

Schadegevallen waarin kinderen betrokken zijn

Inhoudstafel

1	<i>Inleiding</i>	2
2	<i>Probleemstelling</i>	3
2.1	Neurologische beperkingen.....	3
2.2	Orthopedische beperkingen.....	4
2.3	Langdurig karakter dossiers.....	5
2.4	Verzekeringstechnische problemen.....	6
2.4.1	Inschatting van reserve.....	6
2.4.2	Contacten met familie slachtoffer.....	6
2.5	Relatie familie slachtoffer.....	7
2.5.1	Psychologie jong slachtoffer.....	8
2.5.2	Psychologie ouders.....	8
2.5.3	Relatie ouders – kinderen.....	9
2.5.4	Wonen.....	10
3	<i>Inbreng ACT: voordelen van re-integratieadvies</i>	12
3.1	Neutrale actor.....	12
3.2	Wissels op toekomst.....	12
3.3	Aanpak.....	13
3.3.1	Aanmelding van dossier.....	14
3.3.2	Terreinverkenning.....	14
3.3.3	Advies, ondersteuning, implementatie, evaluatie.....	15
3.4	Belang snelle interventie.....	15
3.5	Win-win situatie.....	16
3.6	Concrete aanpak.....	17
3.6.1	Aanmelding dossier.....	17
3.6.2	Huisbezoek/contacten met behandelaars.....	18
3.6.3	Formuleren van voorstellen voor verdere aanpak begeleiding.....	19
3.6.4	Uitvoeringsfase.....	19
3.6.5	Afronding/evaluatie.....	20
	<i>Bijlage:</i>	21
	Stappenplan voor ondersteuning in actief schadebeheer bij kinderen en jongeren.....	21
	Casuïstiek.....	22
	Betekenis/invloed van een kind met een handicap binnen het gezin.....	32

1 Inleiding

In 2006 waren er 8053 jonge verkeersslachtoffers. Hiervan waren 726 kinderen zwaar gewond. Vanuit het rapport 'Voor een beter opvang en begeleiding van verkeersslachtoffers'¹ blijkt uit diverse werkgroepen dat er zich een tekort voordoet op het vlak van aangepast casemanagement in deze dossiers. Ook uit studies op Europees niveau² komt naar voor dat zowel voor jonge verkeersslachtoffers als voor hun ouders, de opvang en geboden ondersteuning als 'onvoldoende' ervaren wordt.

- 90% van de familieleden van verongelukte kinderen klaagt over onvoldoende informatie
- 68% meent dat ze in gerechtelijke procedures onfair zijn behandeld
- 80% voelt zich in de kou gelaten door verzekeringsmaatschappijen
- Veel ouders lijden zelf aan lichamelijke of psychische stoornissen, raken vereenzaamd, verliezen hun werk, relaties lopen op de klippen
- ...

Niet enkel de slachtoffers en hun omgeving, maar ook de verzekeraars worden geconfronteerd met enkele moeilijke vraagstukken, waarvoor op dit moment onvoldoende ondersteuning voorzien is. Revalidatie van kinderen is een complexe materie enerzijds omwille van de verscheidenheid aan functiestoornissen en beperkingen bij de start van de revalidatie, anderzijds omwille van de onduidelijkheid over herstelmogelijkheden.

¹ Bossaert, B.; *Voor een betere opvang en begeleiding van verkeersslachtoffers. Rapport van de stuurgroep aan de Staten-Generaal*, Brussel, Vlaamse Overheid, Departement Welzijn, volksgezondheid en Gezin, 2007

² *Les Morts et les Blessés de la circulation, Propositions d'amélioration*, 1995, met steun van de Europese Commissie

2 Probleemstelling

Zoals reeds eerder gesteld, zijn dossiers waarbij jonge verkeersslachtoffers een zwaar letsel hebben opgelopen vaak zeer zwaar. Hierbij komen niet enkel de problemen waarmee het slachtoffer en zijn omgeving geconfronteerd worden aan bod (trauma verwerking, woningaanpassingen, psychologische impact handicap op alle leden van gezin, invloed beperking op context), maar ook de moeilijkheden waarmee dossierbeheerders bij de verzekering mee geconfronteerd worden.

Bij kinderen die een zwaar letsel hebben, kunnen we 2 grote groepen onderscheiden:

- Slachtoffers van een hersenletsel, die gedragsstoornissen vertonen, soms vergezeld met fysische letsels (neurologische beperkingen)
- Slachtoffers met louter orthopedische letsels, zonder intellectuele gevolgen (orthopedische beperkingen)

Omdat een kind nog volop in groei en ontwikkeling is, is het voor betrokken partijen vaak moeilijk om in te schatten welke de evolutie van het herstel en de revalidatie van een kind zal zijn.

2.1 Neurologische beperkingen

Jonge slachtoffers met neurologische beperkingen, vormen een belangrijke bron van onzekerheid. In het herstel van een kind, zit met zich vaak geconfronteerd met de meest uiteenlopende en/of radicale evoluties, van volledig herstel tot overlijden. De inschatting van de evolutie van het herstel is dus afhankelijk van enerzijds de verscheidenheid aan functiestoornissen en beperkingen bij de aanvang van revalidatie, anderzijds door de onduidelijkheid over herstel mogelijkheden.

Hoe sneller men geïnformeerd is over de mogelijkheid van dergelijke evolutie, hoe correcter de inschatting van de uiteindelijke toestand kan gebeuren. Logische afleiding hieruit is dat onduidelijkheid over de verdere geestestoestand van een slachtoffer het correct inschatten van het functieniveau van het kind bemoeilijkt.

De medische expert moet buiten oog hebben voor mogelijke evoluties van herstel, zich ook uitspreken over het al dan niet aanwezig zijn van een causaal verband tussen een geconstateerd neurologisch tekort en het ongeval. Vragen die zich stellen zijn onder meer: is het hersentrauma toe te wijzen aan de terugslag? En de depressie van het slachtoffer zelf of van een van de nabestaanden? Wat was de rol van het niet dragen van een gordel? Het

subjectieve karakter van klachten zoals slaapstoornissen of een depressie en de vraag naar de retrotamische toestand, zijn problemen waarmee de expert geconfronteerd wordt. Voorafgaande toestand, externe factoren en de combinatie van beiden maken van de analyse een zeer delicaat punt. Bijkomstig is dan nog dat het verschil tussen een volwassene en een kind zeer groot is, vooral omdat deze laatste nog steeds in permanente ontwikkeling is.

2.2 Orthopedische beperkingen

Niet enkel op neurologisch vlak zijn er enkele vraagstukken als het gaat op schadegevallen waarin kinderen betrokken zijn. Ook met betrekking tot orthopedische beperkingen (vb. paraplegie, dwarslaesie,...) komen enkele problemen naar voor.

Eerst en vooral is het van belang dat het kind alle hulpmiddelen en aanpassingen ter beschikking heeft die het nodig heeft om zich te bewegen en om de dag door te brengen. Hierbij is het doel een situatie te creëren die zo dicht mogelijk aanleunt bij de ‘normale gang van zaken’. Hierbij is het moeilijker om bij een kind het onderscheid te maken tussen wat nodig is en wat bijkomstig is, dan bij een volwassene waarvan de ontwikkeling reeds is afgerond. Doordat een kind nog constant in groei is, moeten ook protheses regelmatig worden aangepast. De technische ontwikkelingen op vlak van prothese zorgen dat het veel minder gemakkelijk is om de nood aan hernieuwing en de kost hiervan te voorzien. Hoe jonger het slachtoffer, hoe meer deze onzekerheid zal spelen.

Verder kunnen enkele orthopedische beperkingen (vb. verlamming) hebben een invloed hebben op de harmonieuze groei van een kind. Daardoor zullen correctieve operaties nodig zijn. Buiten het belang van de keuze van een goed ziekenhuis waarin deze ingreep door kan gaan, is het vaak ook nodig dat het slachtoffer na de operatie een tijd in een revalidatiecentrum verblijft. Zowel bij keuze van het centrum als het ziekenhuis, zijn naast kostprijs ook de geografische ligging en kwaliteit van de geboden zorg elementen die een rol spelen.

Ook aanpassingen aan het ouderlijk huis van het jonge slachtoffer zijn een delicaat onderwerp. Enerzijds moet de keuze gemaakt worden of het ouderlijk huis aanpast wordt dan wel een nieuwe woning wordt gekocht die beter geschikt is voor transformatie. Verder is er de confrontatie met de keuze van aanpassingen. Dit hangt af van de mogelijke evolutie van het herstel van het kind. Kan het zijn dat dit kind later zelfstandig gaat wonen (en dus het ouderlijk huis verlaat en in een nieuwe (aangepaste) woning intrekt)? Wat als de ouders de woning huren? Wat als de ouders uit mekaar gaan of om andere redenen moeten verhuizen?

Verder is het in deze context ook nodig om een goede evaluatie te maken van welke de concrete noden zijn van het slachtoffer. Hierbij speelt de factor mee dat ouders vaak nog bezig zijn met verwerking van het gebeurde en hun kind op dit moment de best mogelijke ondersteuning willen bieden. Ze willen (begrijpelijk) duurzame oplossingen, waarbij uit het oog verloren worden dat deze oplossingen op het moment zelf misschien goed zijn, maar op termijn niet meer zullen inspelen op de noden van het kind. Verder kan het ook zijn dat het kind op termijn niet meer thuis woont (ofwel in aangepaste woonvorm ofwel zelfstandig). Begeleiding van de ouders is nodig om hen te laten open staan voor op dit moment minder adequate oplossingen, die misschien beter inspelen op de noden van het hele gezin.

Niet enkel toegang tot het ouderlijk huis kan een probleem vormen. Ook toegang tot de school is een aandachtspunt voor een jong slachtoffer. Welke school is het meest aangepast voor het type van beperking van het kind (begeleiding in gewoon onderwijs via geïntegreerd onderwijs of nood aan bijzonder onderwijs)? Welke school is toegankelijk? Welke school is bereikbaar (en brengen de ouders het kind weg of kan het met de schoolbus mee)? Het schoolinstituut neemt het kind ten laste gedurende de schooluren. Hier moet er buiten oog naar toegankelijkheid van klassen en publieke ruimtes ook oog zijn voor nood aan ondersteuning van derden. (vb. indien het kind lijdt aan incontinentie).

2.3 Langdurig karakter dossiers

Door het langdurige karakter van dossiers waarbij jonge slachtoffers betrokken zijn, is er sprake van bijkomende probleemdomeneinen. Inflatie en de evolutie van het juridische kader waarbinnen een dossier valt zijn hiervan voorbeelden.

Inflatie is een financieel risico dat nu eens op het slachtoffer rust, dan weer op de verzekering- of herverzekeringsmaatschappij. Dit hangt af van de modes van vergoeding van het slachtoffer, rente of kapitaal, en van de regelingen tussen verzekeraar en herverzekeraar, terugkoop of opvolging van rente. Dit financieel risico zal worden verminderd ten gunste dan wel van de ene dan wel de andere partij. Voorbeelden hiervan zijn het vervroegd overlijden van het slachtoffer of door eventueel indexatie van de rente aan het slachtoffer toegekend.

Door de lange duur van het dossier kunnen evoluties die zich afspelen binnen het juridische kader een invloed hebben op te volgen procedures, uitkeringen, systeem van verantwoordelijkheid,... Als er bijvoorbeeld wetten komen met een retroactief karakter of hoge rechtspraak uitsluiting van bepaalde types verzekeringscontracten voorziet, kan dit een invloed hebben op het verloop van een dossier. Het gaat hier niet alleen om te volgen procedures of de vraag van verantwoordelijkheid. Dit kan ook veranderingen meebrengen met

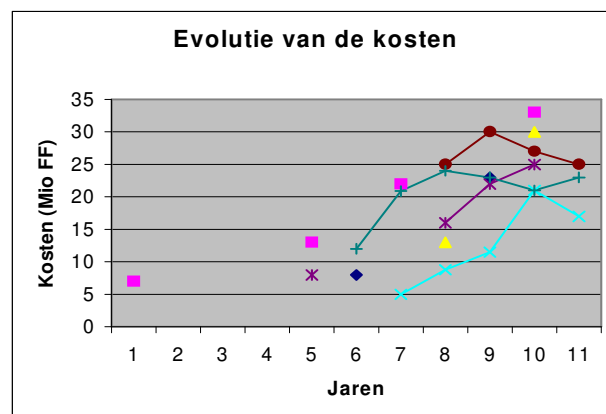
betrekking tot de evolutie van het kwantum van de vergoedingen en het al dan niet bestaan van bepaalde posten die vergoed moeten worden.

2.4 Verzekeringstechnische problemen

Vanuit een verzekeringstechnisch standpunt, brengen dossiers met jonge slachtoffers enkele specifieke problemen met zich mee.

2.4.1 Inschatting van reserve

Naarmate de duurtijd van een herstel- en procesfase langer wordt, stijgen ook de kosten. In onderstaande grafiek wordt aangegeven wat de dossierbeheerder bij de aanvang van het dossier als inspanning verwachtte en op welke wijze gaandeweg deze verwachtingen dienden te worden bijgesteld.



Afb. 1 : Bron : “spécificité de la gestion des sinistres impliquant des enfants “, ACT Studiedag 17/05/01 P. Leroy, General Cologne Re

2.4.2 Contacten met familie slachtoffer

Door de langdurige aard van dossier waarin jonge slachtoffers betrokken zijn, is de relatie tussen verschillende betrokken partijen ook van langdurige aard. Ook zullen de verschillende betrokken actoren doorheen de loop van het dossier kunnen variëren (al dan niet aanwezig zijn van raadsman, verandering in familiecontext, betrokkenheid van dossierbeheerder,...) De relatie die ontstaat tussen de beheerder en het slachtoffer (en zijn familie) evolueert dus constant. Deze relatie zal jaren duren, waarin alle betrokken partijen met mekaar verder moeten.

Er kan hier sprake zijn van meerdere mogelijke pistes:

- Het beheer wordt overgelaten aan advocaten van beide partijen

- Mogelijkheid om op bureaucratische wijze stukken uit het dossier uit te wisselen.
- Nabij volgen van het dossier waarbij de dossierbeheerder zonder interface van een inspecteur de familie opvolgt, assisteert en indien nodig omkadering biedt.
 - Eventueel aanwezigheid van raadgevers in belangrijke fases van het dossier
 - Deze methode kan een vroegtijdige detectie en beheersing van problemen toestaan, eerder dan ze te laten evolueren naar een stadium waarin ze zeer complex, gekleurd en betwistbaar zijn.

In de contacten tussen familie en verzekeraar spelen ook factoren mee die de beslissingscapaciteit van partners beperken. Enerzijds is er het wettelijk kader: ouders hebben alle beslissingsruimte voor wat betreft hun eigen vergoedingen: kosten voor derdenhulp, woningaanpassingen, transportkosten. Er zijn echter specifieke aspecten die moeten worden gerespecteerd zodra het gaat over de belangen van de minderjarige (vb. voogdijwetgeving). Anderzijds wensen ouders en/of hun raadgevers niet te beslissen in plaats van het slachtoffer. Door de aansleep van het dossier kan de neiging bestaan om beslissingen uit te stellen tot als het kind zelf de leeftijd heeft om hierover te oordelen of wanneer de betrokken partijen meer in staat kan zijn de economische schade in te schatten. Hierbij is het ook belangrijk om rekening te houden met een mogelijk schuldgevoel van ouders, die soms ook zelf betrokken waren bij het ongeval (vb. niet goed vastgemaakt kinderzitje, co-verantwoordelijkheid, niet dragen van veiligheidsgordel,...)

2.5 Relatie familie slachtoffer

Niet enkel vanuit verzekeringstechnisch standpunt brengt een ongeval met een jong slachtoffer extra vraagstukken met zich mee. Een kind of jongere, nog meer dan een volwassene, woont nog thuis en als gevolg daarvan heeft het trauma niet enkel een impact op het slachtoffer zelf, maar ook de ouders en eventueel broers of zussen worden hierdoor meer getroffen dan bij een volwassen persoon het geval is. De plotse aanwezigheid van een handicap heeft dus niet enkel voor het slachtoffer gevolgen, maar ook voor zijn omgeving. Hoe gaan ouders met het kind om? Hoe loopt het verwerkingsproces van alle gezinsleden? Wat gebeurt er met de verschillende posities binnen het gezin? Hoe interactie tussen broers-zussen?

Als het gaat om een niet volwassen slachtoffer, zijn de ouders ook vaak (mee) verantwoordelijk voor het nemen van belangrijke beslissingen. Hierbij mogen we niet uit het oog verliezen dat deze personen ook vaak geraakt zijn door de gebeurtenissen en vanuit deze

gekwetstheid de beste zorg voor het kind willen voorzien. Iedereen binnen een gezin heeft tijd nodig om gewoon te raken aan de nieuwe situatie en het gebeurde te verwerken.

2.5.1 Psychologie jong slachtoffer

Wanneer een kind gekwetst raakt in een verkeersongeval, kan dit bij hem of haar een diepe indruk nalaten³. Zelfs wanneer het ongeval op het eerste zicht lijkt mee te vallen, kan dit voor een kind erg schokkend en verwarrend zijn. Hij of zij wordt namelijk niet dagelijks geconfronteerd met een verkeersongeval en schrikt er hevig van. Dat maakt een verkeersongeval voor hem of haar tot een schokkende gebeurtenis.

In de laatste 10 jaar is er redelijk wat onderzoek gebeurd naar de correlatie bij jonge verkeersslachtoffers tussen het slachtoffer zijn van een verkeersongeval en psychologische aandoeningen. Het feit dat het een verkeersongeval trauma kan veroorzaken, wijst op emotionele wonden of shock, als resultaat van een gebeurtenis die aanzienlijke en blijvende schade veroorzaakt aan de psychologische ontwikkeling van een persoon.⁴ Voor jonge kinderen kunnen symptomen hiervan inhouden: slaapstoornissen, nachtmerries, angstaanvallen, concentratieproblemen, schaamtegevoelens, minderwaardigheids gevoelens, moeilijkheden om te praten met vrienden en familie,...

Jonge slachtoffers van een verkeersongeval worden vaak met enkele aspecten geconfronteerd die praten over wat hen overkomen is moeilijk maken. Uit hun verhalen blijkt dat buiten schaamte over de veranderingen aan hun lichaam ze ook vaak de mensen rondom zich niet willen kwetsen⁵. Kinderen hebben vaak de neiging om volwassenen te beschermen en geven geen of moeilijk te interpreteren signalen. Dat wil niet zeggen dat ze geen nood hebben aan ondersteuning. Ouders spelen hierin een cruciale rol bij het verwerkingsproces van het kind. Zij kennen hun kind het beste en kunnen mee proberen kijken naar de signalen die het slachtoffer geeft, om zo een meer duidelijk beeld te krijgen van de beleving van het kind.

Interessante literatuur hieromtrent: *Kinderen van de weg, jongeren vertellen over hun leven na een verkeersongeval*, Betty Mellaerts, Clavis Hasselt, 2006

2.5.2 Psychologie ouders

Ouders die een kind zien gekwetst geraken in een ernstig ongeval, beleven vaak (ook door gebrek aan informatie, door hun eigen angsten,...) de gehele situatie als uitzichtloos. Ze worden geconfronteerd met een 'ander' kind, een kind met beperkingen. Dit veroorzaakt een

³ Zebraweb (www.zebraweb.be)

⁴ Lauwers, H., *Sharing shame, secrets, and silence: Talking with Young people about a traumatic event in their life*; Onderzoekscentrum Kind en Samenleving, Gent, 30 juni 2007

⁵ idem

aanzienlijke storing in de normale levenscyclus van het gezin. Vanuit dat standpunt is het niet onbegrijpelijk dat ze erop zullen aandringen om alle oplossingen die eventueel baat kunnen brengen allemaal op te eisen, inclusief quasi miraculeuze behandelingen, hoogtechnologische hulpmiddelen,... in de hoop op die manier aan hun kind iets van de verloren mogelijkheden toch te kunnen teruggeven.

Ouders zijn de deskundigen als het gaat om hun kind. Zij kennen hun kind het beste en gaan ervan uit dat ze dus ook als beste weten welke de noden zijn van het kind. Ze zitten hierbij met vele vragen: welke vorm van onderwijs is nodig? Wat zal de relatie zijn met broers-zussen? Wat is het toekomstperspectief van mijn kind? Zoals reeds eerder gezegd kan deze onzekerheid bij ouders, in combinatie met het verwerken van wat er gebeurd is (kind willen beschermen voor nog meer leed) leiden tot overbescherming door de ouders. Deze overbescherming uit zich niet alleen in het willen bieden van de best mogelijke zorg, maar kan leiden tot onder- of overstimulatie van het kind. Het gaat hier om hoe ouders tegenover het slachtoffer staan: behandelen met fluwelen handschoenen of zoveel mogelijk druk uitoefenen. Beide houdingen houden een gevaar in. Bij te veel verwenning wordt het slachtoffer niet voldoende gestimuleerd om te blijven werken aan vooruitgang. Bij te veel druk riskeert het kind over zijn grenzen te gaan, wat ook een negatieve invloed heeft op het genezings- en reïntegratieproces.

Een ander aspect waarmee ouders van een jong slachtoffer geconfronteerd kunnen worden, is schuldgevoel. Dit kan komen vanuit een eigen betrokkenheid van de ouder bij het ongeval (co-verantwoordelijkheid, kinderzitje niet goed vastgemaakt, veiligheidsgordel niet aan,...). Een andere oorzaak van schuldgevoel kan liggen in de vragen die ouders zich blijven stellen: had ik iets anders kunnen doen? Had ik dit ongeval kunnen voorkomen? Waarom was ik er niet toen dit gebeurde? Dit schuldgevoel heeft niet enkel een impact op hoe ouders tegenover hun kind staan, maar is ook een bepalende factor in bijvoorbeeld hun contacten met de verzekeraar.

Het spreekt voor zich dat de verschillende factoren die we net besproken hebben aan mekaar vasthangen. Een schuldgevoel kan leiden tot overbescherming. In het verwerkingsproces van het trauma kunnen reacties van omgeving of het kind zelf leiden tot een verandering in houding (toenemen of afnemen reflex tot overbescherming of schuldgevoel),...

2.5.3 Relatie ouders – kinderen

Ouders die hebben meegemaakt dat hun kind slachtoffer werd van een ernstig ongeval, met een zwaar letsel tot gevolg, hebben vaak als reactie een overbezorgdheid naar het kind toe. De confrontatie met 'het bijna verliezen' van het kind, zorgt voor een drang naar het beschermen en zo goed mogelijk verzorgen. Ze gaan anders tegenover het getroffen kind staan. Dit heeft

ook zijn impact op de andere kinderen van het gezin. Als alle aandacht verschuift naar het slachtoffer, wat is dan de plaats van andere kinderen? Wie heeft er oog voor hun noden?

Vanuit de bezorgdheid van ouders hebben ze, zoals al gezegd, vaak een reflex tot overbeschermen. Dit kan zich uiten in enerzijds te grote verwenning van het kind, wat kan resulteren in te weinig stimulatie van het revalidatieproces. Het kind mag bij wijze van spreken de zetel niet verlaten uit schrik dat er iets zou kunnen gebeuren. Anderzijds kunnen ouders proberen overstimuleren, wat niet enkel leidt tot frustraties bij zowel het slachtoffer als het kind als bij ouders die door het ‘niet-lukken’ van het kind nogmaals geconfronteerd worden met de beperkingen van hun kind.

Niet alleen vanuit een overbezorgdheid vraagt het gehandicapte kind meer aandacht. Omwille van de handicap moeten ouders vaak meer tijd investeren in bijvoorbeeld verzorging of verplaatsing van het kind. Zij worden door verzekeraars vaak gezien als mogelijke aanwezige derde (in geval er nood aan hulp van derden bestaat) en moeten aanzienlijk meer tijd spenderen aan ondersteuning van het slachtoffer. Ook de andere kinderen van het gezin kunnen hiervoor worden ingeschakeld om in te springen.

Wat in dit onderdeel ook niet uit het oog mag worden verloren, is het feit dat als een kind het slachtoffer wordt van een ongeval, dit eigenlijk het hele gezin overkomt. Alle leden van een gezin worden immers geconfronteerd met de gevolgen van een kind met een trauma in het gezin, de zorg voor een kind met een handicap en de eigen verwerking van wat er gebeurd is.

2.5.4 Wonen

Een woonomgeving is meestal ingesteld op de noden en mogelijkheden van de personen die er gebruik van maken. Als er een verandering komt in de mogelijkheden van een van die personen, kan er een verandering in de omgeving nodig zijn.

De aanpassingen nodig aan een woonsituatie omwille van de handicap van een kind, hebben een impact op het hele gezin. De minst ingrijpende maatregelen houden een woningaanpassing in van de gezinswoning of herschikken van kamerindeling (kind met handicap krijgt grotere kamer, verandering ligging keuken, badkamer,...). Meest ingrijpend is dat het hele gezin moet verhuizen omdat huidige woning niet kan worden aangepast.

2.5.5 Vrije tijdsbesteding: sport – spel

Als een gezin geconfronteerd wordt met een kind met een handicap heeft dit natuurlijk niet enkel gevolgen voor de schoolse context. Ook het de invulling van vrije tijd van het hele

gezin verandert. Naast het feit dat het gezin tijdens vakanties en gezinsuitstappen oog moet houden voor de al dan niet toegankelijkheid van de bestemming voor het kind, zijn er nog praktische overwegingen: zijn er voldoende activiteiten mogelijk waaraan mijn kind ook kan deelnemen? Zijn er aangepaste faciliteiten? Wat is de staat van medische verzorging op de (vakantie)bestemming? ...

Ook wat betreft invulling van sport en spel voor het kind zelf kan het nodig zijn dat er aanpassingen gebeuren. Kan het kind nog deelnemen aan een vrijetijdsbesteding binnen de vroegere sportclub en/of jeugdbeweging? Als er aangepast materiaal nodig is, wat kost dit? Zijn hier tussenkomsten voor mogelijk?

Er zijn verenigingen die sport en vrije tijdsbesteding voor personen met een handicap aanbieden, maar dit houdt soms lange verplaatsingen in aangezien ze nog niet zo wijd verspreid zijn. Verder is het aangepast materiaal nodig om sport te kunnen beoefenen voor het kind vrij kostelijk, wat voor veel gezinnen een bijkomende drempel vormt.

3 Inbreng ACT: voordelen van re-integratieadvies

Zoals in de inleiding gezegd

- 90% van de familieleden van verongelijkte kinderen klaagt over onvoldoende informatie
- 68% meent dat ze in gerechtelijke procedures onfair zijn behandeld
- 80% voelt zich in de kou gelaten door verzekeringsmaatschappijen

In dit onderdeel bespreken we de antwoorden die ACT als re-integratieadviseur kan geven op de besproken problemen. Hierbij zien wij alle betrokken partijen als gelijkwaardige deelnemers in het proces: slachtoffer, ouders (context) en professionals.

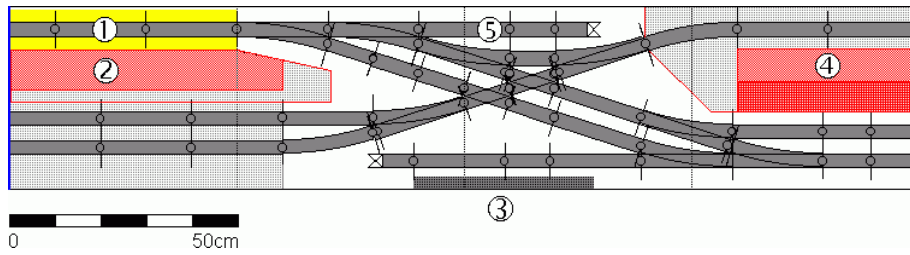
3.1 Neutrale actor

Een van de grootste meerwaardes die ACT kan bieden aan het re-integratieproces van een jong slachtoffer is de rol wij als neutrale derde kunnen functioneren. De contacten tussen verzekeraar en familie, zijn vanuit de familiecontext vaak negatief geladen. Het is immers de verzekeraar van de verantwoordelijke voor het ongeval die dit dossier opneemt. Dit kan zorgen voor een verhoogde vorm van wantrouwen.

ACT maakt geen deel uit van deze verzekeraar en kan van daar uit in een minder geladen context in interactie gaan met een gezin van het slachtoffer. Dit kan niet enkel de dialoog tussen verzekeraar en slachtoffer op gang houden, maar dit staat ACT ook toe om een meer onpartijdig en realistisch beeld te verkrijgen van de situatie. Zo wordt mogelijk om een accurater zicht te krijgen op de effectieve noden van het slachtoffer en zijn gezin.

3.2 Wissels op toekomst

Met betrekking tot het re-integratie proces gebruiken we de metafoer van een treinspoor. Gedurende het traject van de begeleiding moet men keuzes maken. Deze keuzes hebben zeker bij jonge slachtoffers een vrij grote impact op het verdere verloop van de re-integratie. Deze keuzes noemen we de wissels op het treinspoor. De keuze voor bijvoorbeeld een bepaalde vorm van opleiding zorgt dat de wissel op het spoor de trein een wel bepaalde kant op stuurt. Gevolg hiervan is dat andere richtingen worden uitgesloten. (vb. de keuze voor een bepaalde vorm van bijzonder onderwijs, sluit op dat moment – en vaak ook later - het schoollopen binnen het reguliere onderwijs uit).

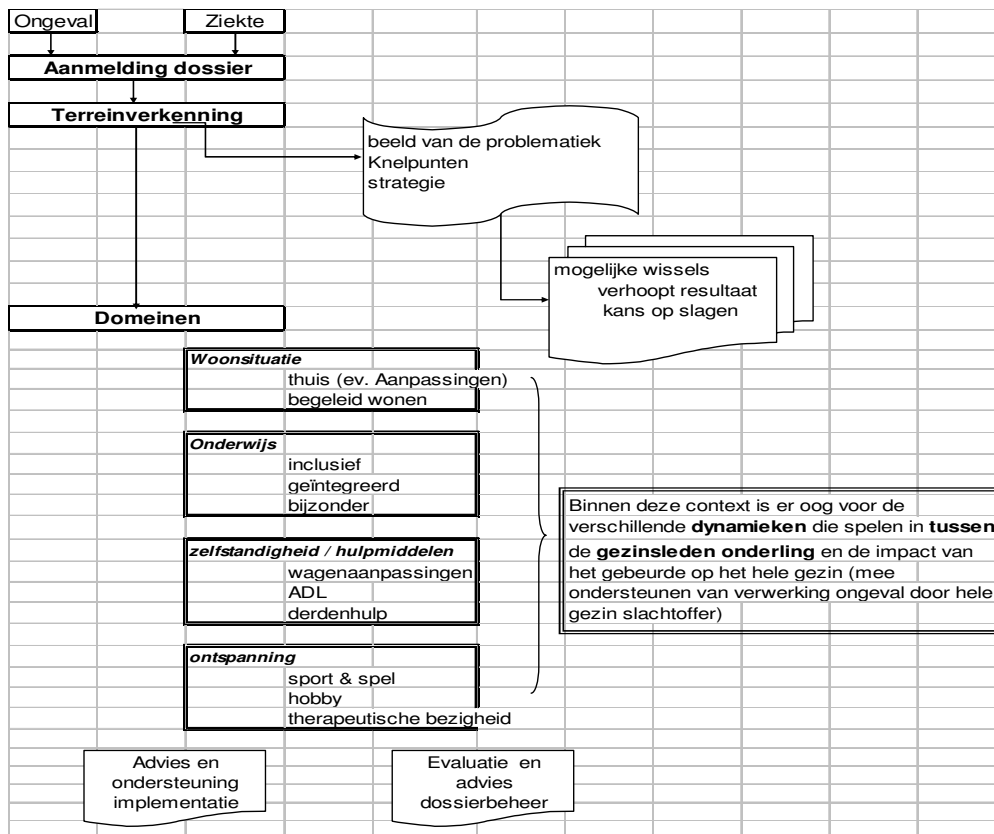


Afb.2 : schematische voorstelling van spoorwissel

Het doel van ACT is om met gezinnen en de betrokken partijen te onderzoeken welke de mogelijke opties zijn van het slachtoffer en welke impact verschillende opties hebben voor de toekomst van het kind. Het gaat er dus om de verschillende trajecten te bekijken en vanuit de expertise van verschillende betrokkenen zo goed mogelijk in te schatten welke de perspectieven zijn als men voor deze of gene optie kiest. Het gaat er dus om de best mogelijke wissels te kiezen om de toekomst van het slachtoffer af te stemmen op zijn of haar noden, opties, perspectieven,...

3.3 Aanpak

In praktijk zet ACT deze metafoor om naar het volgende schema, om hier uit onze aanpak van deze dossiers af te leiden:



Schema 1: flowchart aanpak ACT Désiron

Uit dit schema komt naar voor dat ACT trajectbegeleiding in 3 grote stukken onderverdeelt. In dit onderdeel gaan we dieper in op welke stappen dit zijn. In een verder onderdeel van deze tekst, “3.6 Concrete aanpak” verduidelijken we hoe we deze aanpak naar de realiteit vertalen.

Tijdens elke van deze stappen werkt ACT niet enkel op het niveau van de concrete en praktische ondersteuning van het slachtoffer en zijn gezin (woningaanpassing, zoeken naar ontspanningsmogelijkheden, onderwijs,...). We hebben gedurende dit proces ook oog voor de aangepaste gezinsdynamieken. Door met het gezin in dialoog te gaan, ondersteunen we niet enkel een stuk de verwerking, maar kunnen we ook inspelen op de sterktes die in het gezin aanwezig zijn. Empowerment van het gezin zorgt voor een meer duurzaam karakter van de geboden ondersteuning. Hiernaast speelt natuurlijk ook het element mee dat door het gezin op deze manier actief te betrekken er een verhoogd gevoel van betrokkenheid heerst (wat kans op conflicten met betrokken partijen in een later stadium vermindert). Het geeft helpt ook het gezin realistische verwachtingen te vormen over de mogelijkheden naar de toekomst toe, wat teleurstelling en kans op conflict doet verminderen.

3.3.1 Aanmelding van dossier

De aanmelding van een dossier bij ACT gebeurt meestal via organisaties (verzekeraars, artsen, werkgevers van ouders,...). In deze fase wordt het dossier besproken met de aanmelder. Doel hiervan is zicht te krijgen op de actuele stand van zaken. Dit wordt dan gekoppeld aan een grondige dossierstudie. In deze fase gebeurt het eerste opzoekwerk (historiek patiënt en ongeval) en wordt enkele hypotheses gevormd met betrekking tot mogelijkheden en knelpunten.

3.3.2 Terreinverkenning

Gedurende de terreinverkenning neemt ACT contact op met de betrokken personen. Dit gaat zowel over het slachtoffer en zijn familie als behandelende artsen en andere hulpverleners die actief zijn in dit dossier. Doel van deze terreinverkenning is een eerste toetsing van de hypotheses en een duidelijker beeld vormen van mogelijkheden en knelpunten. Dit vormt de basis voor het uitzetten van de eerste wissels (scharnierpunten, overlopen van verschillende opties en mogelijkheden).

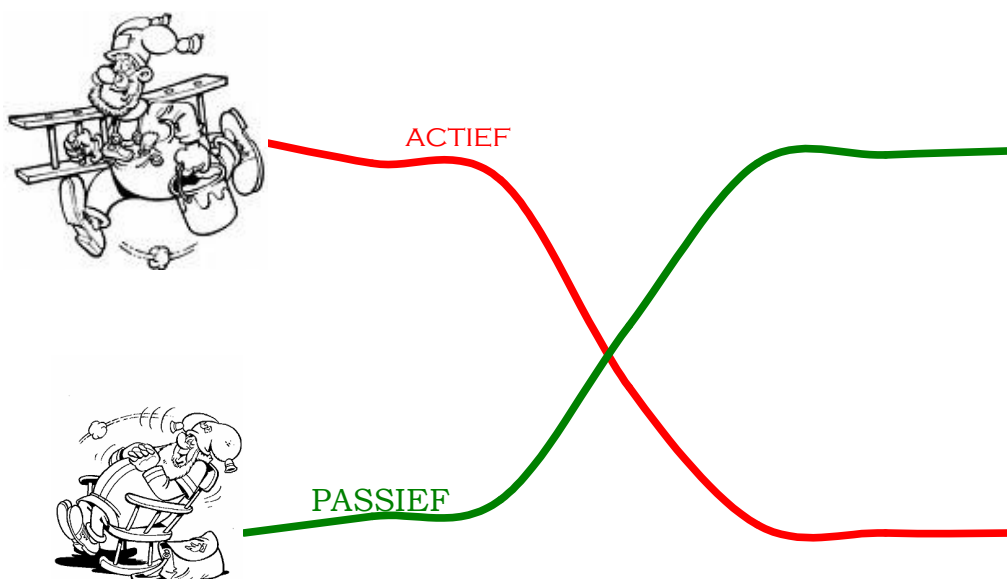
Binnen deze terreinverkenning bevinden zich verschillende domeinen, die elk op zich de nodige aandacht vergen. Het gaat hier om de woonsituatie, de onderwijsmogelijkheden, de mogelijkheden van het slachtoffer met betrekking tot zelfredzaamheid (of de evaluatie van nood aan hulp van derden) en ontspanningsmogelijkheden.

3.3.3 Advies, ondersteuning, implementatie, evaluatie

Het derde stuk van de trajectbegeleiding houdt verschillende acties in, die zich richten op de belangrijkste partijen in het dossier (slachtoffer, ouders, opdrachtgever). Naar de opdrachtgever toe geeft ACT een advies gebaseerd op de terreinverkenning en gebeurt er samen een evaluatie van de tot dan toe genomen stappen. Als de opdrachtgever hiermee akkoord is, gebeurt advisering, ondersteuning en implementatie van de besproken stappen bij de gezinnen. Ook hier is weer van groot belang dat ook bij de uitvoering van de besproken strategie, de eigen capaciteiten van het gezin zoveel mogelijk benut worden. Voorbij gaan aan de noden van het gezin, degene die het merendeel van de zorg voor het kind op zich moeten nemen, is nefast voor het vlotte verloop van dit proces en het voorzien van duurzame oplossingen.

3.4 Belang snelle interventie

Bij aanvang van de revalidatie is het slachtoffer vaak nog heel gemotiveerd om actief bezig te zijn met het re-integratie proces. De focus ligt op exploreren van verschillende mogelijkheden en ijverig werken naar zo groot mogelijk rendement halen uit deze mogelijkheden. Naarmate de tijd vordert, neemt deze betrokkenheid echter af. Het slachtoffer en zijn omgeving gaat meer berusten in de situatie en minder participeren in het re-integratietraject. De focus verschuift dan naar wat er niet meer kan en welke de verloren kansen zijn. Eenmaal in deze passieve houding gekomen, is het voor een slachtoffer (en het systeem rondom hem of haar) vrij moeilijk om terug een meer actieve houding aan te nemen. Het is logisch dat dit niet bevorderlijk is voor een zo vlot mogelijke re-integratie.



Afb. 3: kruispunt tussen actief werken aan revalidatie en overwegend passieve houding

Door als trajectbegeleider in te grijpen op of voor het scharnierpunt tussen actieve betrokkenheid en een passieve houding, kan ACT het re-integratie traject mee in beweging houden. Dit is voor de opdrachtgever positief, omdat het bevorderend is voor het vlotte verloop van het dossier. Voor het gezin van het slachtoffer heeft tussenkomst op dit punt een voordeel dat het niet vast komt te zitten in een negatieve spiraal. Door de stimulans te krijgen om verder te blijven zoeken naar de mogelijkheden van het slachtoffer en zijn gezin, blijft de focus op verschillende opties en minder op wat er niet meer kan. Dit stimuleert het gezin ook meer om creatief verschillende pistes te exploreren. Als het gezin al vast zit in de passiviteit kunnen zo waardevolle trajecten niet erkend en verkend worden.

3.5 Win-win situatie

De tussenkomst van een re-integratieadviseur, zoals ACT, biedt voor alle betrokken partijen voordeel. Van daar dat we dit omschrijven als een win-win situatie. Zowel de maatschappij als het gezin kunnen profijt halen uit de begeleiding van ACT.

Naar de opdrachtgever toe ligt dit voordeel op domeinen zoals vermindering van de kosten, vermindering van dossierlast, vlot verloop van het traject,... Beheersing van de kosten gebeurt doordat inzichten die ACT kunnen bieden de meest adequate oplossingen naar voor brengen. Dit zorgt dan ook voor de uitsparing van kosten voor onnodige aanpassingen. Doordat we ook ondersteuning van het hele gezin voorzien en oog hebben voor de processen die tussen de verschillende gezinsleden spelen, verhoogt de zelfredzaamheid van het gezin. Deze vorm van samenwerking met het gezin, zorgt ook voor een verminderde kans op conflicten. Doordat de dialoog open gehouden wordt via ACT verloopt niet alleen het re-integratietraject vlotter, maar is er ook minder kans op miscommunicatie of opbouw van frustraties. Een goede begeleiding in het heden kan tevens zorgen voor het vermijden (of op voorhand kunnen inschatten) van problemen die zich in de toekomst kunnen voordoen. Door de aanpak van ACT voorzien we een centraal contactpunt voor de verschillende betrokken diensten. Er komt een globaal overzicht dat kan zorgen voor de juiste concrete doorverwijzingen.

Vanuit het oogpunt van het slachtoffer en zijn gezin baseert de meerwaarde van tussenkomst door ACT zich op verschillende niveaus:

Ten eerste hebben ook de gezinnen er baat bij dat ACT helpt zoeken naar de meest adequate oplossingen voor de problemen waarmee ze geconfronteerd worden naar aanleiding van de aanwezigheid van een kind met een handicap. De juiste oplossing kan een hoop frustraties bij het hele gezin verminderen en daardoor bevorderend zijn voor de draagkracht en

zelfredzaamheid van de hele familie. We zoeken mee met de gezinnen naar wat wel nog mogelijk is, in plaats van te focussen op wat door het ongeval allemaal verloren is.

Ten tweede zorgt het feit dat ACT in dialoog blijft gaan met het slachtoffer en zijn gezin voor een vermindering van conflicten. Bij onduidelijkheid omtrent informatie krijgt het gezin een extra aanspreekpunt, dat vanuit een meer neutrale hoek informatie kan verschaffen. Door het feit dat we niet vanuit de verzekeraar zelf werken kan ACT met een minder geladen achtergrond in dialoog gaan met de gezinnen en zo de verschillende aspecten van het traject met het slachtoffer en zijn omgeving exploreren.

Tot slot heeft ACT voor allebei de betrokken partijen het grote voordeel dat er met de trajectbegeleiding begonnen kan worden op het ogenblik dat dit het meeste nodig is (cfr. scharnierpunt tussen actieve en passieve houding). Vaak is er sprake van een periode tussen het naar huis komen van revalidatie en het kunnen opstarten van thuisbegeleiding waarbij er geen sprake is van hulpverlening (lange wachtlijsten, procedures voor opstart ondersteuning). Tegen de tijd dat er hulp kan komen heeft het gezin al zelf zijn plan leren trekken en is er een verhoogd risico dat de opening voor aanvaarding van hulpverlening sterk verminderd is.

3.6 Concrete aanpak

In dit onderdeel beschrijven we hoe de ondersteuning die ACT biedt, concreet vorm krijgt. De verschillende stappen die de dossiers normaal gezien doorlopen zijn :

- Aanmelding van een dossier
- Terreinverkenning in de vorm van een huisbezoek en contacten met de verschillende behandelaars
- Formuleren van een voorstel voor de verdere aanpak van het dossier
- Uitvoeringsfase
- Evaluatie en afsluitingsfase

3.6.1 Aanmelding dossier

Een eerste fase zal altijd starten met een bespreking van het dossier met de opdrachtgever, dossier- en/of schadebeheerder met als bedoeling inzage te verkrijgen in de actuele stand van zaken in het dossier (status praesens). Dit gegeven wordt gekoppeld aan een grondige dossierstudie, opzoekwerk en het detecteren van (hypothetische) mogelijkheden en knelpunten.

Bedoeling hiervan is uiteindelijk te komen tot een onderkenning van de problemen. Het gaat in deze fase om vraagverheldering en het analyseren van het probleem.

Aan de hand van deze verkregen gegevens (hetgeen kan samengevat worden onder de noemer van terreinverkenning) wordt bepaald of ACT al dan niet een meerwaarde kan bieden in dit specifieke dossier. Concreet vertaalt zich dit in een al dan niet aanvaarden van de opdrachten en bij aanvaarding in de formulering van concrete doelstellingen, een strategie en een kostenraming voor de bijdrage van ACT in het dossier

3.6.2 Huisbezoek/contacten met behandelaars

In dit onderdeel wordt met de ouders en het kind besproken wat de stand van zaken is: welke zijn – in hun perceptie – de mogelijkheden en knelpunten. Wat is hun visie naar de toekomst toe om alzo te komen tot het bepalen van toekomstplannen op korte (KT) en op lange termijn (LT)? En hoe kunnen we deze visie verzoenen met de realistische mogelijkheden?

Vervolgens worden de afspraken over de aard en aanpak van de persoonsgerichte ondersteuning vastgelegd. In deze fase worden de uiteindelijke probleemstelling en (hulp)doelen geformuleerd.

De volgende aspecten kunnen daarbij aan bod komen (uiteraard afhankelijk van de specifieke situatie):

- ⇒ woningsituatie thuis (woningaanpassing)
- ⇒ wonen elders (zelfstandig, collectieve woonvorm, zorgvorm, ...),
- ⇒ keuze onderwijsvorm, type school, kiezen school zelf, vervoer van en naar school, toegankelijkheid, wat zijn de verschillende mogelijkheden in het buitengewoon onderwijs (BLO-types, BuSO, onderwijs aan huis...), mogelijkheden bespreken omtrent inclusief, geïntegreerd en buitengewoon onderwijs. wat zijn de gevolgen van bepaalde keuzes met betrekking tot toekomstperspectieven. Wat kan nog wel of niet meer na een bepaalde schoolkeuze?
- ⇒ oog voor hulpvragen van hele gezin (expliciet en impliciet)
- ⇒ ontspanningskansen (sport, spel,...),
- ⇒ prothesen en hulpmiddelen
- ⇒ bepaling hulp van derden (korte & lange termijn)
- ⇒ begeleiding in de zoektocht naar een geschikt revalidatiecentrum (aandacht voor kwalitatieve maar ook geografische aspecten)
- ⇒ wagenaanpassing, vervoersaspecten (bijv. zelf of niet zelf kunnen fietsen/ hanteren van rolstoel,...)
- ⇒ kansen op sociale integratie (korte/ lange termijn)
- ⇒ overlopen interventiemogelijkheden van "derden" (Kind & Gezin, CKG, dienst Thuishulp, revalidatiecentra, CLB,...). Wat doen zij, welke specifieke meerwaarde hebben deze diensten, ...

- ⇒ in samenspraak met ouders contacten leggen met behandelende therapeuten, leerkrachten,... (systeemgerichte aanpak),

Aan de hand van deze gegevens wordt de terreinverkenning gerapporteerd en worden binnen ACT mogelijke *doelstellingen* (in samenspraak met de ouders) geformuleerd als we ervan overtuigd zijn dat onze bijdrage een *meerwaarde* in het dossierbeheer en het schadeherstel en/of beheer kan helpen realiseren.

Bij dit alles heeft ACT in zijn manier van werken ook oog voor de gezinsdynamieken en processen die spelen binnen de thuiscontext. Door oog te hebben voor het verwerkingstraject dat zowel het slachtoffer en de betrokken gezinsleden afleggen, kan ACT een beter zicht krijgen van niet enkel dat materiele, maar ook emotionele noden van het gezin. Hierop inspelen zorgt voor een verhoogde zelfredzaamheid van het gezin en staat toe om samen tot meer duurzame oplossingen te komen.

3.6.3 Formuleren van voorstellen voor verdere aanpak begeleiding

In deze fase van begeleiding worden de door ACT opgestelde voorstellen besproken met de dossierbeheerder en de raadgevend geneesheer waarbij ondermeer de volgende vragen aan bod kunnen komen: wat is de inspanning die ACT daarvoor zal moeten leveren, op welke termijn kunnen resultaten verwacht worden,... ?Na goedkeuring door de maatschappij wordt, met de acties –waarover met ouders, behandelaars, dossierbeheerders, ... consensus bestaat - van start gegaan.

3.6.4 Uitvoeringsfase

Na goedkeuring door de opdrachtgever en betrokkenen worden de gemaakte afspraken nagekomen en stapsgewijze gerapporteerd (zowel schriftelijk als telefonisch). In deze fase worden door ACT daadwerkelijk acties ondernomen (implementatie) en komt de uitvoering, de actie en het managen van het adviesproces aan de orde waarbij de volgende vragen van groot belang zijn:

- verloopt de implementatie volgens plan?
- welke initiatieven onderneemt de cliënt zelf?
- zijn de faciliteiten voor implementatie beschikbaar?

Samenwerking: per fase (wissel) of bij wijzigingen en/of knelpunten wordt met de dossierbeheerder overlegd.

3.6.5 Afronding/evaluatie

Afsluiten van de ondersteuning gebeurt na overleg, bij het bereiken van de gestelde doelen. Het wordt afgerond met een overzichtsverslag waarin de gevolgde wissels, de doelen, de strategie, de gezette stappen en de resultaten worden samengevat en geëvalueerd.

Bijlage:

Stappenplan voor ondersteuning in actief schadebeheer bij kinderen en jongeren

1. aanmelding dossier

dossierbespreking met dossierbeheer /schadebeheer
inzage in stand van zaken in het dossier
opzoeken van (hypothetische) mogelijkheden en knelpunten
ACT accepteert opdracht in eerste fase (terreinverkenning)

2. huisbezoek / contacten met behandelaars

bespreken met ouders en kind wat de stand van zaken is
welke zijn – in hun perceptie – de mogelijkheden en knelpunten
wat is hun visie naar de toekomst toe (realistisch ?)
toekomstplannen op korte (KT) en op lange termijn (LT), zijn die er ?
vastleggen van afspraken over aard en aanpak van de ondersteuning en dit met
betrekking op :

- ⇒ woningsituatie thuis
- ⇒ wonen elders (zelfstandig, collectieve woonvorm,..)
- ⇒ keuze soort school, kiezen school zelf, vervoer van en naar school
- ⇒ ontspanningskansen (sport, spel,...)
- ⇒ hulpmiddelen en hulp van derden (KT & LT)
- ⇒ mate van zelfredzaamheid (KT & LT)
- ⇒ kansen op tewerkstelling (open arbeidsmarkt, beschut circuit,...)
- ⇒ kansen op sociale integratie (KT & LT)

Aan de hand van deze gegevens wordt de terreinverkenning gerapporteerd en worden binnen ACT mogelijke doelstellingen geformuleerd als we ervan overtuigd zijn dat onze bijdrage een meerwaarde in het dossierbeheer en het schadeherstel en/of beheer kan helpen realiseren.

3. formuleren van conclusies

wat ligt al vast volgens de ouders en het betrokken kind (jongere)?
welk zijn de ontbrekende informatie en inzichten en hoe kunnen we dat aanvullen ?
wat zijn – in de gegeven situatie – de toekomstperspectieven ?
wat komt ervan overeen met visie betrokkenen ?
hoe kunnen ze gerealiseerd worden ?

Deze conclusies worden gefundeerd geformuleerd ten behoeve van helderheid voor de betrokkenen en inzichten voor dossierbeheer over visies van de betrokken personen.

4. **formuleren van voorstellen voor aanpak begeleiding**
bespreken van voorstellen met dossierbeheer en raadgevend geneesheer wat is de inspanning die ACT daarvoor zal moeten leveren, op welke termijn kunnen resultaten verwacht worden,... ?
Na goedkeuring door de maatschappij wordt met de – in overleg tot stand gekomen – acties van start gegaan.
5. **uitvoeringsfase**
na goedkeuring door maatschappij en betrokkene worden de gemaakte afspraken nagekomen en per stap gerapporteerd
6. **samenwerking**
per fase of bij wijzigingen en/of knelpunten wordt met dossierbeheer overlegd
7. **afronding**
afsluiten van de ondersteuning gebeurt na overleg, bij bereiken van de gestelde doelen en wordt afgerond met een overzichtsverslag waarin de doelen, de strategie, de gezette stappen en de resultaten worden samengevat.

Casuïstiek

1. G.J.

Probleemstelling :

Op de leeftijd van 4 maanden was G.J. (°3/10/92) betrokken bij een zwaar verkeersongeval. Uit de medische verslaggeving weerhouden we de volgende letsels:

- schedelfractuur,
- heupfractuur,
- verlamming van de rechteroogspier (wordt opgevolgd door oogarts),
- vocht in de hersenen,
- twee maanden in het ziekenhuis gelegen,
- heeft een tijdlang luminal en megadon moeten nemen, is nu afgebouwd,
- G.J. is driemaal schijn dood geweest,
- zwakke motoriek (draagt steunzolen).

Rond de leeftijd van 4 jaar werd bij het kind een belangrijke geestelijke retardatie vastgesteld die men in oorzakelijk verband brengt met het ongeval.

Actueel (6/97) volgt G.J. het kleuteronderwijs type 2 in het MPI Zonneweelde te Lommel.

Vraagstelling vanuit de maatschappij :

Uitvoeren van een neuropsychologische screening teneinde een zicht te bekomen betreffende het huidig functiepotentieel van betrokkene. Bijkomend werd er gevraagd een inschatting te maken van de toekomstvooruitzichten.

Interventie ACT :

- Overmaken informatie aan de maatschappij betreffende de verschillende type(s) van Buitengewoon Onderwijs;
- Contact opgenomen met het MPI waar J. naar school gaat;

- Contacteren deskundigen (revalidatiearts, ergotherapeut (ACT, logopedist, psycholoog) en aan de hand van gerichte onderzoeken, uitgevoerd door deze personen, zijn we gekomen tot een geobjectiveerde evaluatie van het functiepotentieel. ACT heeft deze onderzoeken georganiseerd en gesuperviseerd en heeft een eindverslag opgesteld;
- Deze bevindingen werden overgemaakt en besproken met de ouders in samenspraak met de "dossierverantwoordelijke" van het MPI;

Formuleren eindconclusies naar de maatschappij :

Globaal gezien komt uit de onderzoeken en de bespreking met de moeder de volgende conclusies naar voor met betrekking tot het functieniveau van J. :

- de testresultaten zijn over de ganse lijn congruent en geven een indicatie naar een achterstand in de ontwikkeling van 1,5 à 2 jaar.
- op vlak van intelligentie bemerken we een (zeer) zwakbegaafde jongen waarbij opvalt dat zijn verbale vlotheid een indruk geeft die hij niet echt kan invullen.
- J. is een geïnteresseerde, gemotiveerde en leergierige jongen, hetgeen een relatief positief perspectief schept, met de beperkte taakspanning en soms te vluchtige aandacht als negatiever element in verband met schoolse activiteiten.
- Op basis van de onderzoeken kunnen we stellen dat type 2 (waar hij nu opgevangen wordt) inderdaad het meest aangewezen is (hij behoort daar bij de "beteren" en voelt dat volgens zijn moeder ook zo aan. Toch is een verdere individuele begeleiding noodzakelijk om deze jongen te steunen bij het invullen van het mogelijk potentieel dat nog aan ontwikkelingskansen aanwezig is.
- Aangezien J. zich in de schemerzone tussen type 1 en 2 lijkt te bevinden, is het niet onmogelijk dat er op termijn naar een type 1 geëvolueerd kan worden. Het feit dat zijn IQ echter te zwak uitkomt, vergeleken met de toelatingscriteria is het echter waarschijnlijk dat hij niet in Type 1 zal toegelaten worden, ook al zijn er deelaspecten in zijn persoonlijke ontwikkeling die daarvoor een argumentatie zouden kunnen aanreiken.
- Naar de maatschappelijke integratie van deze jongen geven de gemaakte keuzes qua onderwijs toegang tot beschermd werk, waarbij het nog in het midden blijft (op dit moment) of J. in staat geacht zal kunnen worden om zelfstandig te leven. Vanuit het MPI is men van mening dat J. evolueert naar een collectieve woonvorm (beschermd of beschermt wonen). In welke mate dat dit inderdaad het geval zal zijn, moet de tijd uitwijzen.
- Niettegenstaande de initiële letsels, heeft J. al een hele weg afgelegd, hetgeen getuigt van een goed functioneel recuperatievermogen. Dit geeft hoop voor de toekomst, binnen de grenzen van hetgeen hierboven als haalbaar geschetst werd.

Gemaakte afspraken met de maatschappij :

Vanuit de maatschappij werd de opdracht gegeven aan ACT om, op regelmatige basis, contact op te nemen met de "dossierverantwoordelijke" van het PMI waar betrokkene verblijft.

2. F.M.

Probleemstelling :

F. werd geboren op 3/11/88. Op het moment van het verkeersongeval (dd. 9/03/95) volgde zij het eerste leerjaar van het lager onderwijs. Direct gerelateerd aan dit ongeval weerhouden we de volgende functionele beperkingen en mogelijkheden:

- spastische tetraparese (Re>Li); axiale hypotonie; contracturen in schouder Re, elleboog Re, onderarmen beiderzijds, polsen beiderzijds; korte hamstrings; discrete facialisrest rechts;
- zwakke mondfunctie, linkerarm: goede mogelijkheden rondom schouder, redelijk rondom elleboog, buiklig mogelijk, komt in ruglig met hoofd omhoog; vrij stabiele kortzit; steunt op Li. onderarm, Re. slechts minimaal; kan rechtstaan in goed patroon doch zakt progressief door de knieën ; bij gesteund lopen is er links een goede voet(ver)plaatsing, Re gebeurt de beweging nog vanuit de romp en is nauwelijks effectief.
- ernstige dysarthrie, meisje met dysharmonisch profiel van taalvaardigheden ten nadele van expressief taalexpressie. Er is adequaat taalbegrip en ruimtelijk denken.
- Rolstoelafhankelijk

De ouders beschrijven een gunstige doch trage evolutie hetgeen wordt bevestigd door de behandelende medici en paramedici. In het dossier wordt melding gemaakt dat er een dusdanig niveau is bereikt waarbij men zou kunnen overwegen om F. thuis te laten blijven en de revalidatie ambulante te volgen. Er zijn echter praktische problemen gezien de woning waarin de familie woont een moderne woning is en niet aangepast is aan deze rolstoelpatiënt.

Vraagstelling vanuit de maatschappij :

Vanuit de maatschappij werd advies gevraagd aan ACT inzake woningaanpassing (bespreken hulpmiddelen/voorzieningen, organiseren afspraken met de verschillende betrokken partijen en verslaggeving van de gemaakte afspraken) .

Interventie ACT :

- Huisbezoek (dd. 4/5/98) in samenspraak met de behandelende paramedici (doornemen functioneel bilan)

Doel

bespreken van de knelpunten in de woonsituatie ter voorbereiding van het ontslag van F. uit de instelling,

Bespreken van mogelijke oplossingen en de stappen die daarvoor gezet moeten worden (praktisch en administratief)

Tussentijdse conclusie

het aanpassen van de huidige woning ten behoeve van F. is een onmogelijke opgave. De transfer-ruimtes voor een (electronische) rolstoel zijn te klein, de niveaueverschillen kunnen binnen de bestaande ruimtes niet adequaat overbrugd worden. De slaapkamer noch de badkamer zijn toegankelijk, en zelfs het idee om een lift te plaatsen moet om ruimtelijke redenen verworpen worden.

Zowel omwille van de ruimtelijke reden, als omwille van het optimaliseren van de bruikbaarheid van de woning voor F. en de vermindering van de zorglast, is het aangewezen dat er ofwel een aanbouw geplaatst wordt ofwel dat er naar een andere woning wordt uitgeweken. Belangrijk is verder dat de huidige woning relatief ver van de dorpskern is afgelegen. Belangrijk is verder dat het revalidatiecentrum verwacht dat F. als volwassene eerder een gebruiker van collectieve diensten zal zijn (wonen, activiteitscentrum, ...). Ook dit is uiteraard een element dat naast alle andere beslissingen moet gelegd worden alvorens het gezin een definitieve keuze kan maken.

➤ overleg met de architect (dd. 28/5/98)

Gezien de constructie weinig bouwtechnische aanpassingen toelaat en gezien de functionele noden van F. een ruimtegebruik vereisen dat niet in de woning zelf kan gecreëerd worden is een verbouwing niet mogelijk. Samen met de Architect wordt dieper ingegaan op de mogelijkheden die eventueel via een aanbouw zouden kunnen gerealiseerd worden. Uiteraard moet ook "stedenbouw" hieromtrent gecontacteerd worden. Indien deze instantie zijn toestemming geeft, zal de architect aan de hand van de informatie uit het gesprek, overgemaakte literatuurgegevens en zijn eigen inzichten een eerste aanzet voor een plan maken.

➤ Huisbezoek (dd. 24/06/98)

Doel:

bespreken van de mogelijkheden tot aanpassing van de huidige woning,
bespreken van mogelijke oplossingen en de stappen die daarvoor gezet moeten worden,

Tussentijdse conclusie:

het overleg tussen de divers betrokken partijen verliep op een zeer constructieve en vlotte wijze. Voorzien werd dat tegen de maand september een concreet beeld zal worden bekomen welke de kosten zijn die de aanbouw van het woongedeelte voor F. zal teweeg brengen en welke kosten verbonden zijn aan de constructie van een eventuele nieuwe woning. Uiteraard zullen ook de juridische implicaties van beide "wegen" uitvoerig beschreven worden waardoor het gezin ook meer duidelijkheid bekomt over de consequenties van de te maken keuzes.

Verder werd het verschil tussen de medische -, prothesekosten, kosten van de woningaanpassing en de vergoeding voor economisch verlies aan de ouders toegelicht. Vanuit ACT zal een lijst van hulpmiddelen worden opgesteld die in de woningbouw dient opgenomen te worden (inclusief de kostprijs).

➤ Huisbezoek (dd. 10/09/98)

Doel:

bespreken van de plannen voor aanpassing van de huidige woning, uitgetekend door de architect van de woning

Tussentijdse conclusie:

Beide ouders geven de voorkeur aan om de eigen woning, via een aanbouw, bruikbaar te maken voor hun dochter.

Het is duidelijk merkbaar tijdens het gesprek dat de ouders het wat moeilijk hebben als er over administratieve en juridische begrippen (als vb. meerwaarde die in mindering gebracht moet worden) gesproken wordt. Het feit echter dat er op dat vlak een goed contact is tussen de betrokkenen onderling en dat al de aspecten uitvoerig besproken worden, zorgt ervoor dat ze zich goed en grondig op de (toch wel ingrijpende) veranderingen kunnen voorbereiden.

Voor zover de tijdsplanning er nu uitziet, kan voorzien worden dat het gezin in de aangepaste woonruimtes zal kunnen wonen omstreeks juni '99.

➤ Huisbezoek (dd. 14/01/99)

Doel:

opmaken van de stand van zaken met betrekking tot de bouwaanvraag, bespreken van het voorstel vanwege de maatschappij .

Tussentijdse conclusie:

Vanuit de maatschappij wordt ingegaan op de principes die aan een vergoeding van een schadegeval zoals dat van F. ten gronde liggen. Deze schadevergoeding die opgebouwd is uit verschillende schadeposten die elk een specifieke benoeming hebben, kunnen allemaal benut worden om de schade te vergoeden.

Vanuit de maatschappij zal een bepaald bedrag voor de bijbouw ter beschikking worden gesteld. Dat komt echter niet helemaal overeen met hetgeen door de Architect werd geraamd maar moet volgens de maatschappij wel volstaan om de bouwkosten op zich te kunnen dragen. Kosten voor inrichting, aanleg tuin,...

kunnen uit andere schadevergoedingen worden gedragen. Verder wordt er vanuit de maatschappij op gewezen dat omwille van juridische redenen het nodig dat er wettelijk vastgelegd wordt dat F. eigenaar is van het desbetreffend gedeelte van de woning dat met de beschreven fondsen zal geconstrueerd worden.

Bij het afronden van het gesprek wordt overeengekomen dat de ouders zich bij hun raadsman zullen bevragen over het voorstel van de maatschappij.

Omtrent vervoer van en naar school zijn met het revalidatiecentrum reeds praktische schikkingen vastgelegd.

Als alles naar wens verloopt, zal het gezin terug samen in deze woning leven vanaf november van dit jaar.

Formuleren eindconclusies naar de maatschappij :

Uit gesprekken met de ouders van het slachtoffer blijkt dat ze de manier van werken die de maatschappij inzet om hen bij te staan in het oplossen van de problemen die het ongeval met zich meebrengt, sterk waarderen. Beide ouders geven aan dat ze zelf niet kunnen overzien wat er aan knelpunten dient opgelost te worden. Het feit echter dat de maatschappij samen met hen "vooruit denkt", anticipeert, zorgt dat ze ingelicht zijn,... maakt het voor hen een stuk gemakkelijker. Ze zien zich genoodzaakt om de situatie van hun dochter op zich te accepteren, en het feit dat ze in de consequenties van deze feitelijkheid bijgestaan worden, blijkt voor hen een hele steun te zijn.

Gemaakte afspraken met de maatschappij :

Aangezien de opdracht van ACT was om de familie bij te staan in de beslissing omtrent woning-aanpassing en de organisatie daarvan, en aangezien dit beslissingsproces nu in de fase van de afrondende afspraken tussen maatschappij en betrokkenen gekomen is, kunnen we besluiten dat de opdracht momenteel afgerond is.

3. L. J.

Probleemstelling :

J. werd geboren op 25/01/78. Tijdens zijn leercontract houthandelzagerij overkwam hem een arbeidsongeval (dd. 17/09/97) met als gevolg een amputatie van het eindkootje van de rechterduim en alle lange vingers thv. van het distale deel van de metacarpalen met destructie van het eerste MCP-gewricht. Vanwege zijn behandelende artsen werd gesteld dat, gezien de functionele beperkingen, het onwaarschijnlijk is dat er in de sector houtbewerking nog werk uitvoerbaar zal zijn

voor J.

Vraagstelling vanuit de maatschappij :

Gezien de jeugdige leeftijd van J. is het mogelijk dat hij na enkele maanden zal denken aan herscholing. Graag hadden wij ACT ingeschakeld om een beeld te krijgen in verband met mogelijke vormen van bijscholing. Bijkomend werd vanuit de maatschappij de vraag gesteld of het mogelijk is dat J. tijdens de periode van tijdelijke ongeschiktheid een opleiding kan volgen?

In een latere fase werd aan ACT gevraagd om een ergologisch rapport op te stellen waarin een schatting dient gemaakt te worden van het verlies aan kansen op de algemene arbeidsmarkt.

Interventie ACT :

Huisbezoek (dd. 25/11/97)

Doel:

Toelichting doelstellingen en werkwijze ACT

Opmaken capaciteitenprofiel

Tussentijdse conclusie:

Uit het gesprek met het gezin en J. blijkt duidelijk dat de emotionele verwerking van het ongeval en de daarmee gepaard gaande problemen nog niet helemaal rond zijn. Toch beseffen deze mensen dat er, ondanks alles, toekomstgericht moet gedacht worden.

Omdat het revalidatieproces nog verre van voltooid is en het nog niet zeker is in hoeverre de rechterhand terug bruikbaar wordt, is het moeilijk om een inzicht te bekomen in de potentiële mogelijkheden van J.

Toch wordt er geopteerd om een studie te maken van mogelijke beroepen en/of opleidingen die J. zou kunnen uitvoeren gerelateerd aan de situatie zoals ze zich momenteel voordoet en dit gegeven als een start, maar niet als een eindpunt te zien. Dit heeft een tweeledig karakter. Enerzijds wordt de tijd die nu naast het revalidatieproces vrij blijft doelbewust ingevuld en anderzijds is het belangrijk dat in het totaalproces van emotionele en fysische verwerking van de geleden schade deze jongeman en ook zijn ouders gericht blijven op werkherleving (dit uiteraard in nauwe samenwerking met de behandelende geneesheren). Verder zal de J. in zijn "vrije tijd" benutten om zijn theoretisch rijbewijs te behalen.

Door tegelijkertijd ook deze periode te benutten om via zijn leersecretaris op zoek te gaan naar alternatieven die nauw aansluiten bij zijn huidige opleiding bestaat de kans dat er via een goede samenwerking tussen de betrokkene, zijn arts en zijn leersecretaris kan gekomen worden tot een constructief voorstel dat J. de kans zal bieden op maatschappelijke en professionele reïntegratie.

Uiteraard zal dit gegeven voor het overgrote deel bepaald worden door de functionele inzetbaarheid van de rechterhand, maar ook door de mate waarin J. al dan niet een vrees voor werken met machines zal behouden, wat hij zal aandurven of en hoe hij met een verminkte dominante hand tussen anderen zal kunnen, durven, willen,... werken.

- Telefonisch contact met de coördinator "leertijd" bij het VIZO (dd.8/12/97)
Vanwege de school is er de bereidheid om J. terug te lessen te laten volgen mits toestemming van de arts.
- Overmaken informatie (CAO 26, opleidingen via VDAB, contacten met Vlaams Agentschap) aan de maatschappij en de betrokkenen

➤ Gesprek met leersecretaris van J. (dd. 15/12/97)

De leersecretaris was niet op de hoogte van mogelijke alternatieven die bestaan als een hervatting niet "zondermeer" zou lukken. Ook de problemen omtrent het risico op verlies van rechten op kindergeld waren haar niet bekend.

Het samen met de leersecretaris opzetten van een "tweesporenplan" lijkt momenteel het meest realistische:

er wordt tot nader orde vanuit gegaan dat J. in juli met de overige lln. het laatste jaar van zijn leercontract terug opneemt. Begin juni is daarvoor een evaluatie in het kader van het leercontract, en tegen die tijd hopen we een beter en concreter zicht te hebben op de resterende mogelijkheden van J.

Om een "opvang" en een uitgewerkt alternatief klaar te hebben als dit eerste niet zou lukken, wordt er met het Vlaams Agentschap reeds contact gelegd en zal, van zodra dit "in de pas staat" met J. overleg gepleegd worden

➤ Telefonisch contact met de werkgever van J. (dd. 19/12/97)

De werkgever liet ons weten dat J. een heel gemotiveerde jongen was. Voor hem is er geen probleem om J. terug in leercontract te nemen alleen weet hij niet of J. het werk nog zou willen en/of kunnen doen.

➤ Huisbezoek (dd. 14/01/98)

Doel:

bespreken van de te zetten stappen in het reïntegratieproces

Tussentijdse conclusie:

J. volgt momenteel de theorielessen, hetgeen goed lukt. Zijn moeder brengt hem en haalt hem op. Op de school is voorgesteld dat hij nu reeds de lessen en examens van de rest van het schooljaar zou volgen. J. is daarover zeer tevreden. Hij hoopt erop om nu toch nog zijn leercontract te kunnen afmaken. Ook de revalidatie van de hand verloopt naar wens. J. heeft voorts met de werkgever en één van zijn collega's contact gehad en hij is zeer blij met de wijze waarop zijn werkgever over de situatie spreekt en de voorstellen die gedaan zijn.

Samen met J. spreken we af om- tegelijkertijd met de acties naar hervatting toe- CBO 29 in te schakelen om J. uit te nodigen voor een screening voor de opleiding "magazijnbediende" (hetgeen door J. geselecteerd werd). Dit eerder als "reserve" voor een onverwachts tegenvallen van de hervattingsvoorstellen bij de eigen werkgever.

➤ Bedrijfsbezoek (dd. 14/01/98)

Doel:

Bespreken van de visie van de werkgever op mogelijke hervatting van het werk door J. als dit medisch-functioneel haalbaar zou zijn.

Bespreken takenprofiel van J.

Tussentijdse conclusies:

Het is voor de bedrijfsleiding geen probleem om een hervatting van het leercontract te bespreken. Aangezien het werk wel hand- en armkracht vraagt maar geen fijne manipulaties inhoudt, zal er, bij een eventuele werkhervatting, vooral op 2 aspecten moeten gelet worden:

- kan J. de mentale druk en de spanning aan om terug in een zagerij te werken ?
- kan hij, op termijn, over voldoende kracht beschikken om de handelingen die bij het werk horen met een minimum aan rendement en kwaliteit te doen ?

Samen met J. en de werkgever zal door ACT een voorstel tot progressieve werkhervatting uitgewerkt worden hetgeen J. aan zijn behandelende arts dient over te maken ter goedkeuring

De stelling van de werkgever dat een tewerkstelling aan de boomzaag en de heftruck het meest opportuun wordt geacht lijkt niet onterecht te zijn afgaande op de observatie van deze handelingen die bij deze taken moeten gedaan worden (vooral grof-motorisch werk dat eerder arm- dan handkracht vraagt en waarbij de vingers niet op hun fijn-motorisch aspect ingezet moeten worden).

➤ Telefonisch contact met J. (dd.3/98)

Arts heeft zijn goedkeuring gegeven inzake het voorstel voor progressieve werkhervatting.

➤ Bedrijfsbezoek (dd.6/04/98)

Doel:

evalueren van de voorbije testperiode,
vastleggen van de inhoud en het uitvoeren van het vervolg van de periode

Tussentijdse conclusie:

De hand is gezien de ernst van het letsel relatief goed hersteld, ook al is daarbij functioneel toch nog een aanzienlijke beperking aanwezig. Het feit echter dat de hand in zijn geheel ook voor klimaatsomstandigheden en voor tactiele contacten erg gevoelig is, vormt een bijkomend element in de momentane beperkte inzetbaarheid. Globaal gezien is de evaluatie vanuit de werkgever positief maar zowel de werkgever als J. dat het overstappen naar 4 uren (volgens het opgestelde schema) nog te moeilijk is.

Gezien het feit dat ook op psychisch vlak de reïntegratie toch nog heel wat tijd zal vragen, lijkt het het meest gepast om het proces af te stemmen op hetgeen door J. momenteel aan draaglast kan verwerkt worden. In de loop van de maand zal aan J. een hulpmiddel worden overhandigd teneinde een aantal opdrachten mogelijks beter te kunnen uitvoeren. Hierbij moet echter rekening worden gehouden dat ook het functioneren met een dergelijk "hulpstuk" steeds ook indirect een confrontatie inhoudt met een blijvend letsel, hetgeen op psychisch vlak toch met de nodige omzichtigheid moet aangepakt worden.

➤ Telefonisch contact met de werkgever (dd. 4/05/98)

De werkgever merkt dat J. vooruitgang maakt en dit in alle aspecten van de test-tewerkstelling. J., werkt momenteel als "tweede man" aan de lintzaagmachine. Ook het rijden met de heftruck is fel verbeterd maar dit heeft, volgens de werkgever, minder met zijn handfunctie dan wel met ervaring te maken.

➤ Overlegmoment met alle betrokken partijen (dd. 6/99)

in onderlinge samenspraak werd overeengekomen het aantal aanwezige uren op het bedrijf te verhogen. Deze uren kaderen vooreerst nog in de revalidatieperiode zodat vanaf september kan overgegaan worden naar het effectief hernemen van het leercontract.

In het kader van de theorielessen ontstond er vnl. moeite met het schriftelijk verwerken van de leerstof. Door ACT werd documentatie omtrent hulpmiddelen hieromtrent opgezocht. Omtrent het rendementsverlies op de werkplaats zelf kan J. na consolidatie beroep doen op de CAO 26 van het Vlaams Agentschap. Om dit gegeven vlot te kunnen afwerken werd door ACT contact opgenomen met ATB Limburg en de dienst DGO.

Een effectieve hervatting van het leercontract (ondersteund via art. 23) zal tot stand komen in de maand september.

Formuleren eindconclusies naar de maatschappij :

Na constructieve gesprekken met de werkgever en na analyse van de resterende functiecapaciteiten van J. werd een progressieve werkhervatting overeengekomen (na consulteren van de behandelende arts) waarbij de handelingen op de werkvloer zelf

specifiek werden aangepast aan de resterende mogelijkheden van J. Ook de administratieve afhandeling (bv. schematische voorstelling en opvolging van de werkhervatting, aanvraag voor CAO 26,...) werd door ACT ter harte genomen. Door ACT werd eveneens contact opgenomen met de diensten van het Vlaams Agentschap om een eventuele inschrijving en introductie naar opleiding "in stand-by" te hebben als een hervatten niet mogelijk zou zijn of om een vermoedelijk rendementsverlies in de arbeidsprestatie van J. in de nabije toekomst op te vangen. Ook aan het aspect "vrije tijd" werd uitvoerig aandacht geschonken waarbij een aantal handelingen werden ingekleed in het kader van de actieve revalidatie. De progressieve werkhervatting kadert uiteraard evenzeer in dit proces.

Het is dan ook zondermeer een verheugend vaststelling dat J. na een eerder pessimistische prognose (zie vraagstelling) die stelde dat een werkhervatting in de sector waarin J. voor het ongeval actief was niet meer mogelijk zou zijn en dat een herscholing en heroriëntering hoogst waarschijnlijk onvermijdbaar was, we nu toch kunnen stellen dat J. zijn eerdere vooropgestelde beroepsdoeleinden toch kan verder zetten en hij zijn leercontract met succes kan afronden

Een effectieve hervatting van het leercontract (ondersteund via art. 23) zal tot stand komen in de maand september.

Gemaakte afspraken met de maatschappij :

Afgesproken werd met de maatschappij dat ACT in de loop van de maanden september-oktober contact zal opnemen met het bedrijf en met J. om de effectieve hertewerkstelling nauwgezet te blijven opvolgen.

Addendum:

In de loop van de maand september heeft J. beslist, omwille van enerzijds psychische redenen en anderzijds het gegeven dat vanuit de werkgever het leercontract niet zal omgezet worden in een effectieve tewerkstelling, om het eerder gestelde alternatief via het CBO te exploreren. Via deze instantie heeft J. gekozen voor de richting "groendienst".

4. M.S.

Probleemomschrijving :

MS (°1/10/80) heeft naar aanleiding van een verkeersongeval op 10/1197 een letsel opgelopen thv. de cervicale wervelzuil hetgeen resulteerde in een tetraplegie.

Vraagstelling vanuit de maatschappij :

De voor- en nadelen bespreken van een aanpassing van de woning dan wel van begeleid wonen samen met het slachtoffer en haar moeder.

Voorts werd vanuit de maatschappij de vraag gesteld om onze bevindingen te notuleren inzake de mogelijkheden van M.S. inzake potentiële tewerkstellingskansen.

Interventie ACT :

In een eerste stap werd samengewerkt met de behandelende ergotherapeute die al een voorstel voor woningaanpassing had uitgewerkt maar waar toch een aantal functionele denkfouten in aanwezig waren, gezien de constructie van de ruimte die voor M.S. ter beschikking was. Daarbij kwamen ook die hulpmiddelen ter sprake die voor MS een optimale ondersteuning van zelfredzaamheid konden realiseren en/of die de zorglast voor de hulp van derden zouden kunnen verminderen. Met alle betrokkenen samen

(inclusief raadsman van M.S., reva-team,...) werd een plan voor woningaanpassing uitgewerkt dat dan door de raadgevend geneesheer werd beoordeeld en dat bij de uitvoering ervan voor MS en haar familie voor voldoening heeft gezorgd omwille van de hoge gebruiksvriendelijkheid van de aanpassingen, zodat de nood aan hulp van derden binnen de perken kon blijven en - vooral - MS zelf een maximale zelfredzaamheid en zelfstandigheid heeft kunnen bekomen. Dit staat haar toe om met enig vertrouwen naar de uitbouw van een eigen leven te kijken.

Gelijktijdig met de contacten die nodig waren voor de woningaanpassing, werd er met MS en haar ouders samen gekeken naar wat er binnen de medisch-functionele realiteit aan mogelijkheden kon gevonden worden voor sociale en professionele reïntegratie.

Er werd samengewerkt met het reva-team om aan MS en haar ouders een goed overzicht te kunnen aanreiken van hetgeen in de streek voor personen met dergelijke beperkingen aan mogelijkheden aanwezig is. Ten behoeve van de verzekeraar werd ook nagegaan wat de mogelijke kosten zouden zijn, en dit zowel naar vervoer van en naar opleiding, dagbesteding,... als de kosten voor verblijf en opleiding zelf.

Daarnaast werd ook nagegaan welke de kosten zouden zijn indien MS ervoor zou opteren om niet de eigen woning aan te passen maar de voorkeur te geven aan een eigen verblijf in één of andere collectieve woonvorm.

Formuleren eindconclusies naar de maatschappij :

De aandacht die de maatschappij in dit dossier aan de zorgverlening en begeleiding besteedde, heeft ertoe geleid dat M.S. momenteel (binnen de mate van het mogelijke) een "normaal" levensritme heeft hernomen voor iemand van haar leeftijd. Ze gaat overdag naar school en vooral informatica draagt haar voorkeur weg. Dit opent naar tijdsbesteding en eventuele kansen op een nuttige bijdrage in de samenleving (vb. deeltijdse taken al dan niet via thuiswerk) op termijn toch wel een aantal perspectieven.

Momenteel werden er aan de woning inzake aanpassingen en verbouwingen al heel wat kosten gedaan die voor MS toch al de nodige zelfstandigheid hebben bijgebracht.

Gemaakte afspraken met de maatschappij :

Aangezien het dossier verder aan administratieve en juridische afronding toe is, wordt wat ACT betreft het dossier als afgerond beschouwd.

Betekenis/invloed van een kind met een handicap binnen het gezin

1. De normale levenscyclus van een gezin wordt verstoord

Wanneer een gezin plots, en een ongeval van een kind is altijd een plotse gebeurtenis, geconfronteerd wordt met een 'ander' kind, met een kind met beperkingen, met een kind met een handicap dan wordt de normale levenscyclus van een gezin ernstig gestoord. Het gezin heeft dan heel wat tijd nodig om terug enige stabiliteit te vinden. Het gaat om een proces, met ups en downs. Vele vragen blijven onbeantwoord. Ouders blijven zich voortdurend grote zorgen maken over o.a. aangepaste opvoeding/onderwijs, ze stellen zich vragen over de relatie met broers en zussen, ze maken zich zorgen over de toekomst van hun kind, over de blijvende afhankelijkheid van dit kind, over de toekomst: wat als wij er niet meer zijn?

2. Ouders zijn 'deskundigen'

De relatie met hulpverleners verloopt niet altijd van een leien dakje. Vaak worden zij gedwongen hun kind 'uit handen' te geven. Toch is ouder-zijn een deskundigheid op zich, hulpverleners kunnen dit niet vervangen, enkel ondersteunen, begeleiden,...

3. Opname en verblijf in een residentiële voorziening veranderen de context van het hele gezin.

Bij opname in een voorziening delegeert het gezin zijn opvoedingstaak tijdelijk en gedeeltelijk. Ook de opvoedingsverantwoordelijkheid wordt gedeeltelijk uit handen gegeven. Naast de leden van het gezin komt er een partner bij, nl. de voorziening. Opname in een voorziening brengt in een gezin gemengde gevoelens teweeg. Vaak komt er rust na een periode van stress, spanning, zorgen, conflicten. Maar tegelijkertijd treedt er een leegte op. Naast het affectief gemis, komt er ook tijd en energie vrij die voordien grotendeels naar het kind ging. Soms komen andere problemen op de voorgrond waar voordien geen ruimte of energie voor was.

Vaak overwegen de negatieve gevoelens van gefaald te hebben, van schuld. Daarnaast is er een angstige onzekerheid omtrent wrokgevoelens van het kind, angst voor vervreemding van thuis,...

Naast de eigen negatieve gevoelens, zijn ouders/gezinnen extra gevoelig voor reacties uit hun omgeving.

Elk kind, elke situatie is een aparte situatie en een oplossing moet altijd 'op maat' van het kind en van het gezin gevonden worden. Vooroordelen en veroordelen zijn hier niet gepast.

Gezinsondersteuning?

De laatste jaren groeit er meer en meer aandacht voor ambulante diensten die het kind in zijn gezin én het gezin ondersteunen. Men hoopt dat, dank zij deze ondersteuning, kinderen met een handicap zo lang mogelijk in hun eigen omgeving, in hun eigen gezin kunnen blijven:

- **Thuisbegeleidingsdiensten:** deze diensten bieden aan gezinnen met een gehandicapt kind (kunnen ook volwassen kinderen zijn) opvoedkundige en algemene ondersteuning.
- **Zorgtrajectbegeleiding:** zijn nog niet officieel erkend, maar enkele projecten in gaan samen met de persoon met een handicap of met gezinnen met een kind met een handicap op weg om een 'zorgtraject', een 'zorg op maat' af te spreken, te organiseren, te evalueren, voortdurend bij te sturen. De nodige zorg, begeleiding, ondersteuning, ... hoeft niet altijd vanuit de gehandicaptensector te komen
- **Persoonlijk Assistentiebudget:** is nieuw, is een keuzemogelijkheid. Vanaf 2001 kunnen 400 personen met een handicap of gezinnen met een gehandicapt kind een keuze maken: ofwel beroep doen op een voorziening ofwel zélf een budget krijgen om de 'persoonlijke assistentie' in de thuissituatie te organiseren.

Inclusieve oplossingen voor een kind met een handicap?

- **Inclusief onderwijs:** zie inleiding van Prof. Geert Van Hove.
 - **Geïntegreerd onderwijs** of G.ON: G.ON is niet hetzelfde als inclusief onderwijs. Net zoals bij het inclusief onderwijs gaan binnen het G.ON kinderen met een handicap ook naar een gewone school. Het G.ON is wettelijk geregeld, het inclusief onderwijs blijft (voorlopig) voor vele ouders nog een droom. Bij het G.ON worden kinderen eerst getest en moeten zij een bepaald 'type' (zie 'buitengewoon onderwijs') toegewezen krijgen. Afhankelijk van het type is nog altijd een inschrijving in een school voor buitengewoon onderwijs nodig. Vanuit de school voor buitengewoon onderwijs wordt dan begeleiding voorzien: voor het kind dat naar het gewoon onderwijs gaat, voor de leerkracht die dit kind in de klas krijgt, voor de medeleerlingen,...
- Het aantal uren is afhankelijk van de aard van handicap, de leeftijd van het kind, ... Oorspronkelijk werd het G.ON opgericht om kinderen met een fysieke, visuele of auditieve handicap in het gewone onderwijs te ondersteunen. Dit heeft tot gevolg dat kinderen met een verstandelijke handicap (type 2) praktisch nog altijd geen begeleiding in het G.ON krijgen. G.ON veronderstelt dat kinderen met

een handicap zich aanpassen aan het gewone onderwijs, zij moeten intellectueel meekunnen, dezelfde leerstof kunnen verwerven, hetzelfde niveau (met dezelfde manier van evalueren) halen dan andere kinderen in de klas.

Inclusief onderwijs daarentegen veronderstelt dat niet alleen het kind met een handicap zich moet aanpassen aan de gewone school, maar dat ook de school zich zal moeten aanpassen aan kinderen met andere mogelijkheden.

Om inclusief onderwijs mogelijk te maken, is nog een mentaliteitsverandering nodig. Men moet nl. geloven in de ontwikkelingsmogelijkheden van élk kind. Er zal meer geïndividualiseerd onderwijs nodig met extra ondersteuning van de leerkrachten zijn (de deskundigheid van het buitengewoon onderwijs moet een plaats krijgen binnen het gewone onderwijs).

- **Inclusieve kinderopvang, inclusieve vrijetijdsbesteding:** initiatieven groeien, maar zijn nog niet vanzelfsprekend. Wij zien gelukkig alsmear meer goede praktijkvoorbeelden, veel goede bedoelingen van enkelingen, van vrijwilligers, van sommige organisaties. Er wordt wel veel over gepraat, maar (financiële) middelen om dit mogelijk te maken, is nog niet geregeld.

‘Bijzondere’ opvangmogelijkheden nodig?

- **Buitengewoon onderwijs:**

Acht types:

type 1: licht verstandelijke handicap

type 2: matige en/of ernstige verstandelijke handicap

type 3: karakterstoornissen

type 4: motorische of neuro-motorische stoornissen

type 5: langdurige ziekte

type 6: visuele handicap

type 7: auditieve handicap

type 8: ernstige leerstoornissen

Drie niveaus:

Buitengewoon kleuteronderwijs

Buitengewoon lager onderwijs

Buitengewoon secundair onderwijs

Vier opleidingsvormen:

opleidingsvorm 1: sociale vorming ten einde de integratie mogelijk te maken in een beschermd leefmilieu

(voor types 2, 3, 4, 6 en 7)

opleidingsvorm 2: algemene sociale vorming en arbeidstraining om integratie mogelijk te maken in een beschermd leef- en arbeidsmilieu (voor types 2, 3, 4, 6 en 7)

opleidingsvorm 3: geeft aan leerlingen een algemene kennis en beroepsvorming ten einde de integratie in het gewone werk- en leefmilieu mogelijk te maken (voor types 1, 3, 4, 6 en 7)

opleidingsvorm 4: gelijkwaardige opleiding met deze van het gewone secundaire onderwijs (niet toegankelijk voor leerlingen met een verstandelijke handicap)

Welk kind past er in een afgebakend vakje ???

- **Specifieke vrijetijdsbesteding:** verenigingen, organisaties, clubs,... voor mensen met een handicap schakelen talrijke vrijwilligers in om aangepaste vrijetijdsbesteding, vrijetijdsbesteding met een lage drempel, vakantiemogelijkheden, sportactiviteiten, ... mogelijk te maken. Meer en meer organisaties denken ernstig na over 'inclusieve mogelijkheden' en proberen dit stap voor stap te realiseren.

Opvangmogelijkheden buiten het gezin:

Wanneer een gezin nood heeft aan permanente opvang buiten het gezin voor het kind met een handicap, dan moet er meestal een beroep gedaan worden op de voorzieningen die erkend zijn door het Vlaams Agentschap

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

Opdrachten:

Vanuit het decreet kunnen we de opdrachten van het Vlaams Agentschap in 10 punten samenvatten:

- het bevorderen van de voorlichting en oriëntering van de personen met een handicap en hun familie;
- de personen met een handicap die om bijstand verzoeken inschrijven;
- zorgen dat de personen met een handicap, hun familieleden, of diegenen die voor hen instaan, het voordeel van de gevraagde bijstand kunnen ontvangen;
- preventie, detectie en diagnose van de handicaps uitvoeren, alsmede het bevorderen van het totaal functioneren van een persoon met een handicap,
- het bevorderen van de opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap en hun familieleden;
- het bevorderen van de scholing, beroepsopleiding van personen met een handicap;
- het bevorderen van de integratie in het arbeidsmidden van personen met een handicap;
- het bevorderen van de integratie in de maatschappij van personen met een handicap;
- studie verrichten of laten verrichten in het kader van de opdrachten;
- documentatie en informatie verzamelen en verspreiden betreffende de sociale integratie van personen met een handicap.

Het Vlaams Agentschap is dus bevoegd voor:

- wonen;
- tewerkstelling (voorlopig nog);
- opleiding en herscholing;
- individuele materiële hulp (terugbetaling van hulpmiddelen, aanpassingen van woningen,...)

Voorwaarden tot toetreding:

Het Vlaams Agentschap richt zich tot mensen met een handicap. Zij omschrijven handicap als volgt:

'een handicap is elke langdurige en belangrijke beperking van de kansen tot sociale integratie van een persoon ten gevolge van een aantasting van de mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke mogelijkheden'.

- *langdurige beperking*: er moet een blijvend karakter zijn;
- *belangrijke beperking*: de handicap moet belangrijk van aard zijn;
- *beperking van kansen tot sociale integratie*: men is sociaal geïntegreerd als men zich kan beschouwen als een volwaardig lid van de samenleving (gezin, werk, ontspanning,...). Om tot deze sociale integratie te komen, moeten hiervoor ook kansen gecreëerd worden. Indien die kansen verminderd zijn, ten gevolge van beperkingen die veroorzaakt worden door een stoornis, zal het Vlaams Agentschap ertoe bijdragen dat de gehandicapt persoon een zo zelfstandig mogelijk leven kan leiden inzake wonen, vrijetijdsbesteding, dagbesteding, werken,...

Leeftijdsvoorwaarden:

Men mag de leeftijd van 65 jaar niet bereikt hebben. Indien men echter reeds een beroep deed op het Vlaams Agentschap (of het vroegere rijksfonds) dan is er voor dezelfde handicap wel een tussenkomst mogelijk na 65 jaar. Reeds eerder bestaande handicaps kunnen bewezen worden via officiële attesten.

Nationaliteits- en/of verblijfsvoorwaarden:

- Op het ogenblik van de aanvraag werkelijk in België verblijven en ofwel een ononderbroken verblijf van 5 jaar bewijzen of een verblijf van 10 jaar in de loop van zijn leven. Voor kinderen beneden de 5 jaar moeten de ouders (of de wettelijke vertegenwoordiger) aan deze voorwaarden voldoen;
- Voor een aantal situaties zijn de verblijfsvoorwaarden niet vereist. Het gaat om personen die zelf (of hun wettelijke vertegenwoordiger) in België wonen en behoren tot één van de volgende categorieën:
 - Belg zijn;
 - staatlozen;
 - vluchtelingen;
 - vallen onder verordening nr. 1408/71 van de Raad van Europese Gemeenschappen inzake sociale zekerheidsregelingen;
 - rechthebbenden op kinderbijslag voor loontrekkenden;
 - rechthebbenden op kinderbijslag voor zelfstandigen mits zij recht zouden hebben op de verhoging;
 - degenen die door de Jeugdrechtbank of Comité voor Bijzondere Jeugdzorg verwezen worden.

Inschrijving:

Er is GEEN INSCHRIJVING mogelijk ZONDER GEFUNDEERDE ZORGVRAAG!

Personen met een handicap of hun wettelijke vertegenwoordiger kunnen bij het Vlaams Agentschap een aanvraag tot inschrijving indienen.

De aanvraag om inschrijving bij het Vlaams Agentschap EN de vraag om bijstand tot sociale integratie wordt ingediend bij de provinciale afdeling van

het Vlaams Agentschap van de provincie waarin de woonplaats van de gehandicapte persoon gelegen is.

Concreet wordt de aanvraag ingediend op een speciaal daartoe ontworpen *standaardformulier 'Aanvraag om inschrijving'* (of de A.001 dat te bekomen is bij de provinciale afdeling zelf.

Naast dit standaardformulier dat vooral identificatie- en administratieve gegevens vermeldt, dient de aanvraag nog vergezeld te zijn van een *multidisciplinair verslag* (A.002) opgesteld door een multidisciplinair team. Dit verslag mag opgesteld worden door een door het Vlaams Agentschap erkend multidisciplinaire dienst (bij de aanvraag krijg je hiervan een lijst): revalidatie-centra, centra voor maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, CLB, centra voor ontwikkelingsstoornissen, observatiecentra vanuit de bijzondere jeugdbijstand, enz.

Dit team moet binnen de 30 dagen na de aanvraag een verslag afleveren dat aan volgende voorwaarden moet voldoen:

- aantonen dat de aanvrager van bijstand tot sociale integratie al dan niet gehandicapt is volgens door het Vlaams Agentschap omschreven voorwaarden;
- de toestand en de noden van de aanvrager duidelijk en omstandig afbakenen op medisch, psycho-pedagogisch en sociaal gebied;
- de hulpverlening en de zorgtoewijzing voorstellen.

DOOR HET VLAAMS AGENTSCHAP ERKENDE VOORZIENINGEN

Residentiële en semi-residentiële voorzieningen

Voor kinderen en jongeren:

Internaten en MPI's

Richten zich naar minderjarigen met een lichte, matige of ernstige mentale handicap, kinderen met gedragsstoornissen, gezichtsstoornissen, spraak- of hoorstoornissen of een motorische stoornis.

Deze internaten zijn meestal verbonden aan een onderwijsinstelling voor buitengewoon onderwijs. In een internaat kan men 24 uur op 24 uur, 7 dagen per week, 52 weken per jaar verblijven.

Semi-internaten

Net als de internaten richten de semi-internaten zich naar minderjarigen met een lichte, matige of ernstige mentale handicap, kinderen met gedragsstoornissen, gezichtsstoornissen, spraak- of gehoorstoornissen of een motorische stoornis. Ook deze voorzieningen zijn meestal verbonden aan een onderwijsinstelling voor buitengewoon onderwijs. Maar zij zijn slechts tijdens de weekdays van 8 uur tot 18 uur toegankelijk.

Centra voor observatie, oriëntering en medische, psychologische en pedagogische behandeling voor kinderen met een handicap (OBC).

Deze centra richten zich uitsluitend tot minderjarigen. Wanneer er nog geen duidelijkheid bestaat over de aard van de handicap, kan een minderjarige maximaal 16 maanden opgenomen worden in een OBC. Deze centra richten zich voornamelijk tot kinderen of jongeren met gedrags- of emotionele problemen. De ouders worden gedurende het verblijf van hun kind nauw betrokken bij de diagnosestelling en behandeling; Daarna zal het OBC gericht doorverwijzen naar een aangepaste voorziening.

Op vraag van het observatiecentrum kan de verblijfsduur verlengd worden tot maximaal 3 jaar.

Voor meerderjarigen:

Dagcentra

Richten zich tot volwassen personen met een mentale, een motorische of een sensoriele handicap. Deze dagcentra bieden training of therapie op diverse domeinen: kine, logopedie, ergotherapie, zelfredzaamheidstraining, sociale vaardigheidstraining, ontwikkeling van arbeidsgerichte vaardigheden, emotionele ondersteuning,...

Mensen met een handicap kunnen hier terecht op weekdays van 8 uur tot 18 uur.

Tehuizen voor werkenden (gezinsvervangende tehuizen)

Richten zich tot meerderjarige personen met een handicap die niet meer in hun thuisomgeving kunnen opgevangen worden. Deze personen kunnen dan verblijven in een voorziening, 24 uur op 24, 7 dagen in de week, 52 weken per jaar. Personen met een mentale of motorische handicap die overdag tewerkgesteld zijn, kunnen in een tehuis voor werkenden terecht.

Tehuizen voor niet-werkenden (bezigheids- en nursingtehuizen)

Volwassen personen met een ernstige handicap, die niet beschikken over arbeidsvaardigheden, kunnen terecht in een tehuis voor niet-werkenden. In de bezigheidstehuizen worden volgens de individuele mogelijkheden van elke persoon arbeidsvervangende activiteiten en het aanleren en onderhouden van diverse vaardigheden aangeboden. Wanneer deze personen zeer zorgbehoevend zijn, kunnen zij terecht in een tehuis voor niet-werkenden in het nursingstelsel. Hier ligt het begeleidingsaccent sterker op de verzorging en paramedische behandeling.

Zowel voor minder- als meerderjarigen:

Tehuizen voor kortverblijf

Wanneer een gezin gedurende een korte tijd, omwille van welke omstandigheden ook (ziekte van één van de ouders, nood aan verlof,...), niet voor hun kind of volwassene met een handicap kan zorgen, is opvang en begeleiding mogelijk in

een voorziening voor kortverblijf. In principe kan men per 5 jaar maximum 92 kortverblijfdagen opnemen, maar afwijkingen zijn mogelijk. Een aantal voorzieningen die een erkenning hebben als tehuis voor werkenden, als tehuis voor niet-werkenden en als nursingtehuis, organiseren eveneens een opvang voor kortverblijf.

Diensten voor plaatsing in gezinnen

Wanneer ouders niet meer voor hun gehandicapt kind, welke leeftijd dit kind ook heeft, kunnen zorgen, kunnen deze personen met een handicap opgenomen worden in een pleeggezin. De diensten voor plaatsing in gezinnen worden belast met het toezicht op de huisvesting die moet beantwoorden aan de huidige hygiënische normen. Zij staan ook in voor de pedagogische en morele begeleiding van het opvanggezin.

Ambulante diensten

Voor minder- en meerderjarigen:

Diensten voor thuisbegeleiding

Deze diensten bieden pedagogische en psychologische ondersteuning aan ouders die instaan voor de zorg van een kind met een handicap (leeftijd en aard van handicap heeft vaak geen belang, afhankelijk van de deskundigheid van de dienst). Men kan ook op deze diensten een beroep doen wanneer iemand op latere leeftijd een handicap verwerft, zover deze persoon bij zijn ouders (of bij personen die het ouderlijk gezag uitoefenen) verblijft. De diensten voor thuisbegeleiding kunnen ingeschakeld worden wanneer er sprake is van een motorische, mentale, visuele, auditieve of autistische handicap.

Voor meerderjarigen:

Diensten voor begeleid wonen

Deze diensten richten zich naar volwassenen (+ 18 jaar) met een lichte tot matige mentale of sensoriele handicap die zelfstandig kunnen wonen. Een beperkt aantal uren per week krijgt de persoon met een handicap begeleiding op zowel psychosociaal vlak en bij zijn dagelijkse activiteiten. De mensen met een handicap staan zelf in voor hun levensonderhoud, d.w.z. ze huren zelf een woning, betalen de kosten, staan zelf in voor koken en onderhoud,...

Er mogen maximum 4 personen met een handicap in eenzelfde woning verblijven.

Diensten voor beschermd wonen

Deze diensten situeren zich tussen het begeleid wonen en de tehuizen voor niet-werkenden. Voor mensen met een handicap die hierin terecht komen, is de intensiteit van de begeleiding in het begeleid wonen meestal te licht. Anderzijds horen deze mensen ook niet thuis in de zwaardere begeleidingsvorm van een tehuis voor niet-werkenden.

Beschermd wonen biedt een geïntegreerde groepsopvang in de nabijheid van een instelling, waarbij ook de dagbesteding door deze dienst wordt georganiseerd. De gebruikers van deze woonvorm staan, net als bij het begeleid wonen, zélf in voor hun woon- en leefkosten. Er mogen maximum 5 personen (+ 18 jaar) met een handicap in eenzelfde woning verblijven.

Diensten voor zelfstandig wonen (Focus-wonen)

Zij richten zich naar meerderjarige personen met een motorische handicap. Deze diensten bieden 24 uur op 24 uur assistentie in het dagelijkse leven, weliswaar met een maximale begeleiding van 30 uur per week. De personen met een handicap verblijven in een aangepaste woning (die ze zelf huren), in de omgeving van een dienst zelfstandig wonen die via een oproepsysteem permanent oproepbaar is.

Wonen onder begeleiding van een particulier (W.O.P.)

Meerderjarige personen (+ 18 jaar) met een lichte (tot matige) mentale handicap die overdag werken of een zinvolle dagbesteding hebben en alleen wonen, kunnen voor begeleiding en ondersteuning terecht bij een vrijwilliger. Dit kan een familielid, een vriend, een buur,.. zijn. Deze persoon mag zeker niet onder hetzelfde dak wonen dan de persoon met een handicap. De vrijwilliger ontvangt hiervoor een kleine vergoeding. De diensten voor plaatsing in gezinnen coördineert, begeleidt,...

Persoonlijk Assistentie Budget

Afhankelijk van de zorgbehoefte krijgt de persoon met een handicap (of zijn wettelijk vertegenwoordiger) zelf het geld in handen om eigen zorg te organiseren, hulpverleners aan te werven, enz.

(voor alle handicaps, alle leeftijden)

Besluit:

- Elke keuze is een moeilijke keuze - geen enkele keuze is een definitieve keuze
- Evenwicht: belang van het kind met een handicap – belang van het gezin
- Op dit moment worden vele noden niet beantwoord

Lief Vanbael
Coördinator
Gezin en Handicap