

We doen er alles aan om steeds te luisteren naar de ongerustheden bij al onze medewerkers en als we het gevoel hebben dat er 'iets' leeft, gaan we zo snel mogelijk in gesprek zodat het geen eigen leven gaat leiden. We proberen zo goed mogelijk duiding te geven bij veranderingen en nieuwe situaties.

Er is veel gesprek, duiding en geruststelling nodig bij medewerkers om gemotiveerd te blijven in deze nieuwe situatie.

Marktwerking en ondernemerschap

Alle bevroegde directies benadrukken de grote financiële impact van de invoering van de PVF op hun zorgorganisatie. Door de invoering van de PVF worden zorgorganisaties immers geheel afhankelijk van hun gebruikers:



Wanneer er bijvoorbeeld een cliënt plots wegvalt door bijvoorbeeld te overlijden, moet er onmiddellijk gezocht worden naar een andere cliënt die de plek kan invullen zodat we als organisatie geen inkomsten verliezen.

Meerdere organisaties gaan daarom op zoek naar sponsoring en zelfs de verkoop van eigen gemaakte producten, om op die manier nog enige zekerheid in de inkomsten te verzekeren. Door deze financiële onzekerheid dreigen investeringen die voor de invoering van het systeem van de PVF wel zouden zijn gerealiseerd, te worden uitgesteld of zelfs afgevoerd. Het zet niet zelden de kwaliteit van de geboden zorg onder druk:

Ik heb soms het gevoel heeft dat de kwaliteit van de zorg en ondersteuning die we bieden, verloren lijkt te gaan door serieuze besparingen op verschillende domeinen

Je moet altijd tellen en je moet continu de financiële situatie bewaken doordat we zo afhankelijk zijn van onze cliënten.

Er bestaat bij geen van de directieleden enige twijfel dat de regie veel meer bij de gebruikers ligt dan in het verleden. Dat ze daarmee als zorgorganisatie flexibel moeten omgaan ligt voor de hand. Ze zijn er zich duidelijk van bewust dat voortdurende alertheid voor de wijzigende zorgvragen en het steeds wijzigende zorglandschap nodig zal zijn. Zorgorganisaties zullen op zoek moeten naar manieren om een geschikt aanbod te blijven realiseren en naar strategieën om voldoende cliënten te blijven aantrekken om het bestaan van de organisatie te garanderen.

Meerdere directieleden benadrukken hierbij het toenemende belang van een positief imago van de organisatie. Een zorgorganisatie zal op een aantrekkelijke en eigentijdse manier zichtbaar moeten zijn binnen het zorglandschap. Erg illustratief was het concrete verhaal van een directielid dat vertelde over een samenwerking met een consultant, een adviseur die economisch kon denken en tegelijk ook voeling had met het zorgkader.

Toch wordt benadrukt dat dit “ondernemerschap” zich niet mag verengen tot een enge focus op financieel zelfbehoud. Meerdere deelnemers signaleren de reeds actueel bestaande (na)druk op financiële evenwichten. Andere aspecten van het ondernemerschap dreigen (te) weinig te worden belicht. Men is er zich van bewust dat in dit spanningsveld directieleden een bepalende rol (kunnen) spelen:



Ondernemen is ook durven verkennen, durven innoveren en vooral ook risico's durven nemen om te groeien en om nieuwe kansen te ontdekken om de werking van de organisatie ten goede te laten komen.

Er is voor ons als directieleden een belangrijke rol weggelegd in het vertalen van aspecten van het ondernemerschap naar het landschap van de social profit alsook de specifieke kenmerken van onze eigen organisatie. Alleen op die manier kan het ondernemerschap ons ook echt mogelijkheden bieden die zowel onze zorgorganisatie, onze medewerkers als onze cliënten en hun netwerk ten goede komen.

De dynamiek van onze organisatie zit in menselijk kapitaal en dat is meer dan ooit creatief en flexibel zijn.

Een aantal focusgroepen geven ten slotte ook aan dat de commerciële insteek van de PVF zeer tegenstrijdig aanvoelt als hulpverlener. Men mag er dan wel voor pleiten om de financiële kant zo weinig mogelijk te laten doorwegen op de hulpverleningsrelatie, de praktische realiteit toont anders. De financiële kant van zorg en ondersteuning en de impact op het budget van de cliënt, zullen immers vaak (mede) bepalen of keuzes en beslissingen al dan niet worden genomen:

Ik wil bezig zijn met mijn cliënten en hen de nodige zorg en ondersteuning bieden. Ik heb niet voor deze job gekozen om dagelijks meerdere uren administratie en registratie te doen en vooral niet te veel met mijn cliënten bezig te zijn. Want als ik 'er over ga', verliezen ze een deel van hun budget en dat wil ik natuurlijk ook niet.

Tot slot, het ligt voor de hand dat zorgorganisaties door de vermarkting van de zorg, meer dan vroeger, de kwaliteit van hun geboden zorg bewaken. Zij worden geacht flexibel te zijn en bij veranderende zorgvragen kort op de bal te spelen om kwaliteitsvolle zorg te blijven bieden. Zo niet, lopen ze het risico om gebruikers – en bijhorende inkomsten- te verliezen.

Sociale rollen en organisatie van taken

Iedereen, zowel directieleden als sociale professionals, hebben de doelstelling voorop gesteld dat de relatie tussen de hulpverlener en de gebruiker niet mag lijden onder de invoering van de PVF. Sommige zorgorganisaties kiezen er dan ook bewust voor om zaken rond budgetten en personeelsmiddelen volledig buiten de verantwoordelijkheid van hun sociale professionals te leggen om de authenticiteit van de hulpverleningsrelatie zoveel mogelijk te bewaren. Door meerdere directieleden wordt benadrukt dat, misschien meer

dan vroeger, bijzondere aandacht wordt besteed aan een goede relatie met de gebruikers. Door de invoering van het PVF-systeem wordt 'klantenbinding' immers nog belangrijker:

De cliënt en zijn netwerk wordt steeds voorop geplaatst en er zullen vanuit onze organisatie altijd zoveel mogelijk inspanningen geleverd worden om de gevraagde zorg te kunnen bieden. Zo niet, verliezen we niet alleen een gebruiker, maar ook inkomsten en dat is toch iets wat we als organisatie sterk moeten bewaken. Al is het ergens ook wel jammer dat we er op die manier moeten over nadenken.



Hoewel unaniem wordt aangegeven dat de relatie tussen hulpverlener en cliënt niet negatief beïnvloed zou mogen worden door PVF, is er evenzeer eensgezindheid dat er zich wel veranderingen voordoen in het takenpakket van de sociale professionals:

Ondanks het feit dat men van bovenaf ons zo weinig mogelijk wil belasten met de praktische en financiële kant van PVF, heb ik toch het gevoel dat we ons een stuk als boekhouder moeten opstellen. We moeten echt de reflex hebben om steeds te denken in functie van het budget.

Vanwege het aangaan van steeds meer samenwerkingen met vrijwilligers, externe organisaties of andere vergunde zorgaanbieders, komt er meer nadruk te liggen op het organiseren en overzien van al deze samenwerkingen. Deze samenwerkingen moeten door ons als hulpverleners worden georganiseerd. We moeten deze enerzijds verankeren binnen de bestaande hulpverlening en anderzijds moeten we er op toezien dat de samenwerkingen vlot verlopen. We zijn als het ware een organisator van en facilitator binnen al deze samenwerkingen.

Het systeem van PVF vraagt veel meer administratie en registratie dan voordien. Zo besteden we veel tijd aan het budgetbeheer en puntentelling van iedere cliënt waardoor andere taken in het gedrang komen.

Vanwege het feit dat er steeds meer samengewerkt wordt met vrijwilligers en/of externe diensten om de druk op het budget van de gebruikers zoveel mogelijk te beperken, kunnen bepaalde taken niet meer door ons als hulpverlener worden uitgevoerd. Dit gaat veelal over luchtige zaken zoals samen gaan winkelen, samen naar een doktersafspraak, ... Dit lijken misschien banale zaken, maar net die zaken geven een andere dimensie aan de relatie met je cliënt.



De 'luchtige' taken verdwijnen en worden steeds meer vervangen door administratieve taken die we van achter onze computer moeten uitvoeren. Het echte 'veldwerk' neemt een steeds kleiner deel van ons dagelijks takenpakket in, wat ik heel sterk betreur.

Het systeem van PVF is geen evident systeem is. Het vraagt veel kennis, inzicht en opzoekwerk om het te doorgronden, iets wat voor onze doelgroep niet altijd even eenvoudig en vanzelfsprekend is. We treden dan ook vaak op als pleitbezorger of spreekbuis van onze cliënten naar anderen toe.

Nieuwe vormen van hulpverlening

Het is reeds eerder gezegd, zowel in de interviews als in de focusgesprekken wordt aangegeven dat de huidige doelgroep verandert. Zoals reeds eerder vermeld, betreft de meest opmerkelijke verandering het feit dat men aangeeft dat de doelgroep steeds complexer en zwaarder wordt.

Naast een verandering in de zorgvragen – de meeste deelnemers stellen de prioritering (i.e. alleen mensen met de meest complex problematiek krijgen een budget toegewezen) hiervoor verantwoordelijk – wordt in de focusgroepen ook aangegeven dat binnen organisaties ook ruimer wordt gekeken dan het bestaande hulpverleningsaanbod. Vanuit de motivering om beschikbare plaatsen voldoende te kunnen invullen, wordt vaak op zoek gegaan naar mogelijkheden om het bestaande zorgaanbod uit te breiden:

Omwille van de invoering van de PVF zetten we als zorgorganisatie meer in op mobiele en ambulante begeleidingen van onze cliënten. Of we maken meer ruimte vrij om cliënten die beroep willen doen op een aanbod uit de Rechtstreeks Toegankelijke Hulp te ondersteunen.

Wat betreft de praktische organisatie van hulpverlening zien we een gemengd beeld terugkomen. Zo geven een aantal van de deelnemers aan dat zij het binnen het systeem van de PVF niet langer haalbaar en houdbaar vinden om gebruikers intensief en individueel te ondersteunen. Hierdoor keren zij eerder geleidelijk terug naar een vroeger model van hulpverlening waarbij gebruikers opnieuw in grotere groepen worden samen gezet. Echter, een aantal deelnemers geeft ook aan dat zij net omwille van de invoer van de PVF en de daarbij horende verzwaring van de doelgroep méér individueel en 1-1 gaan werken ter ondersteuning van de gebruikers. Dit omdat dit toelaat meer flexibel in te kunnen spelen op de zorgnoden van de desbetreffende cliënten. De meningen verschillen dus in de mate waarin men aangeeft dat het systeem van de PVF het toelaat om al dan niet ge(de)centraliseerd te werken.

Een andere manier waarop de hulpverlening en het bestaande hulpverleningsaanbod een impact kent, is op de infrastructuur van voorzieningen. In drie van de zes focusgroepen wordt expliciet aangehaald dat men vanwege de invoering van de PVF op een andere manier met de huidige infrastructuur dient om te gaan: waarbij men vaak creatieve oplossingen dient te bedenken voor een gebrek aan plaats en ruimte voor gebruikers.



We moeten vaak creatieve oplossingen bedenken voor een plaatsgebrek om gebruikers op te vangen en/of de nodige activiteiten met hen te kunnen doen. Zo hebben we bijvoorbeeld al opslagruimtes omgebouwd tot kamers wanneer de toestroom van gebruikers plots heel hoog was. We zijn zelfs moeten gaan samenwerken met andere organisaties om extra ruimtes te kunnen voorzien voor onze zorg en ondersteuning van onze gebruikers.

3.2.3. Dynamische vaardigheden in de zorgorganisatie

Netwerken en samenwerkingen m.b.t. kenniscreatie en -deling

Zowel directieleden als sociale professionals melden een ruime, intensieve samenwerking met meerdere partners. Hierbij gaat het zowel over interne samenwerkingen tussen de diverse diensten binnen de organisatie zelf, als over externe samenwerkingen met andere organisaties. Betreffende de interne samenwerkingen worden collega's en gebruikers maar ook ondersteunende diensten (ICT, personeelsdienst, sociale dienst, ...) vermeld. Voor meerdere directieleden en sociale professionals leidde de invoering van de PVF, mede dankzij de toegenomen nood aan creativiteit en reorganisatie, tot meer collegialiteit en een gevoel van 'samenhorigheid' onder de collega's:

We worden verplicht om over de verschillende afdelingen heen meer te gaan samenwerken en met z'n allen samen onze schouders te zetten onder het gemeenschappelijke doel van de best mogelijke zorg te bieden aan de zorgvrager.

Externe samenwerkingsrelaties worden door de deelnemers onderscheiden in drie grote groepen. Een eerste groep betreft de groep van familie, vrienden en ruimer netwerk van de cliënten waaraan de organisatie ondersteuning biedt. Daarbij aansluitend behoort ook de steeds groter wordende groep van vrijwilligers die de organisatie en hulpverlening ondersteunen. Een tweede groep betreft de ondersteunende diensten zoals de diensten ondersteuningsplan (DOP), ziekenfondsen, huisartsenpraktijken, poetsdiensten, diensten voor familiehelp en zo verder. Een laatste groep van samenwerkingspartners betreft de andere vergunde zorgaanbieders, zowel met een gelijkaardig als met een verschillend zorgaanbod.

Samenwerkingen vinden klaarblijkelijk zowel ad hoc plaats en er doet zich een concrete vraag voor of er ook structureler kan worden samengewerkt:

Door samen te werken met andere organisaties kunnen diensten, materialen en infrastructuur uitgewisseld worden, wat belangrijk is om tegemoet te kunnen komen aan de complexere zorgvragen en de veranderende doelgroep waar we als vergunde zorgaanbieder mee te maken krijgen.



Wij volgen in samenwerking met een aantal andere diensten een gedeeld coachingsplan om het proces van de invoering van PVF succesvol te maken. Op die manier kunnen we leren van elkaar en komen we te weten waar ieders sterktes en mogelijkheden liggen wat alleen maar handig kan zijn in de toekomst.

Toch moet worden opgemerkt dat, hoewel het merendeel van de deelnemers het belang van de uitbouw van een netwerk om kennis, expertise en diensten uit te wisselen, benadrukt, voor enkele deelnemers toch nog enige koudwatervrees blijft bestaan:

Wij hebben deze beslissing zeer bewust genomen uit schrik voor extra werk en verplichtingen ten opzichte van de samenwerkingspartners, en uit angst om de identiteit van onze eigen organisatie te verliezen.

Samenwerken in de zorg is vanzelfsprekend niets nieuws en wordt, zoals eerder gezegd, door de meerderheid als waardevol en nodig beschouwd. Bijvoorbeeld, het inschakelen van ondersteunende diensten (zoals poetshulp, familiehelp) omdat het budget van een cliënt onvoldoende is voor de ondersteuning bij de vergunde zorgaanbieder, maar waarbij er via externe samenwerkingen wel extra ondersteuning kan worden geboden. Daarnaast worden ook samenwerkingsverbanden aangegaan vanuit de wens om hulpverlening voor de gebruikers te kunnen waarborgen:

Wij konden bijvoorbeeld een bepaalde cliënt niet meer kan opvangen omwille van een echt heel specifieke zorgvraag. Maar doordat we een samenwerkingsverband met andere vergunde zorgaanbieder hadden, konden we deze cliënt wel heel vlot 'overbrengen' naar hen en kon hij de nodige ondersteuning krijgen, in afwachting van een plaats bij onze organisatie.

Samenwerkingen komen vooral tot stand vanuit de wil om toch nog iets voor je cliënt te kunnen betekenen, waar het als hulpverlener in kader van het beschikbare budget ophoudt. Je wil dan vooral zorgen dat de client nog ergens terecht kan.

Naast het uitwisselen van diensten, materialen en infrastructuur, worden ook de ontwikkeling en het delen van kennis als mogelijke inhoud van samenwerkingsverbanden vermeld. Krachten kunnen worden gebundeld. Partijen, in casu interne en/of externe begeleiders en coördinatoren kunnen leren van mekaar, zowel aangaande het praktisch oplossen van een concrete zorgbehoefte dan wel een theoretische ondersteuning van complexe problematiek:



Als klein dagcentrum zijn we een manusje van alles en missen we een klankbord. Het is dus leuk en leerrijk om krachten te bundelen en samen oplossingen te zoeken en kennis uit te wisselen.

Samenwerkingen leveren volgens de meeste deelnemers ook praktische voordelen. Samenwerkingen in functie van infrastructuur, om extra ruimte te creëren voor cliënten zijn een vaker vermeld voorbeeld. Het samenwerken van diverse vergunde zorgaanbieders om binnen een bepaalde geografische locatie een gestroomlijnde manier van werken (dezelfde regels, richtlijnen en hulpmiddelen) te garanderen, reduceert mogelijk ongezonde concurrentie.

Ten slotte is het vermeldenswaardig dat de deelnemers van alle focusgroepen erop wijzen dat er, sinds de invoering van de PVF een meer intensieve samenwerking bestaat met het netwerk van de gebruikers (d.i. de eerste groep van samenwerkingspartners):

We zijn er ons van bewust dat we steeds meer taken en verwachtingen bij het netwerk van onze cliënten leggen, omdat dit een budgettaire impact voor de cliënt kan vermijden. Dit voelt voor ons wel erg dubbel aan. Langs de ene kant biedt dit de mogelijkheid om de financiële impact op het budget en middelen van de cliënt te beperken, maar langs de andere kant moeten we natuurlijk ook voldoende rekening houden met de draagkracht van het netwerk.

Die intensieve samenwerking met het netwerk van onze cliënten heeft ook wel een keerzijde. Want we merken echt wel een toenemende kritische ingesteldheid van het netwerk ten aanzien van onze hulpverlening. Ze kijken steeds kritischer naar zorgorganisaties en stellen opvallend meer vragen dan voordien. Ik begrijp dit natuurlijk ook wel, maar dat zorgt wel voor een steeds aanwezig gevoel dat we ons moeten bewijzen en dat we gecontroleerd worden.

Leiderschap

Op de vraag hoe leiderschap opgevat wordt binnen het veranderingsproces, antwoordden bijna alle bevroegden dat ze streven naar autonoom leiderschap waarbij de begeleiders van leefgroepen zelf de touwtjes in handen hebben. Of nog, ze streven naar zelfsturende teams waar een cultuur van eigenaarschap heerst en alle medewerkers de vrijheid krijgen om dingen in handen te nemen; op die manier kunnen ze persoonlijk en als team groeien. Eén bevroegde sprak hierbij ook over het leiderschap van de gebruikers over hun eigen hulpverleningsproces, en verwoordde dit als volgt:

Ik probeer zoveel mogelijk de begeleiders te betrekken en bij de gebruikers de boodschap te benadrukken dat ze gehoord worden. Ze mogen dromen maar niet alles is mogelijk en we kunnen niet alles realiseren.

Innovatief vermogen

Alle deelnemende directieleden zijn het erover eens dat het hebben van een duidelijke visie en missie een voorwaarde sine qua non is om met deze vernieuwde financieringssituatie om te gaan binnen de werking van de organisaties. Wel wordt benadrukt dat het alleen maar hebben van een duidelijke visie en missie ontoereikend is. Ook de verantwoordelijkheid tot zelfbehoud en het behoud van de identiteit van de eigen organisatie zorgen binnen de actuele context immers voor een extra uitdaging. Een aantal directieleden verwoorden heel bewust in te zetten op vernieuwing om succesvol met de nieuwe situatie om te gaan. Hun inziens dient deze drive aan alle medewerkers te worden meegegeven en is het belangrijk hen te motiveren om te durven experimenteren:

We doen extra inspanningen om onze plaats te veroveren in het hertekende zorglandschap, we durven out-of-the-box denken en beslissingen nemen om om te gaan met de veranderingen, zowel op dit moment als toekomstgericht.

Vanwege de invoering van de PVF dienen ze hun aanbod aan hulpverlening steeds meer in de kijker te zetten en kenbaar te maken naar de buitenwereld, om op die manier voldoende gebruikers aan te trekken. Maar aangezien het hulpverleningslandschap continu verandert zijn ook de zorgvragen een dynamisch gegeven. Vanuit dat gegeven merken deelnemers op dat men steeds rekening dient te houden met actuele tendensen binnen de doelgroepen en hulpvragen, om hun huidige aanbod van hulpverlening voldoende op af te stemmen. Op deze manier tracht men dan ook een aanbod te voorzien dat steeds maximaal afgestemd is op de actuele noden van personen met een beperking.

Eén organisatie kiest heel bewust meteen voor sociaal ondernemerschap om met de veranderende doelgroep om te gaan:

We richtten nieuwe ateliers op waarin onze cliënten zelf producten kunnen maken en dan kunnen verkopen ten voordele van onze voorziening. Op die manier kunnen we enigszins zelfbedruipend zijn en hebben we ten minste één vorm van inkomsten waar we redelijk zeker van zijn.



Participatie van gebruikers

Aansluitend bij voorgaande, wordt door alle deelnemers het belang van een 'gedeelde regie' benadrukt. Zo worden gebruikers en hun netwerk zo veel mogelijk bij alle stappen in hun hulpverleningsproces actief betrokken. Kwaliteit van leven van de gebruikers is bij velen een cruciale factor:

Door middel van een gebruikersraad, een bewonersvergadering, collectieve infomomenten voor gebruikers en hun netwerk, ... worden deze zo maximaal mogelijk betrokken bij zowel de werking van onze organisatie als bij het verloop van hun hulpverleningsproces.

4. Conclusies en aanbevelingen

In januari 2017 werd PVF ingevoerd in de hulpverlening aan personen met een beperking. Deze nieuwe manier van financieren van zorg houdt in dat personen met een beperking zelf zorg en ondersteuning op maat kunnen inkopen met behulp van een PVB. Vanuit dit idee van vraaggestuurde zorg staan personen met een beperking dus zelf mee aan het roer van hun zorg en ondersteuning. Vanzelfsprekend heeft deze vernieuwing een grote impact op de verschillende betrokkenen. Vraaggestuurde zorg blijkt voor personen met een beperking immers vaak zowel een vloek als een zegen (Kostet et al., 2017). Het uitgebreide aanbod geeft hen enerzijds veel mogelijkheden om écht zorg op maat te kunnen inkopen, maar kan anderzijds ook leiden tot keuzestress. Tot op heden bleef een concretisering van de impact op de zorgorganisaties, alsook op de sociale professionals sterk onderbelicht. Vanuit deze noodkreet uit het werkveld, ontstonden de drie doelstellingen en onderzoeksvragen van dit onderzoek.

Ten eerste wilden we een beeld krijgen van hoe de zorgorganisaties concreet aan de slag zijn gegaan met de implementatie van het nieuwe financieringssysteem binnen hun werking. Hieromtrent stellen we vast dat de invoering van de PVF alle zorgorganisaties ertoe aangezet heeft om hun werking kritisch te bekijken en waar nodig te reorganiseren. Dit veranderproces is bij vele nog steeds bezig. Veel zorgorganisaties zijn dan ook nog volop zoekende naar oplossingen om zo efficiënt mogelijk te kunnen werken met een maximale afstemming op de hulpvragen van de gebruikers. Naast de algemene ervaringen betreffende het veranderproces op zich, hebben we ook de tevredenheid over en betrokkenheid bij het veranderproces getoetst. Ondanks het feit dat de impact van de invoering van het systeem van de PVF duidelijk voelbaar is binnen de zorgorganisaties, lijkt een gevoel van tevredenheid over het veranderproces te overheersen. We willen dit wel ook onmiddellijk nuanceren, en opmerken dat deze tevredenheid voornamelijk op te merken is bij directieleden en andere professionals die niet dagelijks met de gebruikers werken. Bij de sociale professionals die dagelijks met gebruikers werken, is de tevredenheid minder groot. Dit verschil kan samenhangen met het feit dat deze groep ook het gevoel heeft minder betrokken te worden bij de veranderingen dan de anderen. Zij krijgen meer te maken met de veranderingen op zich en lijken niet altijd betrokken te worden in het proces om tot deze veranderingen te komen. Hoewel voor de meeste sociale professionals het belang en de noodzaak van de veranderingen duidelijk zijn, lijkt er toch ook sprake van enige weerstand. Een mogelijke verklaring kan schuilen in het feit dat deze weerstand niet zozeer betrekking heeft op het belang, de noodzaak en het waarom van de veranderingen, maar eerder verwijst de manier waarop ze al dan niet betrokken worden bij vernieuwingen en hoe deze (moeten) worden uitgevoerd.

Vervolgens onderzochten we de impact van de invoering van de PVF op de algemene werking van de zorgorganisaties. Zo wilden we te weten komen welke impact dit heeft op de visie en missie van de zorgorganisatie, op het personeelsbeleid, op sociaal ondernemerschap en marktwerking van de zorgorganisatie, op verschillende vormen van samenwerken, en op de rol(len) van de sociale professionals in de dagelijkse praktijk.

Het hebben van een duidelijke visie en missie binnen de zorgorganisatie blijkt een belangrijke voorwaarde te zijn om de nieuwe manier van financiering van zorg een plaats te geven binnen de bestaande werking. Wanneer de visie en de missie van de zorgorganisatie reeds voorafgaand aan de uitvoering van de veranderingen duidelijk waren, kon het nieuwe financieringssysteem hier vlot(ter) worden ingepast en zonder al te veel obstakels worden

geïmplementeerd in de bestaande werking. Het hebben van een duidelijke visie en missie alleen blijkt evenwel onvoldoende te zijn om helemaal probleemloos aan de slag te gaan met het systeem van PVF. Betreffende deze veranderde visie en missie stelden we vast dat zorgorganisaties steeds meer gaan inzetten op sociaal ondernemerschap, marktwerking en innovatie. Ze willen zichzelf aantrekkelijk op de kaart zetten om op die manier gebruikers te werven. Hierbij aansluitend is het belangrijk om op te merken dat hoewel PVF ondernemerschap wil stimuleren, dit ondernemerschap veelal beperkt blijft tot de aandacht voor de financiële aspecten. De term 'ondernemerschap' houdt meer in dan alleen financiële en economische waarden. Het herbergt ook maatschappelijke waarden zoals het hebben van passie voor je product of dienst. Hoe meer een organisatie deze verschillende waarden helder formuleert en opneemt in de visie en missie, hoe meer mogelijkheden het ondernemerschap kan bieden. Gepassioneerd zijn door je product of dienst zorgt er immers niet alleen voor dat je enthousiast begint aan je onderneming, maar kan ook voor steun zorgen op momenten dat het minder gaat (Bruins & Regter, 2008).

De invoering van het systeem van de PVF zorgt voor gezonde nieuwe uitdagingen en biedt een opportuniteit om kritisch naar de eigen werking te kijken. Naast de inkomsten die via het PVB van de gebruikers komen, wordt het belang van andere inkomsten steeds groter. De toenemende financiële onzekerheid waar zorgorganisaties mee te maken krijgen, heeft impact op het personeelsbeleid en zorgt voor enige ongerustheid bij de sociale professionals. Zorgorganisaties gaan dan ook steeds vaker op zoek naar manieren om een zekere financiële buffer in te bouwen.

Daarnaast zorgt de invoering van de PVF er ook voor dat er sneller samenwerkingen zullen plaatsvinden. Hiervoor zijn meerdere redenen, maar het beperken van de budgettaire impact op de gebruiker is vaak primordiaal. Men zal nu sneller de overweging maken om te zoeken naar manieren om hulpverlening op goedkopere wijze aan te bieden, hetgeen soms in schril contrast staat met de missie en visie van een organisatie.

Maar niet alleen het financiële aspect zorgt ervoor dat dat er meer en sneller samenwerkingen worden aangegaan. Zowel directies, beleids- en stafmedewerkers als sociale professionals geven aan dat er zowel intern als extern meer samenwerkingsverbanden ontstaan, omwille van onder andere de sterk verzwaarde doelgroep. De gebruikers die zich aanmelden bij de zorgorganisaties hebben immers steeds vaker een gecombineerde en complexe hulpvraag. Hierdoor worden door sociale professionals, die dagelijks met gebruikers werken, veranderingen ervaren in het hulpverleningsaanbod dat ze moeten bieden om tegemoet te komen aan deze 'nieuwe' zorgvragen. Naast de verandering in de nodige kennis en expertise, heeft ook de invulling van het takenpakket van deze sociale professionals een grote transformatie ondergaan. Zo wordt melding gemaakt van het feit dat de verwachtingen ten aanzien van sociale professionals steeds hoger komen te liggen. Niemand twijfelt aan de toegenomen werkdruk, als resultante van een veelheid aan redenen: (1) de hulpvragen veranderen en vragen bijgevolg een aangepaste reactie, (2) de hulpvragen worden steeds complexer, (3) een netwerk dat zich steeds kritischer opstelt ten aanzien van de geboden zorg, (4) de bijkomende administratieve vereisten en (5) het wegvallen van de "luchtigere" zorgtaken. Sociale professionals voelen zich niet enkel meer hulpverlener in de enge zin van het woord, maar nemen ook steeds vaker de rol van manager, administrator, pleitbezorger, marketeer en boekhouder op. Dit impliceert dat ze ook hiervoor nood hebben aan bijkomende kennis en expertise. Het verwerven hiervan dreigt op zijn beurt het bestaande takenpakket nog verder te belasten.

Opvallend is wel dat zich hier een duidelijke breuk voordoet tussen personen met meer of minder ervaring in de sector. Personen met meer ervaring in de sector ervoeren meer verandering ten gevolge van de invoering van de PVF dan personen met minder ervaring in de

sector. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de groep van personen die al langer werkzaam is in de sector zich meer bewust is van de situatie voor de invoering van de PVF; misschien hebben ze ook al meerdere periodes van verandering achter de rug. Daarnaast kunnen we ook veronderstellen dat de 'jongere' mensen tijdens hun opleiding al meer info hebben meegekregen met betrekking tot de visie die ten grondslag ligt aan de invoering van de PVF en dit misschien niet zozeer als een ingrijpende verandering gaan ervaren.

Ten slotte hebben we de aanwezigheid van een aantal dynamische vaardigheden in de zorgorganisaties en de eventuele invloed op het veranderproces onderzocht. Zoals reeds vermeld, zijn veel sociale professionals op zoek naar manieren om nieuwe kennis en expertise te verwerven betreffende de veranderende doelgroep en het gewijzigde takenpakket. Ondanks het feit dat directies de nodige inspanningen doen opdat de sociale professionals zich kunnen aanpassen aan de nieuwe realiteit, wordt dit door de sociale professionals zelf niet als dusdanig ervaren. Ze geven te kennen dat ze onvoldoende tijd, ruimte en middelen ter beschikking hebben om kwaliteitsvolle samenwerkingen aan te gaan en/of de nodige bijscholingen te volgen. Aansluitend hierbij stellen we vast dat sociale professionals sterk worden aangemoedigd om 'ondernemend' te zijn en out of the box te denken, maar dat ze ook hierin geremd worden door de toegenomen werkdruk.

Toch kan worden gesteld dat er over het algemeen wel sterk wordt ingezet op het betrekken van alle medewerkers bij beslissingen in de verschillende fasen van het veranderproces. Ook worden het belang van 'gedeeld leiderschap' binnen de teams, en 'gedeelde regie' binnen de hulpverleningsrelatie benadrukt door vele directieleden. De manier waarop sociale professionals dit ervaren, lijkt echter sterk te verschillen. Hiermee willen we het belang van een open communicatiecultuur benadrukken, om dergelijke verschillen zo veel mogelijk weg te werken.

Hoewel we het belang van de resultaten van ons onderzoek niet willen minimaliseren, willen we er op wijzen dat voorzichtigheid geboden blijft bij de huidige analyse en interpretatie van onze resultaten. Immers, ondanks het gegeven dat de verschillende soorten van ondersteuning en verschillende doelgroepen vertegenwoordigd worden in deze steekproef, blijft het de vraag of deze steekproef een realistische weergave is van het gehele werkveld. Daarnaast dient te worden opgemerkt dat we antwoorden verkregen vanuit 58 verschillende organisaties, terwijl het landschap van de hulpverlening aan personen met een beperking uit veel meer organisaties bestaat. Om de mailing uit te sturen, werd gebruik gemaakt van een selectielijst vanop de website van het VAPH waarin in totaal 261 organisaties werden vermeld, welke alle werden aangeschreven via e-mail. Het gevaar bestaat dat dergelijke mailingen met vraag tot deelname aan onderzoek terecht komen in een spamfilter of dat deze niet verder verspreid worden onder het personeel van de gehele organisatie. Ook bestaat de mogelijkheid dat alleen positief ingestelde organisaties hebben deelgenomen aan deze vragenlijst, hetgeen ook een vertekend beeld kan geven van de realiteit.

Tot slot, ondanks dat we de impact van de invoering van de PVF op de zorgorganisaties niet kunnen ontkennen, moeten we er waakzaam voor zijn dat we deze ook niet gaan overschatten. Zo mogen we niet alle veranderingen die plaatsvinden in zorgorganisaties, of dingen die minder goed gaan, toeschrijven aan de invoering van de PVF. De realiteit is dat er de laatste jaren een algemene afslanking in middelen heeft plaatsgevonden in de zorg. Deze besparingen en het bijhorend 'snoeien' in het personeelsbestand, kunnen eveneens een verklaring bieden voor o.a. de verhoogde werkdruk die door professionals ervaren wordt. Ondanks het feit dat er reeds veel stappen in de goede richting gezet zijn betreffende de PVF, zijn we ervan overtuigd dat er nog stappen dienen gezet te worden om het hele proces van de invoering van de PVF te doen slagen. Het zorglandschap zal moeten evolueren

naar een zorglandschap waarin zorgorganisaties nog meer als ondernemingen naar buiten komen en dit vraagt meer dan enkel een verandering binnen de huidige werking van de organisaties. Er zal dan ook een mentaliteitswijziging moeten komen want met de huidige middelen kunnen de ideale doelen niet veel langer uitgevoerd worden. We zullen met z'n allen het zorglandschap anders moeten gaan bekijken, en wij hopen met onze resultaten hier een bijdrage aan te leveren. We zijn er van overtuigd dat we met behulp van onze resultaten handvaten kunnen bieden aan zorgorganisaties om verder te blijven inzetten op de dynamische vaardigheden die reeds aanwezig zijn en deze te blijven ontwikkelen. Zowel in voorgaand onderzoek als in ons huidig onderzoek werd immers aangetoond dat deze faciliterend kunnen werken in een proces van vernieuwing en verandering. Dit zal er niet alleen toe leiden dat de zorgorganisaties zich wendbaar kunnen (blijven) opstellen in het veranderende zorglandschap, maar het zal ertoe bijdragen dat medewerkers optimaal kunnen functioneren en groeien binnen hun job als sociale professional. Betreffende dit laatste, ligt er een grote verantwoordelijkheid bij de opleidingen. Zij dienen immers de toekomstige sociale professionals op te leiden tot flexibele professionals zich naast hulpverlener ook kunnen opstellen als een ondernemer die zich bewust is van een voortdurend wijzigend zorglandschap en niet bang is om netwerken op te bouwen met interne en externe partners.

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewleidraad directies VZA

Voorstelling/ opstellen van het kader

- Voorstelling
- Kadering PVF-onderzoek
 - > Focus van het onderzoek ligt op organisaties en de sociale professionals
 - > Doel: zicht krijgen op factoren die het veranderproces hebben ondersteund – om zo ook organisaties te inspireren en begeleiden die hier nog mee worstelen
 - > Doel: kijken waar de noden liggen op vlak van competenties en ontwikkeling van professionals à bekijken of opleidingen hierin kunnen bijsturen, zodanig dat de nieuw opgeleide professionals zo goed mogelijk zijn voorbereid om te starten in dit hulpverleningslandschap
- ‘informed consent’
 - > Alle informatie = in kader van onderzoek en zal alleen voor deze doeleinden worden gebruikt
 - > Alles wat verteld wordt, wordt als vertrouwelijk behandeld
 - > We zorgen ervoor dat gegevens op anonieme wijze worden vermeld (bv. geen namen noemen, ook niet van de organisatie, maar we kunnen wel op basis van organisatiekenmerken terugkoppelen: bv. doelgroep of grootorde)
- Toestemming vragen om het interview op te nemen: louter en alleen om de informatie later te kunnen verwerken.

Start/ kadering resultaten

- de eerste stap in ons onderzoek betrof de afname van een vragenlijst, die werd uitgestuurd naar alle VZA.
 - > Focus lag hierbij op:
 - Ervaren verandering (proces) nav PVF
 - De impact van PVF op visie en missie, personeelsbeleid, marktgericht werken, sociaal ondernemerschap, nieuwe manieren van hulpverlening
 - Maar ook op algemene organisatiekenmerken die kunnen bijdragen tot een succesvolle verandering: leiderschap, innovatie en participatie van gebruikers.

Impact van PVF op de werking van de organisatie

Veranderproces:

Verloop proces

We vroegen aan deelnemers van onze vragenlijst in welke mate (van 1-10) ze een verandering ervaren naar aanleiding van PVF. Gemiddeld werd hier een score van 7,96/10, hetgeen een grote ervaren verandering impliceert.

- Hoe zijn jullie hiermee in 2017 aan de slag gegaan?
- Wat heeft geholpen om deze verandering te realiseren?
- Wat heeft hierbij net niet geholpen?
- Wat hebben jullie/de organisatie hierin gemist?
- Wat missen jullie hierin nog steeds?

Tevredenheid

Uit de vragenlijst blijkt dat de gemiddelde tevredenheidsscore ligt rond de 5.6 op 10. Het valt wel op dat personen met een leidinggevende functie een grotere tevredenheid hebben hierrond, in vergelijking met personen zonder een LG functie.

- Wat maakt dat u (niet) tevreden bent met dit veranderproces?
- Wat zijn voor u/de organisatie factoren om dit proces als 'geslaagd' te beschouwen?
- Waar zou dit verschil tussen personen met en zonder een LG functie kunnen liggen?

Impact specifieke domeinen intern organisatie

In onze vragenlijst hebben wij daarom ook ingezoomd op een aantal specifieke van deze elementen, waaronder PB, financiën,... Kan je voor elk van deze domeinen kort weergeven wat de grootste verandering/impact is vanwege PVF?

- Op welke vlakken/ domeinen zie je deze veranderingen?
 - > Personeelsbeleid? Topics: werkdruk – aanwervingsbeleid
 - > Financiën?
 - > Marktwerving en sociaal ondernemerschap? Topics: nieuwe doelgroepen – nieuwe diensten en producten – andere inkomsten - concurrentie
 - > De rol van hulpverlener?
 - > Kwaliteitsbeleid?
- Op welk van deze domeinen is de impact het grootste? Op welk domein het kleinste?

Positieve aspecten PVF

Uit de vragenlijst komen ook zeker positieve elementen naar voren, naar aanleiding van PVF zoals de mogelijkheid om meer innovatief te werken, het hebben van succeservaringen, opportuniteiten om de eigen organisatie en werking kritisch onder de loep te nemen.

- Herken je deze zaken? Waarom(niet)?
- Wat is er nodig om dit pvf-systeem nog meer te optimaliseren?

Impact specifieke domeinen extern organisatie

Samenwerkingsverbanden

De meerderheid van de respondenten (75,6%) geeft aan dat PVF leidt tot toenemende samenwerkingsverbanden, zowel structureel als ad hoc.

- Herken je dit resultaat?
- Welke samenwerkingen worden dan vooral aangegaan en waarom?
- Welke factoren/argumenten zijn beslissend om een samenwerking aan te gaan of net niet?
- Welke rol nemen mantelzorgers momenteel in?

Nieuwe producten of diensten en doelgroepen

Uit de vragenlijst blijkt dat 63% van de respondenten aangeeft akkoord tot helemaal akkoord te zijn over de uitspraak dat PVF leidt tot het werven van nieuwe en andere inkomsten.

- Welke nieuwe producten en diensten levert uw organisatie aan? Of over wat soort andere dienstverlening denk uw organisatie in de toekomst aan te bieden?
- Wil u ook andere doelgroepen aantrekken?

Afronding/ slot

Bijlage 2: Codeboom thematische analyse interviews met directieleden

1. Het veranderproces zelf

- Verloop/ aanpak
- Tevredenheid over dit proces

2. PVF systeem

- Ervaren voordelen
- Ervaren nadelen

3. Impact van het PVF systeem op

- Personeelsbeleid
- Financiën
- Marktwerking en ondernemerschap
- Rol van hulpverlener
- Kwaliteitsbeleid

4. Dynamische vaardigheden van organisaties

- Kenniscreatie en kennisdeling
- Netwerken
- Innovatief vermogen
- Leiderschap
- Participatie van gebruikers

Literatuurlijst

Bosch, E. (2002). Visie en attitude, respectvolle bejegening van mensen met een verstandelijke handicap. Soest: H. Nelissen hNb.

Bruins, A., & Regter, G. (2008). *Sociaal ondernemerschap*. Zoetermeer: EIM.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. sage.

Knoster, T. (1991). Model of Managing Complex Change. Presentation In TASK Conference, Washinton DC. *Geraadpleegd via <https://wij-leren.nl/veranderproces-elementen-knoster-sinek.php>*

Kostet, I., Emmers, E., Claes, C., & Van Puyenbroeck, J. (2017). Hoe beleven personen met een handicap persoonsvolgende financiering? Hoge verwachtingen, financiële zorgen. Sociaal.net. *Geraadpleegd via <https://sociaal.net/achtergrond/hoe-beleven-personen-met-een-handicap-persoonsvolgende-financiering/>*

Teece, D. J., Pisano, G. & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic management journal*, 18(7), 509-533.

Vandeurzen, J. (2010). Perspectief 2020. Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap. *Brussel: Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*.

Vandeurzen, J. (2013). Conceptnota persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap. *Brussel: Vlaamse Regering*.

Van Gennep A., (2000). Emancipatie van de zwaksten in de samenleving over paradigma's van verstandelijke handicap. Amsterdam, Boom.

Van Leeuwen, S. (2014). Investeer in strategische wendbaarheid. *Zorgmarkt*, 236-238. *Geraadpleegd via <http://www.indora.nl/wp-content/uploads/2014/02/ZORGMARKT-Investeer-in-Strategische-wendbaarheid.pdf>*

Van Puyenbroeck, J., Wilson, M., Van Den Eede, V. & Claes, C. (2019). Hoe beleven personen met een handicap persoonsvolgende financiering? (Onderzoek in opdracht van VFG, Vereniging personen met een handicap . Kenniscentrum Gezinswetenschappen, Odisee Hogeschool, Brussel/ Expertisecentrum E-Qual, Hogent, Gent.

Vranken, R. & Hermans, K. (2009). Project zorginnovatie in welzijn. *Deel I: Zorginnovatie: gebruikersgericht vernieuwen en veranderen*. Leuven: LUCAS.



Colofon

Titel

Hulpverlening als sociale onderneming?!

Onderzoek naar de impact van persoonsvolgende financiering op de vergunde zorgaanbieders en een rolverheldering van de sociale professionals

Auteurs

Katrien Geebelen – Expertisecentrum Inclusive Society, hogeschool UCLL

Katrien Hermans – Expertisecentrum Inclusive Society, hogeschool UCLL

Heleen Neerinckx – Expertisecentrum Inclusive Society, hogeschool UCLL

Met medewerking van

Vlaams Welzijnsverbond

VAPH

Opleidingen orthopedagogie, sociale readaptatiewetenschappen,
sociaal werk van hogeschool UCLL

Informatie over het project kan worden ingewonnen bij:

Katrien Hermans

Onderzoeker Expertisecentrum Inclusive Society, hogeschool UCLL

katrien.hermans@ucll.be

Heleen Neerinckx

Onderzoeker Expertisecentrum Inclusive Society, hogeschool UCLL

heleen.neerinckx@ucll.be

© All rights reserved

Niets uit deze uitgave mag verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, micro lm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor educatieve, pedagogische en sociale doeleinden die geen commercieel oogmerk hebben, mag al het materiaal vrij gebruikt worden mits correcte bronvermelding van deze publicatie.