STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Mogelijke stappenplannen naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

Monica Wouters[1]
Tom Vandersteegen[2]
Wim Marneffe[2]
Leen Heylen[1]

[1] Expertisecentrum Zorg & Welzijn, Thomas More

[2] Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen, UHasselt

September 2025 - Rapport Nr. 59

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: http://www.steunpuntwvg.be

STEUNPUNT WELZIJN VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Publicatie nr. 2025/23
SWVG-Rapport 59
Titel rapport: Mogelijke stappenplannen naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

Promotor: dr. Leen Heylen[1]
Copromotor: prof. dr. Wim Marneffe[3]
Onderzoekers: Monica Wouters[1] & prof. dr. Tom Vandersteegen[2]

[1] Expertisecentrum Zorg & Welzijn, Thomas More
[2] Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen, UHasselt

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Koen Hermans
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
UGent	
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Katrien Vanthomme
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Jeroen Trybou
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Johan Vanderfaeillie
Universiteit Antwerpen	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
Partnerinstellingen	
Universiteit Hasselt	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Wim Pinxten
Thomas More Hogeschool	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Sociaal Werk	
Hogeschool Gent	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
Karel De Grote hogeschool	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
Hogeschool PXL	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
Odisee co-hogeschool	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
KeFor	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
Coördinatie en secretariaat	
Coördinator SWVG	Dr. Kathleen De Cuyper
Administratieve ondersteuning	Manuela Schröder Lut Van Hoof

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Steunpunt WVG
Minderbroedersstraat 8
B-3000 Leuven
+32 16 37 34 32
www.steunpuntwvg.be
swvg@kuleuven.be

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Rapport 59 **September 2025**

Mogelijke stappenplannen naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

Onderzoeker: Monica Wouters[1] & prof. dr. Tom Vandersteegen[2]
Promotor: dr. Leen Heylen[1]
Copromotor: prof. dr. Marneffe[2]

[1] Thomas More Hogeschool – Expertisecentrum Zorg & Welzijn
[2] Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen, UHasselt

Samenvatting

Het onderzoeksopzet

Binnen dit onderzoek onderzochten we mogelijke stappen naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Momenteel hebben enkel personen die voor hun 65e erkend werden als persoon met een handicap recht op tegemoetkomingen voor hulpmiddelen. Op vraag van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), gingen we na of en hoe die leeftijdsgrens in de toekomst losgelaten kan worden.

We voerden hiervoor zowel kwantitatieve als kwalitatieve analyses uit. Het onderzoek startte met een verkenning van het huidige hulpmiddelenbeleid. Dit gaf achtergrond bij de huidige beleidskeuzes en gaf inzicht in de mogelijke kansen en aanknopingspunten voor een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

Daarna maakten we op basis van gegevens uit de Gezondheidsenquête 2018 een inschatting van het aandeel personen met een handicap binnen de groep van de 65-plussers. Aan de hand van expertinterviews (n=14) verdiepten we deze analyses en identificeerden we aandachtspunten bij de vertaling van de prevalentie van beperkingen naar mogelijke noden aan hulpmiddelen.

Parallel met de analyses van de noden van de 65-plussers, analyseerden we de huidige uitgaven voor de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen. Verder bouwend op deze inzichten, werkten verschillende betrokken stakeholders tijdens twee impact-workshops mogelijke stappenplannen uit (n=13). Voor het scenario van een volledig leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid maakten we bovendien een inschatting van de budgettaire impact.

De belangrijkste bevindingen uit ons onderzoek: een stappenplan met veel drempels en omwegen

Doorheen het onderzoek werd heel wat input voor het uitwerken van een mogelijk stappenplan naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid verzameld. We onderscheiden hierin drie globale thema's, die ieder een deel van de algemene onderzoeksdoelstelling beantwoorden: (a) het belang van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid, (b) stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid en (c) de budgettaire impact van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

(a) Het belang van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

Heel wat personen hebben potentieel nood aan hulpmiddelen. Zo geven de kwantitatieve analyses op data uit de Gezondheidsenquête 2018 (Sciensano, 2025; zie ook Hoofdstuk 3.1.2) aan dat de kans om bepaalde moeilijkheden of beperkingen te ervaren, toeneemt met de leeftijd. Zowel bij activiteiten voor dagelijks leven (ADL) als bij andere specifieke handelingen is het aandeel dat moeilijkheden ondervindt significant groter bij de 65-plussers. Daarnaast rapporteren zij vaker mobiliteitsbeperkingen en problemen bij persoonlijke verzorging. Daaruit volgend ligt het aandeel personen met een handicap bij de 65-plussers significant hoger dan bij de jongere leeftijdscategorieën. Waar 2,6% van de 50- tot 59-jarigen een handicap heeft en bij de 60- tot 64-jarigen 2,3%, loopt dat bij de 65-plussers op tot respectievelijk 10,2%. Het grootste aandeel vinden we terug bij de visuele (4,6% van de 65-plussers) en de auditieve beperkingen (3.4%). De andere beperkingen komen in mindere mate voor: 2.3% van de 65-plussers behoort tot de doelgroep met een functieverlies in de onderste ledematen, 1,5% tot de doelgroep met een ernstig verlies van de inspanningstolerantie en 1,3% tot de groep met een functieverlies in de bovenste ledematen. 0,6% heeft een verstandelijke beperking en 0,4% een communicatieve beperking.

Ook binnen de groep van 65-plussers neemt het aandeel dat kampt met beperkingen verder toe met de leeftijd. Hoe ouder een persoon wordt, hoe groter dus de kans dat hij/zij/hun beperkingen ervaart, wat op zijn beurt zorgt voor een grotere kans dat deze persoon hulpmiddelen gaat moeten gebruiken. Bij de leeftijdsgroep van 79 en ouder loopt het aandeel dat tot een bepaalde doelgroep behoort op tot 9,5% (visuele beperking). De inzichten uit de kwantitatieve analyses werden verder bevestigd in de kwalitatieve gesprekken. We organiseerden diepte-interviews-met experten uit de Vlaamse administratie (VAPH en VSB), koepel- en belangenorganisaties, mutualiteiten en revalidatiecentra- rond het beleidskader (n=2; met in totaal 6 respondenten) en de interpretatie van de cijfergegevens rond de noden van de 65-plussers (n=14). Doorheen deze interviews is het belang van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid meermaals benadrukt. De experten zien in de praktijk heel wat situaties en doelgroepen waarvoor een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid relevant zou zijn. Ze ervaren het huidige beleid dan ook als oneerlijk of zelfs discriminerend. Er is onder de respondenten een groot draagvlak voor het afschaffen van de leeftijdsgrens. Al wordt dit standpunt vaak getemperd door de vrees dat hiervoor onvoldoende budget ter beschikking zal zijn, wat wijst op het belang van de budgettaire impact als factor/argument in het beslissingsproces.

(b) Stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

Hoewel de nood aan een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid doorheen het onderzoek (verder) tastbaar werd, blijkt de weg er naartoe complex te zijn. Bij het uitwerken van mogelijke stappenplannen werd duidelijk dat er heel wat knelpunten bestaan. De ene vraag bracht telkens andere vragen met zich mee. Deze hadden betrekking op (1) de beschikbare data, (2) de relatie tussen de prevalentie van handicap en de vraag naar hulpmiddelen en (3) de complexiteit van de bevoegdheden.

(1) Data

Een eerste, praktisch, knelpunt is het ontbreken van geschikte data. Zowel rond de prevalentie van handicaps bij 65-plussers als rond hun nood aan hulpmiddelen zijn geen data voorhanden die specifiek met dat doel verzameld werd.

De beschikbare data zijn onvolledig. Momenteel wordt in administratieve databronnen enkel geregistreerd of een persoon erkend is als persoon met een handicap. In deze databronnen worden dus enkel personen die aan de huidige regelgeving voldoen en effectief een aanvraag deden, gezien als personen met een handicap. Er zijn echter nog veel andere personen die gelijkaardige beperkingen en handicaps ervaren, maar geen aanvraag indienden en/of niet voldoen aan de huidige voorwaarden. Om uitspraken te kunnen doen over (de impact van) een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelbeleid, moet men zicht hebben op de gehele groep van potentiële rechthebbenden.

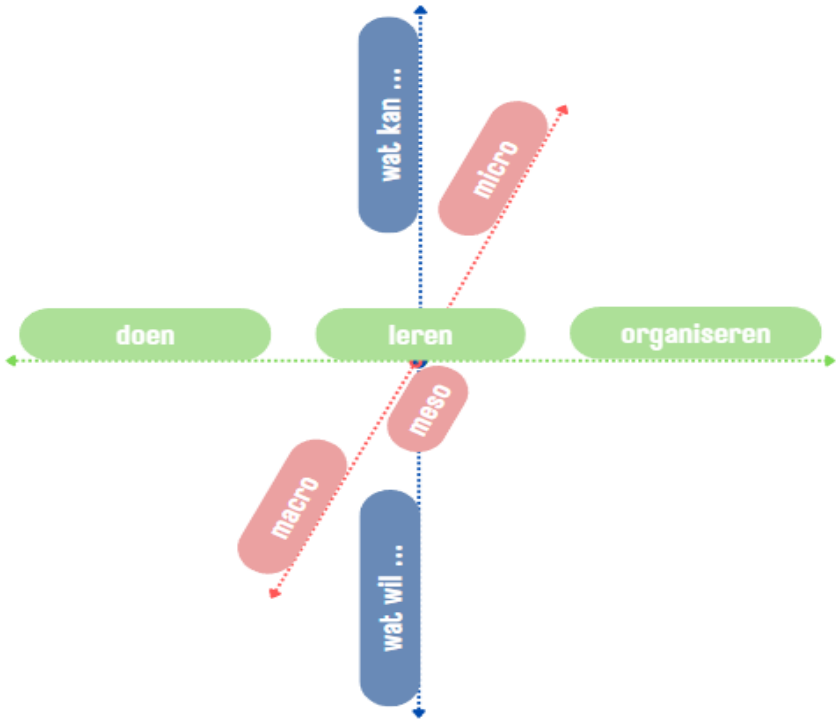
Een deel van de benodigde informatie kan uit bestaande bevragingen gehaald worden. Zo wordt er in verschillende vragenlijsten (Gezondheidsenquête, SHARE-vragenlijst …) gevraagd naar ervaren moeilijkheden bij bepaalde activiteiten, lichamelijke moeilijkheden, participatieproblemen … Aangezien deze vragen niet gesteld worden met het oog op het detecteren van personen met een handicap, omvatten de vragen vaak niet alle aspecten van een handicap (lees: de vragen die gesteld worden, zijn niet afgestemd op de voorwaarden om tot een bepaalde doelgroep van personen met een handicap gerekend te worden), of omvat het slechts één type van activiteit/handicap. Deze vragenlijsten zijn dan ook vaak onvoldoende om de gehele populatie van personen met een handicap te vatten. Bij gebrek aan volledigere/betere databronnen, zijn surveyvragen echter de meest geschikte oplossing om een inschatting te maken.

Naast de moeilijkheden om de prevalentie van handicaps te bepalen, is er tevens weinig data beschikbaar rond de nood van personen met een handicap aan hulpmiddelen. We weten dus niet wat een persoon met een bepaalde beperking nodig heeft. In hoofdstuk 4 maakten we op basis van registraties rond de uitgekeerde tegemoetkomingen voor hulpmiddelen een inschatting van wat een persoon met een handicap uit een bepaalde doelgroep gemiddeld nodig heeft. Deze inschattingen hebben echter enkel betrekking op de personen jonger dan 65 jaar, en bieden geen inzicht in de specifieke noden van 65-plussers met een handicap.

(2) Prevalentie en nood aan hulpmiddelen

De verschillende gesprekken leren ons bovendien dat er geen één-op-één-relatie bestaat tussen de ervaren moeilijkheden (~beperkingen) en de uiteindelijke vraag naar hulpmiddelen. Deze vraag wordt immers bepaald door een samenspel van verschillende assen (zie Figuur 5 en hoofdstuk 3.2): (a) wat de persoon (nog) kan vs. wat hij nog wil, (b) wat de persoon kan en wil doen, aanleren en organiseren en (c) de persoonlijke situatie van de persoon met een handicap (microniveau), zijn/haar/hun dichte omgeving (meso-niveau) en het beleidskader (macroniveau). Niet alleen wat een persoon (nog) kan, maar ook wat hij wil doen, aanleren en organiseren, bepaalt mee welke hulpmiddelen een persoon aanvraagt. Er moet daarnaast oog zijn voor de noden en mogelijkheden van de dichte omgeving en het beleidskader waarin het hulpmiddelenbeleid ingebed is. Er moet dus met enige voorzichtigheid omgegaan worden met de beschreven prevalentiecijfers als schatting voor de uiteindelijke vraag naar hulpmiddelen. De gerapporteerde prevalentiecijfers zijn mogelijk een overschatting van de effectieve vraag naar hulpmiddelen en moeten dus als bovengrens geïnterpreteerd worden.

Figuur 5 Assen van aandachtspunten bij de interpretatie van de cijfers rond beperkingen



Bron: van de auteurs

(3) Complexiteit van de bevoegdheden

Naast de knelpunten met betrekking tot het inschatten van de nood aan hulpmiddelen, werd doorheen het onderzoek de complexiteit van de bevoegdheidsverdelingen duidelijk. Het hulpmiddelenbeleid zit zo vervlochten met andere beleidsinitiatieven en -domeinen (de erkenning als persoon met een handicap en de daaruit voortvloeiende mogelijke toekenning van een persoonsvolgend budget, het woonbeleid, de visie rond woonzorgcentra …) dat het uitwerken van een geïsoleerd stappenplan naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid moeilijk was. Voorstellen rond een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid hebben immers hun weerslag op andere, belendende sectoren of domeinen (wonen, gezondheidszorg, onderwijs, welzijn …), en vice versa. Het wegwerken van de leeftijdsgrens binnen het hulpmiddelenbeleid resulteert hierdoor vaak in een nieuwe discriminatiegrond elders (op basis van inkomen, type nood, leeftijd …), terwijl de respondenten zich enkel kunnen zetten achter niet-discriminerende scenario's. Dit benadrukt de nood aan een overkoepelende visie op wonen, participatie, ondersteuning … van ouderen.

(c) Budgettaire impact van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

Voor het scenario van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid (LOHB) maakten we eveneens een inschatting van de budgettaire impact. De benodigde data waren echter niet rechtstreeks voorhanden, dit wat betreft enerzijds het aantal 65-plussers dat na het loslaten van de leeftijdsgrens van 65 jaar potentieel in aanmerking komt voor het aanvragen van hulpmiddelen bij het VAPH en anderzijds de gemiddelde kost van hulpmiddelen die deze 65-plussers zullen aanvragen op het moment dat ze deze mogelijkheid krijgen. We baseerden ons daarom op de berekende prevalentiecijfers uit de

Gezondheidsenquête van Sciensano, toegepast op de bevolkingscijfers, en op data van het VAPH betreffende de goedgekeurde aanvragen voor hulpmiddelen voor de periode 2020-2024.

Omwille van het gebrek aan andere cijfers maakten we bijgevolg de assumptie dat het gemiddelde uitbetaalde bedrag voor 50-64-jarigen, toegepast op de prevalentiecijfers uit de Gezondheidsenquête van personen met een beperking bij 65-plussers, een schatting is voor de verwachte gemiddelde uitgaven voor 65-plussers in geval van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Echter moeten we deze inschatting als bovengrens beschouwen aangezien 65-plussers mogelijk op eigen kosten reeds hulpmiddelen hebben aangekocht, deels via andere beleidsdomeinen worden ondersteund en mogelijk andere noden hebben dan de groep 50-64-jarigen.

Scenario 1: een volledig LOHB, zonder voorwaarden

Tabel 1 toont, weliswaar met de nodige assumpties, dat het invoeren van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid een aanzienlijke budgettaire impact zou impliceren. O.a. omwille van deze assumpties, moeten we deze resultaten echter met de nodige voorzichtigheid interpreteren.

Bovendien zien we een afname van de budgettaire kost in het scenario van een LOHB in de periode 2020-2024, van €28,7 miljoen naar €18,7 miljoen, hetgeen niet logisch te verwachten was. Dit is echter voornamelijk toe te wijzen aan een, voor ons nog onverklaarbare, afname in het aantal aanvragen voor hulpmiddelen en een sterke afname in het opnamepercentage van deze aanvragen bij de 50-64-jarigen, die namelijk een belangrijk onderdeel uitmaken van de toegepaste berekeningswijze.

Bovendien was de observatieperiode ook onderhevig aan de COVID-pandemie, waardoor we niet van een “normale” periode kunnen spreken. Hierdoor is het extrapoleren van de resultaten voor de periode 2020-2024 naar toekomstige tijdsperioden, bv. 2025-2029, eerder onbetrouwbaar en bijgevolg niet aangewezen. Het is daarom aangewezen om met meer en consistentere data voor een langere en “normale” periode, een betere inschatting van de budgettaire kost te kunnen maken.

Tabel 1 Vergelijking totale kost 65-plussers in huidige beleid (AS IS) vs. LOHB (TO BE) in 2020-2024

	2020	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
LOHB (TO BE)	€ 32.352.363,52	€ 31.821.916,84	€ 28.970.606,35	€ 27.246.535,82	€ 21.956.197,83
Huidige beleid (AS IS)	€ 3.630.174,96	€ 3.584.228,22	€ 3.353.367,38	€ 3.452.147,12	€ 3.216.907,50
LOHB vs. huidige beleid	€ 28.722.188,56	€ 28.237.688,62	€ 25.617.238,97	€ 23.794.388,70	€ 18.739.290,33

Aanbevelingen: mogelijke stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

De bevindingen uit het onderzoek bieden inzicht in de nood aan en de mogelijke stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Zoals reeds aangegeven brachten de gezette onderzoekstappen ook heel wat bijkomende vragen en reflecties met zich mee. Deze resultaten bundelden we in enkele aanbevelingen die als verdere stappen kunnen dienen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Deze sluiten aan bij de stappen die tijdens de impact-workshops door de stakeholders werden geformuleerd.

1. **Bijkomende en afgestemde data**

Een eerste groep van aanbevelingen heeft betrekking op bijkomende te verzamelen gegevens. Onze zoektocht naar mogelijke databronnen en de daaruit volgende beperkte analyse-strategieën, onderstrepen het belang van betere en specifiekere data rond handicaps en beperkingen. Het is aan te bevelen **dat er meer gericht data worden verzameld over het aandeel personen met een handicap in de bevolking**. Momenteel wordt er enkel informatie geregistreerd over de begunstigde populatie (de personen die erkend zijn als persoon met een handicap), waardoor er weinig tot niets geweten is over de rest van de populatie.

Een recent rapport van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid bevestigt deze nood aan bijkomende data (Laenen et al., 2025). De auteurs stellen vast dat er heel wat databronnen rond personen met een handicap beschikbaar zijn, maar dat er verschillende belangrijke hiaten zitten in deze data. Zo (a) kan de populatie van personen met een handicap door de bestaande bronnen niet volledig in kaart gebracht worden, (b) zitten de administratieve bronnen waarop men zich kan baseren erg verspreid, (c) ontbreken er vaak een aantal relevante achtergrondkenmerken en (d) zijn de gebruikte definities moeilijk met mekaar te vergelijken. (Laenen et al., 2025, p. 627). Zij pleiten er echter vooral voor om de kwaliteit van de huidige gegevens te verhogen en de reeds verzamelde informatie meer en beter te integreren, idealiter in één centrale database, eerder dan nieuwe of bijkomende gegevens te verzamelen.

In eerste instantie gaat het er dus om de verschillende puzzelstukken samen te leggen, en na te gaan of en welke gegevens er concreet ontbreken. Wie verzamelt welke informatie? Kan deze informatie geïntegreerd worden om zo tot nieuwe data te komen? Vatten we daarmee de volledige populatie van personen met een handicap? Zoniet, welke gegevens ontbreken er? Om een antwoord te krijgen op deze vragen, is verdere afstemming tussen de eigenaars van de cijfergegevens aangewezen. Vanuit het inzicht in de ontbrekende gegevens kan dan, indien nodig, gericht bijkomende data verzameld worden. Afhankelijk van de concrete inhoud van de ontbrekende gegevens, zullen andere partners betrokken moeten worden.

Naast de prevalentiecijfers is er ook nood aan **gegevens over de ondersteuningsnoden en benodigde hulpmiddelen** van de personen met een handicap. Belangrijk is hierbij specifiek aandacht te hebben voor de situatie van de 65-plussers. Er is tot op heden heel weinig geweten over de hulpmiddelen die een persoon die na zijn 65 een handicap verwerft, nodig heeft. Ondanks dat iedere situatie uniek is, lijkt een brede bevraging bij een representatieve steekproef de aangewezen manier. In het buitenland [bijvoorbeeld de ‘Survey of Disability, Ageing and Carers’ (SDAC) in Australië (Australian Bureau of Statistics, 2022)] werden reeds zulke gerichte, echter land-specifieke, vragenlijsten opgesteld, dewelke als voorbeeld kunnen dienen.

Zowel voor het bepalen van de prevalentie van handicaps als voor het in kaart brengen van de ondersteuningsnoden en benodigde hulpmiddelen kan men er voor kiezen om de (gezondheids-) toestand van de bevolking meer (proactief) te monitoren. Er bestaan reeds verschillende tools die de evoluties in de bevolking opvolgen. Zo verzamelt Statistiek Vlaanderen gegevens over onder meer 'Gezondheid en welzijn' en 'Zorg' (Statistiek Vlaanderen, 2025). Maar ook vanuit Sciensano, de gemeentemonitor (Vlaamse overheid, 2025) en de gezinsenquête (Departement Zorg, 2021) wordt op regelmatige basis informatie over de bevolking verzameld. In functie van een dagdagelijkse monitoring van de 'potentiële personen met een handicap', kan nagegaan worden of er binnen de surveys meer oog moet zijn voor personen met een handicap. Indien nodig, kunnen de bestaande screeningstools en/of vragensets (zie ook Box 1 en Box 2 in hoofdstuk 3) gebruikt worden om de personen met een handicap te 'detecteren'.

Een rijkere, beter afgestemde en geïntegreerde dataset over de prevalentie van beperkingen en de nood aan hulpmiddelen kan voor verschillende stakeholders een meerwaarde bieden. Het VAPH zou deze gegevens bijvoorbeeld kunnen gebruiken voor prognoses, onderbouwing van beleidskeuzes (Laenen et al., 2025). Maar ook voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek biedt zulke dataset heel wat kansen. Het zou een tijdsbesparing betekenen en tot betrouwbaardere en robuustere resultaten leiden.

In functie van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid biedt zulke dataset beleidsmakers en -medewerkers meer duidelijkheid over de noden van de 65-plussers met een handicap aan hulpmiddelen. Op deze manier komt men tegemoet aan de vragen die er momenteel binnen het VAPH heersen. De cijfers kunnen zo een gedegen basis vormen van waaruit verdere stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid gezet kunnen worden.

2. Een duidelijker zicht op de vervlechting van de verschillende betrokken domeinen

Naast bijkomende inzichten in de prevalentiecijfers, is het aangewezen dat de betrokken actoren **een duidelijker zicht krijgen op de vervlechting van de verschillende betrokken beleidsdomeinen.** Doorheen de impactworkshops werd duidelijk dat een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid aan heel wat andere beleidsdomeinen raakt. Dit biedt kansen, maar zorgt ook voor uitdagingen.

Kansen van de vervlechting van het hulpmiddelenbeleid met andere beleidsdomeinen

Kansen zien de respondenten in het feit dat een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid een besparing kan betekenen op andere uitgavenposten voor ouderen, zowel op directe als indirecte wijze. Tijdens de expertinterviews werden heel wat van deze betrokken uitgavenposten benoemd (cfr. 3.2.2). Zo worden woningaanpassingen bij 65-plussers momenteel deels gecoverd door de Vlaamse woningaanpassingspremie (zie Hoofdstuk 2.3). Indien de subsidiariteit die momenteel van kracht is binnen het hulpmiddelenbeleid behouden blijft (zie ook hoofdstuk 2), betekent dit dat een deel van de kosten voor woningaanpassingen voor 65-plussers met een handicap niet door het VAPH gedragen moet worden, maar door het Agentschap Wonen in Vlaanderen. Maar ook omgekeerd kan men ervoor kiezen om de woningaanpassingen voor 65-plussers met een handicap volledig onder de bevoegdheid van het VAPH te plaatsen. In dat geval zou men, aldus de respondenten, het budget dat bij het Agentschap Wonen in Vlaanderen vrijkomt, kunnen overhevelen naar het VAPH, om een deel van de bijkomende kosten voor hulpmiddelen te dekken. Hetzelfde geldt voor de tegemoetkomingen in het kader van werk, onderwijs, mobiliteitshulpmiddelen en incontinentie. Dit maakt dat de vermeldde budgettaire impact als bovengrens gezien kan worden.

Meer concreet zien we raakpunten met, onder meer, (a) mobiliteitshulpmiddelen vanuit de VSB, (b) de Vlaamse aanpassingspremie vanuit het Agentschap Wonen in Vlaanderen, (c) tegemoetkomingen voor arbeidsgereedschap, -kledij en arbeidspostaanpassingen (VDAB), (d) speciale onderwijsleermiddelen en (e) het incontinentieforfait vanuit het RIZIV. Afstemming met de respectievelijke instanties is aangewezen, zowel op het vlak van de organisatorische aanpak, regelgeving, visie als het budgettaire luik.

Tijdens de expertinterviews zijn ook indirecte gevolgen benoemd. Volgens de respondenten kan een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelbeleid er voor zorgen dat personen langer thuis kunnen blijven wonen en, daaruit volgend, de druk (qua aantallen en budgettair gezien) op de woonzorgcentra vermindert. Daarnaast neemt de fysieke en mentale belasting van zowel mantelzorgers als zorgpersoneel dankzij hulpmiddelen mogelijk af, wat tot minder uitval en lagere gezondheidszorg-kosten leidt. Binnen de scope van dit onderzoek is het niet mogelijk om een inschatting te maken van de concrete besparingen. Desalniettemin dienen deze argumenten mee in overweging genomen te worden doorheen het beslissingsproces *(VAPH, 2024e)*.

Uitdagingen van de vervlechting van het hulpmiddelenbeleid met andere beleidsdomeinen

Uiteraard brengt de vervlechting met andere beleidsdomeinen ook uitdagingen met zich mee. Zo heeft het eventuele schrappen van de leeftijdsgrens bij de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen ook een impact op de erkenningsvoorwaarden voor de persoonsvolgende budgetten. Een relatief kleine aanpassing van het beleid zet met andere woorden een heel raderwerk van andere aanpassingen en vragen in gang. Dankzij de gesprekken met de stakeholders werden heel wat van de elementen uit het 'raderwerk' reeds aangeraakt en benoemd. Een aan te bevelen volgende stap is om de reflectie die in gang is gezet, door te trekken en te vertalen naar **verdere afstemming, onderling overleg en het uitwerken van een gemeenschappelijk beleid**. Om een nieuw hulpmiddelenbeleid te kunnen implementeren, kan er niet vertrokken worden vanuit een geïsoleerd stappenplan, maar hebben de stakeholders nood aan een duidelijke context, die voldoende afgestemd is op dit nieuwe beleid.

Er dient echter niet enkel gekeken te worden naar bestaande tegemoetkomingen voor hulpmiddelen. Ook breder is afstemming aangewezen. Zo werd doorheen de verschillende bijeenkomsten gewezen op het belang van het flankerend beleid vanuit het departementen Omgeving en Wonen. Sensibilisering rond de toegankelijkheid van gebouwen en toekomstgericht bouwen, kan bijdragen aan een verminderde nood aan hulpmiddelen. In dit kader zien we mogelijkheden in concepten zoals 'Universal design', waarbij men reeds van bij de concept- en ontwerpfase rekening houdt met alle soorten gebruikers, en streeft naar oplossingen die niet gericht zijn op bepaalde beperkingen, maar die iedereen gemakkelijk gebruikt.

Samengevat

Het huidige onderzoek bood heel wat nieuwe inzichten in het aandeel personen met een handicap onder 65-plussers en hun nood aan hulpmiddelen. Op basis van secundaire data berekenden we de prevalentiecijfers van verschillende types handicaps en gaven we een inschatting van de budgettaire impact van het loslaten van de leeftijdsgrens. Berekeningen tonen aan dat het om een substantiële groep gaat, wat ook zijn implicaties heeft voor de budgetten voor het hulpmiddelenbeleid.

Ondanks de verzamelde inzichten, moeten er nog enkele zaken verder uitgeklaard worden. Zo is er tot op heden weinig geweten over de nood aan hulpmiddelen van 65-plussers. Binnen dit onderzoek werden enkele aspecten aangehaald die meespelen bij het bepalen van de nood aan hulpmiddelen op

basis van prevalentiecijfers van handicaps (~assen; hoofdstuk 4.2). Bijkomend onderzoek of data zijn nodig om een exacter beeld te krijgen van het aantal benodigde hulpmiddelen.

Dit bijkomende inzicht vormt immers volgens de respondenten een essentiële stap richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Andere stappen wijzen op de vervlechting van het hulpmiddelenbeleid met andere beleidsdomeinen en -aspecten. Deze vervlechting maakt dat het moeilijk is om een geïsoleerd stappenplan richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid uit te werken. Er dient verder afgestemd te worden met belendende sectoren zoals Omgeving, Wonen en Zorg.

Desondanks biedt dit onderzoek een uitgebreide verkenning en een aanzet voor stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

Inhoud

Inleiding **19**

Hoofdstuk 1 Onderzoeksopzet **21**

1.1 Onderzoeksopzet 21

1.2 Onderzoeksmethode 21

Hoofdstuk 2 Beleidskader **25**

2.1 Methodologie 25

2.2 Tegemoetkomingen voor hulpmiddelen voor personen met een handicap 25

2.2.1 Wat? 25

2.2.2 Wie? 27

2.2.3 Hoeveel? 28

2.2.4 Hoe? 29

2.3 Tegemoetkomingen vanuit andere departementen en sectoren 32

2.3.1 Tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen 32

2.3.2 Vlaamse aanpassingspremie 33

2.3.3 Tegemoetkomingen voor hulpmiddelen i.f.v. werk 34

2.3.4 Tegemoetkomingen voor hulpmiddelen i.f.v. onderwijs 35

Hoofdstuk 3 Noden van 65-plussers aan hulpmiddelen **37**

3.1 Methodologische verkenning 37

3.1.1 Verkenning mogelijke gegevens rond 65-plussers met een handicap en hun nood aan hulpmiddelen 37

3.1.2 Zoektocht naar een methode om de prevalentie van handicaps bij 65-plussers en hun nood aan hulpmiddelen in te schatten 37

3.1.3 Dataset waarop de gekozen methode kan worden toegepast 42

3.2 De gekozen strategie 44

3.2.1 Gezondheidsenquête: een algemene beschrijving 44

3.2.2 Selectie van de respondenten 46

3.3 De noden van 65-plussers met een handicap 47

3.3.1 De cijfers met betrekking tot de noden van 65-plussers met een handicap 47

3.3.2 Interpretatie van de cijfers 55

3.3.3 Effectieve nood aan hulpmiddelen 65

Hoofdstuk 4 Stappenplannen naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid **67**

4.1 Methodologie 67

4.2 Respons 67

4.3 Resultaat 68

Hoofdstuk 5 Budgettaire impact van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid 73

5.1 Beschrijvende analyse 73

5.1.1 Alle leeftijden en hulpmiddelen 74

5.1.2 50-plussers exclusief huurpakketten en incontinentiemateriaal 76

5.2 Budgettaire analyse (TO BE) 82

5.2.1 Q: aantal 65-plussers 82

5.2.2 P: gemiddelde kost 84

5.3 Scenario met leeftijdsgrens op 67 jaar 88

Hoofdstuk 6 Conclusie 89

6.1 Onderzoeksopzet 89

6.2 Het belang van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid (~Voor wie? & Waarom?) 91

6.3 Stappen naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid: een weg met heel wat 'omleidingen' 91

6.3.1 Data 92

6.3.2 Van prevalentie naar vraag hulpmiddelen 92

6.3.3 Complexiteit bevoegdheden 94

6.4 Budgettaire impact: leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid 94

6.5 Aanbevelingen: volgende stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid 95

6.5.1 Bijkomende en afgestemde data 95

6.5.2 Een duidelijker zicht op de vervlechting van de verschillende betrokken beleidsdomeinen 97

6.6 Tot slot 98

Referenties 99

Bijlagen 103

Lijst Tabellen

Tabel 1	Vergelijking totale kost 65-plussers in huidige beleid (AS IS) vs. LOHB (TO BE) in 2020-2024	7
Tabel 2	Activiteitdomeinen waarvoor het VAPH tussenkomt in hulpmiddelen	26
Tabel 3	Onderscheid stoornis-beperking-maatschappelijk participatieprobleem	27
Tabel 4	Vergelijking vragensets rond personen met een handicap	41
Tabel 5	Overzicht mogelijke datasets (Overzicht mogelijke datasets)	43
Tabel 6	Kenmerken van de respondenten van de Gezondheidsenquête 2018 (n=11611)	45
Tabel 7	Leeftijdsverdeling van de deelnemers aan de Gezondheidsenquêtes (naar jaartal/leeftijd)	48
Tabel 8	Achtergrond respondenten, naar leeftijd (in %; n=7203)	49
Tabel 9	Situatie 65-plussers in vergelijking met de jongere respondenten (n=2924)	50
Tabel 10	Beperkingen naar leeftijd (in %, n=1373)	52
Tabel 11	Moeilijkheden bij ADL naar leeftijd (in %, n=1373)	53
Tabel 12	Gerapporteerde moeilijkheden bij 65-plussers (n=1373)	53
Tabel 13	Doelgroepen van personen met een handicap, naar leeftijd (in %, n=2924)	54
Tabel 14	Percentage van de 65-plussers behorende tot een specifieke doelgroep (naar leeftijd, n=1373)	55
Tabel 15	Respons expertinterviews	56
Tabel 16	Respons impact-workshops, naar type stakeholder	67
Tabel 17	Flow van de scenario's	69
Tabel 18	Aanvragen van hulpmiddelen bij het VAPH in 2020-2024 (jaar aanvraag)	74
Tabel 19	Uitbetaalde bedragen voor hulpmiddelen bij het VAPH in 2020-2024	76
Tabel 20	Aanvragen van hulpmiddelen voor 50-plussers bij het VAPH in 2020-2024 (exclusief huurpakketten en incontinentiemateriaal)	78
Tabel 21	Uitbetaalde bedragen voor hulpmiddelen voor 50-plussers bij het VAPH in 2020-2024 (exclusief huurpakketten en incontinentiemateriaal)	79
Tabel 22	Aanvragen van hulpmiddelen per doelgroep voor 50-plussers bij het VAPH in 2020-2024 (exclusief huurpakketten en incontinentiemateriaal)	80
Tabel 23	Prevalentiepercentages per doelgroep	83
Tabel 24	Bevolkingscijfers voor Vlaanderen en 30% BHG	83
Tabel 25	Prevalentiecijfers per doelgroep voor een tegemoetkoming voor hulpmiddelen bij het VAPH voor het jaar 2020	84
Tabel 26	Gemiddeld uitbetaald bedrag voor 50-64-jarigen t.o.v. prevalentiecijfers 2020	85
Tabel 27	Inschatting van budgettaire kost voor 65-plussers bij een LOHB in 2020	86

Tabel 28 Vergelijking huidig beleid (AS IS) vs. een LOHB (TO BE) in 2020 86

Tabel 29 Vergelijking totale kost 65-plussers in huidig beleid (AS IS) vs. LOHB (TO BE) in 2020-2024 88

Tabel 30 Vergelijking totale kost 65-plussers in huidige beleid (AS IS) vs. LOHB (TO BE) in 2020-2024 95

Lijst Figuren

Figuur 1 Werkpakketten 23

Figuur 2 Bepaling voldaan aan leeftijdsgrens: Bepaling voldaan aan leeftijdsgrens 28

Figuur 3 Stappen van aanvraag tot uitbetaling tegemoetkoming 30

Figuur 4 Beslissingsboom manier van aanvraag tegemoetkoming: Beslissingsboom manier van aanvraag tegemoetkoming 30

Figuur 5 Assen van aandachtspunten bij de interpretatie van de cijfers rond beperkingen 58

Figuur 6 Mogelijk stappenplan richting een volledig leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid 71

Figuur 7 Traject naar cijfers over de bijkomende tegemoetkomingen voor hulpmiddelen 93

Lijst afkortingen

Afkorting	Betekenis
ADL	Activiteiten Dagelijks Leven
BBC	Bijzondere Bijstandscommissie
DMW	Dienst Maatschappelijk Werk
GDB	Global Burden of Disease
HIS	Health Interview Survey
ICF	International Classification of Functioning
IMA	Intermutualistisch Agentschap
MDT	Multidisciplinair Team
MS	Multiple Sclerose
PmH	Persoon met een Handicap
p-waarde	'Probability-value' of waarschijnlijkheidswaarde
SHARE	Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VSB	Vlaamse Sociale Bescherming
VTC	Vlaamse Toeleidingscommissie
WGSS	Washington Group Short Set
WHODAS	World Health Organisation Disability Assessment Schedule

Inleiding

Het Vlaamse zorglandschap staat voor heel wat uitdagingen. Heel wat personen ondervinden moeilijkheden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en/of zorgtaken, terwijl het moeilijk is om ondersteuning te vinden. Er heerst een tekort aan zorgpersoneel en de kostprijs van zorgaanbieders neemt toe. (Hannon & Vansteenkiste, 2024;Gezond België, 2024) Om voor een deel tegemoet te komen aan deze noden, kijkt de Vlaamse Overheid in toenemende mate naar alternatieve oplossingen, zoals hulpmiddelen of aanpassingen. In dat kader voorziet het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) voor personen met een handicap (PmH) tegemoetkomingen voor hulpmiddelen. Deze hulpmiddelen moeten personen met een handicap ondersteunen en activiteiten die wegens de handicap een probleem zijn, (terug) mogelijk maken (VAPH, 2024l) of zorgverlening door derden efficiënter en comfortabeler maken. Deze tegemoetkomingen kunnen echter enkel aangevraagd worden voor personen die al voor hun 65e verjaardag erkend werden als persoon met een handicap (VAPH, 2024h). In het verleden werden reeds initiatieven genomen om te bekijken hoe deze leeftijdsgrens weggewerkt kan worden. Zo vermeldde de beleidsnota van voormalig minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, Wouter Beke, de uitdrukkelijke doelstelling om de mogelijkheden en de noodzakelijke voorwaarden van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid te onderzoeken (Beke, 2019). Op basis van deze doelstelling werden binnen het VAPH stappen ondernomen. Hierbij werd vastgesteld dat er enkele essentiële aspecten om de veranderingen door te voeren, ontbraken. Er was vanuit het VAPH nood aan een verduidelijking van de noden van de 65-plussers en het identificeren van haalbare stappen die het zouden toelaten een beleid uit te werken en gradueel te realiseren. Dit onderzoek gaat daarom na of, en op welke manier de leeftijdsgrens losgelaten kan worden. Gebaseerd op cijfermateriaal rond de noden van 65-plussers ontwikkelden we tezamen met experten enkele mogelijke stappenplannen naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. We berekenden daarnaast de budgettaire impact van deze voorgestelde scenario's. Op basis hiervan kunnen toekomstige beleidskeuzes gemaakt worden.

Dit rapport geeft een weerslag van de verschillende onderzoekstaken die uitgevoerd werden. We starten met een beschrijving van het onderzoeksopzet (hoofdstuk 1). In hoofdstuk 2 schetsen we het beleidskader om vervolgens in hoofdstuk 3 de resultaten van het onderzoek naar de noden van de 65-plussers te presenteren. In hoofdstuk 4 komen de inzichten uit de voorgaande hoofdstukken samen, en overlopen we de opgestelde stappenplannen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Hoofdstuk 5 geeft daarop een beeld van de budgettaire impact van de verschillende scenario's. Tot slot lijsten we in hoofdstuk 6 de belangrijkste conclusies op, met daaruit volgend enkele aanbevelingen rond mogelijke volgende stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

Hoofdstuk 1
Onderzoeksopzet

1.1 Onderzoeksopzet

Op vraag van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) voerden we tussen juli 2024 en juni 2025 onderzoek naar mogelijke stappenplannen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid, gebaseerd op objectieve gegevens. Vertrekkende vanuit cijfers en gesprekken rond de noden van 65-plussers met een handicap, gingen we na op welke manieren de huidige leeftijdsgrens (jonger dan 65 jaar bij de eerste aanvraag tot ondersteuning bij het VAPH) binnen het hulpmiddelenbeleid losgelaten kan worden en wat de budgettaire impact hiervan is.

Dit algemeen onderzoeksopzet, bestaat uit verschillende bijkomende onderliggende onderzoeksvragen, gesitueerd rond 4 grote thema's:

- Hoe ziet het huidige hulpmiddelenbeleid voor personen met een handicap (PmH) eruit?

- Wie zijn de begunstigden van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid voor PmH?
  Onder meer:
  - Hoeveel procent van de 65-plussers heeft een handicap, en zou dus in aanmerking komen voor een tegemoetkoming voor hulpmiddelen mocht er geen leeftijdsgrens meer zijn op 65?
  - Aan welke hulpmiddelen hebben deze 65-plussers met een handicap nood? (en verschilt dit van de noden van jongere personen?)

- Wat is de budgettaire impact van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid?
  Onder meer:
  - Wat is de kostprijs van de potentieel bijkomende tegemoetkomingen? ~budgettaire impact

- Welke stappen kan men zetten om tot een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid te komen?
  Onder meer:
  - Met deze budgettaire impact voor ogen, welke mogelijke scenario's voor het toekomstig hulpmiddelenbeleid zien de experten/stakeholders?
  - Welke stappen kan men zetten om tot ieder van deze scenario's te komen?

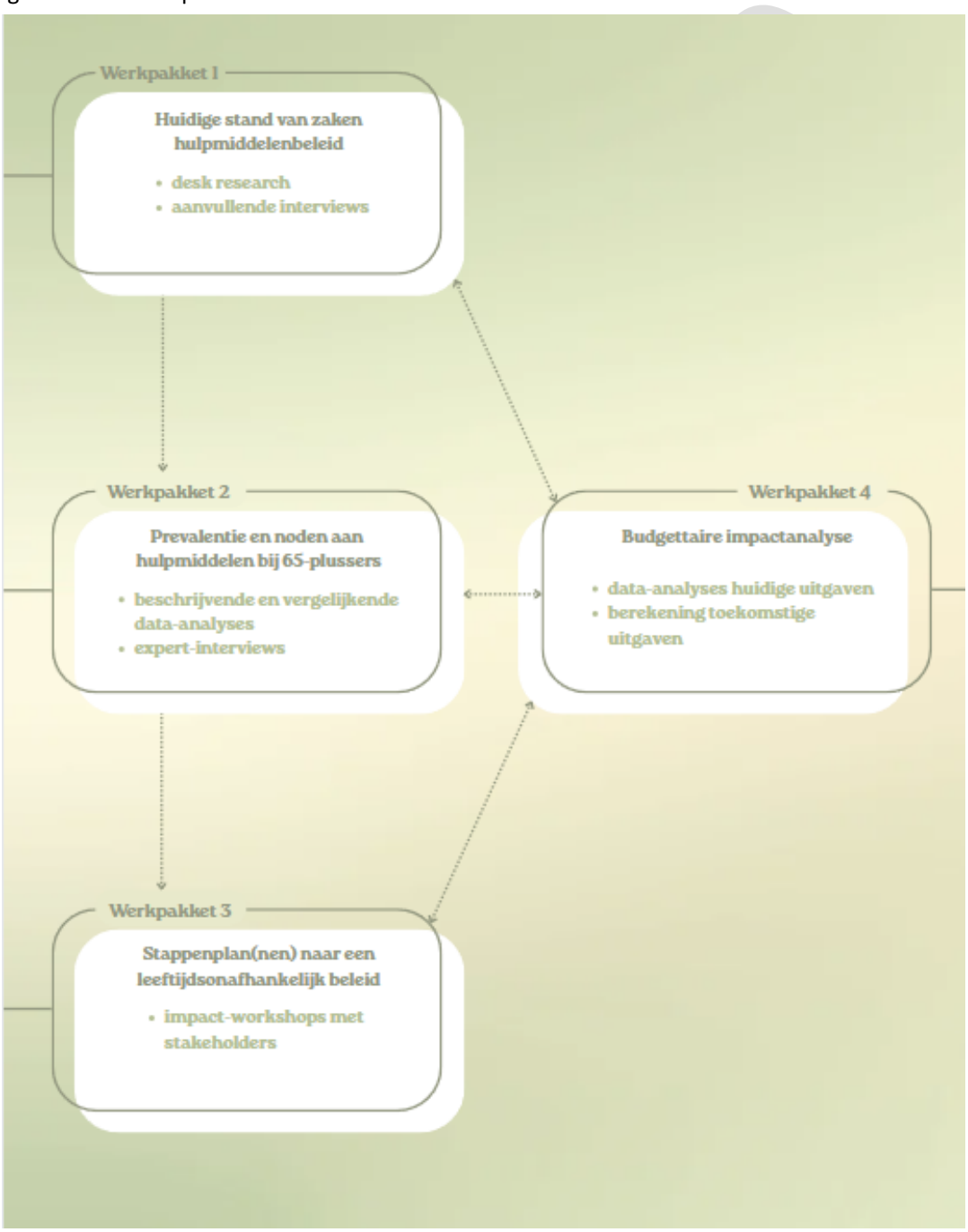
1.2 Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hanteerden we een mixed-method-onderzoek met zowel kwantitatieve analyses op secundaire data als een kwalitatieve dataverzameling aan de hand van diepte-interviews met beleidsexperten en sleutelfiguren.

Concreet bestond het onderzoek uit vier werkpakketten, dewelke in Figuur 1 voorgesteld worden. We startten met een verkenning van het huidige beleidskader rond de hulpmiddelen (hoofdstuk 2). We gingen na hoe de regelgeving er vandaag uitziet, wat de rationale is achter bepaalde beslissingen en welke alternatieve ondersteuningskanalen er bestaan. Nadien werkten we toe richting de stappen-

plannen voor een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelbeleid. We maakten een inschatting van de prevalentie van bepaalde beperkingen bij de 65-plussers (in werkpakket 2) en de daaruit resulterende nood aan hulpmiddelen (hoofdstuk 3). Deze inschatting vormde de input voor werkpakket 3, waarin we samen met verschillende stakeholders enkele mogelijke stappenplannen naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid uitwerkten (hoofdstuk 4). Ten slotte berekenden we parallel met werkpakketten 1, 2 en 3 de huidige en toekomstige uitgaven aan hulpmiddelen. Op die manier konden we de budgettaire impact van de voorgestelde stappenplannen schatten, gegeven de beschikbare data (hoofdstuk 5). Een gedetailleerdere beschrijving van de aanpak en de bevindingen uit ieder werkpakket, zijn terug te vinden in de desbetreffende hoofdstukken.

Figuur 1 Werkpakketten



Hoofdstuk 2
Beleidskader

Alvorens we verkennen wie de potentiële begunstigden zouden zijn van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid, staan we in dit hoofdstuk stil bij het beleidskader rond de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen bij personen met een handicap. Vanuit die inzichten willen we immers zicht krijgen op de huidige situatie inzake de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen, en nagaan waar mogelijke kansen liggen.

2.1 Methodologie

We startten ons onderzoek met een *deskresearch* waarbij we zowel beleidsdocumenten (decreten, beleidsnota's …) als informatiedragers gericht op de doelgroep (websites, folders …) analyseerden. Deze deskresearch werd verder aangevuld met *gesprekken met experten* (2 interviews, met in totaal 6 personen). Zij verstrekten meer informatie over de achterliggende visie of argumenten bij bepaalde beleidskeuzes, en/of konden ons bijkomend materiaal bezorgen. Tot slot zochten we in de literatuur naar *buitenlandse voorbeelden* waar men in een bepaald beleidsdomein de leeftijdsgrenzen losgelaten heeft. Hier werd echter zeer weinig (publiek) over gerapporteerd.

Deze aanpak geeft ons een omvattend beeld van de verschillende aspecten rond de tegemoetkomingen. We bekeken wat ze inhouden, wie ervoor in aanmerking komt, hoeveel de tegemoetkoming bedraagt, en hoe deze aangevraagd kan worden. We keken ook breder: we bestudeerden aanvullend tegemoetkomingen uit belendende domeinen en sectoren dewelke ofwel geïmpacteerd zouden worden door een ruimer hulpmiddelenbeleid, ofwel een deel van de noden aan hulpmiddelen voor 65-plussers met een handicap reeds mee (kunnen) opvangen. We bespreken de belangrijkste vaststellingen hieronder.

2.2 Tegemoetkomingen voor hulpmiddelen voor personen met een handicap

2.2.1 Wat?

Personen met een handicap kunnen hulpmiddelen aankopen die hen ondersteunen bij het uitvoeren van activiteiten. Het VAPH komt bij een aantal hulpmiddelen tussen in de aankoopprijs of huurprijs[1]. Meer concreet gaat het over hulpmiddelen die ondersteunen bij activiteiten in de volgende domeinen (VAPH, 2024k): (a) activiteiten dagelijks leven (ADL), (b) communicatie, (c) mobiliteit, (d) wonen, en (e) andere activiteiten. Tabel 2 geeft een uitgebreider overzicht van de concrete activiteiten waarvoor het VAPH tussenkomt in de aankoop van hulpmiddelen.

[1] Voor personen met een snel degeneratieve aandoening (SDA) voorziet het VAPH een aparte regeling via huurpakketten. Personen met een SDA kunnen dus geen tegemoetkoming krijgen voor de aankoop van hulpmiddelen, maar huren een pakket van hulpmiddelen. Dit huursysteem moet ervoor zorgen dat deze personen sneller hulpmiddelen kunnen verkrijgen, en deze kunnen inwisselen naarmate hun situatie verandert.

Tabel 2 Activiteitdomeinen waarvoor het VAPH tussenkomt in hulpmiddelen

Activiteiten dagelijks leven	
Activiteiten uitvoeren aan een tafel	Zich kleden
Auditieve waarschuwingssignalen ontvangen	Zich wassen, verzorgd worden of toilet gebruiken
Eten	Zitten
Slapen en liggen	Andere
Transfers uitvoeren	
Communicatie	
Computer, tablet of smartphone bedienen	Praten
Computer-, tablet- of smartphonescherm lezen	Tv kijken
Lezen en schrijven	Telefoneren
Lezen en schrijven, kleine huishoudelijke taken uitvoeren	Andere
Luisteren	
Mobiliteit	
Hoogteverschil overbruggen	Zich verplaatsen met de auto: rolstoel, scooter of fiets meenemen met de auto
Zich stappend verplaatsen	Zich verplaatsen met de auto: andere aanpassingen
Zich verplaatsen met de auto: plaatsnemen in de auto in de rolstoel	Zich verplaatsen met de fiets
Zich verplaatsen met de auto: rijden met de auto	Zich verplaatsen met de manuele rolstoel[2]
Wonen	
Badkamer en slaapkamer gebruiken	Verplaatsingen in, om en rond de woning
Keuken en leefruimte gebruiken	Verplaatsingen in, toegang tot de woning
Omgeving bedienen	Andere
Toilet gebruiken	
Andere domeinen van activiteiten	
Inhoudelijk maken van de leerstof	Andere
Les volgen in gewoon onderwijs	

Bron: van de auteurs, op basis van (VAPH, 2024k)

2 Vanaf 2026 zullen de hulpmiddelen die onder dit domein resulteren [met uitzondering van de rolstoelhulpmotor voor de begeleider] onder de bevoegdheid van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) vallen.

2.2.2 Wie?

Om recht te hebben op een tegemoetkoming voor hulpmiddelen, moet de aanvrager voldoen aan een aantal voorwaarden (VAPH, 2024l). De persoon moet ten eerste door het VAPH erkend zijn als persoon met een handicap. Daarnaast moet hij/zij/hun in Vlaanderen of Brussel-Hoofdstad wonen. Tot slot vereist de regelgeving dat de persoon op het moment dat hij/zij/hun de eerste keer ondersteuning aanvraagt bij het VAPH, jonger is dan 65 jaar. In de volgende sub-paragrafen gaan we dieper in op elk van deze voorwaarden.

2.2.2.1 Erkenning als persoon met een handicap

Zoals reeds vermeld, moet de persoon door het VAPH erkend zijn als persoon met een handicap om recht te hebben op een tegemoetkoming voor zijn hulpmiddelen. Het VAPH omschrijft een handicap als *"elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren."* (VAPH, 2024d).

Uit deze definitie wordt duidelijk dat een bepaalde aandoening of stoornis hebben niet gelijkstaat met de erkenning als een personen met een handicap. Over een specifieke diagnose beschikken is nodig, maar is op zichzelf onvoldoende om te voldoen aan de definitie die het VAPH hanteert. Deze is immers globaler, en vormt de combinatie van drie begrippen: (1) stoornis, (2) beperkingen en (3) maatschappelijk participatieprobleem (zie ook Tabel 3). Het VAPH werkt dan ook niet met een lijst van erkende aandoeningen of stoornissen, maar laat de erkenning afhangen van een inschatting van de impact van de stoornis op de maatschappelijke participatie. Deze inschatting baseert zich op heel wat verschillende aspecten, en vraagt daarom om een multidisciplinaire benadering.

Tabel 3 Onderscheid stoornis-beperking-maatschappelijk participatieprobleem

Begrip	**Omschrijving**	**Op zichzelf onvoldoende omdat …**
Stoornis	Afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen (ten gevolge van een ziekte, ongeval …)	alles afhangt van de impact van de stoornis op de maatschappelijke participatie
Beperkingen	Moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten als gevolg van een stoornis	beperkingen langdurig (chronisch of definitief) en belangrijk (nood aan bijzondere ondersteuning of bijzondere omkadering) moeten zijn
Maatschappelijk participatieprobleem	De sociale dimensie van de begrippen stoornissen en beperkingen: de problemen die iemand heeft bij het deelnemen aan het maatschappelijk leven	maatschappelijke participatieproblemen kunnen ook afhangen van leeftijd, omgevingsfactoren …

Bron: Van de auteurs, gebaseerd op (VAPH, 2024d)

Het multidisciplinair team (MDT) vult tezamen met de persoon in kwestie de nodige verslagen in ('module A') . Doorheen dit proces schatten de leden van het MDT in of de persoon voldoet aan de erkenningsvoorwaarden als persoon met een handicap. (VAPH, 2024i)

Op basis van dit verslag oordeelt de Vlaamse Toeleidingscommissie (VTC) over de erkenning van de handicap.

Indien een persoon met meerdere types van beperkingen (bv. auditief, visueel, verstandelijk) kampt, dient hij voor ieder type apart erkend te worden.

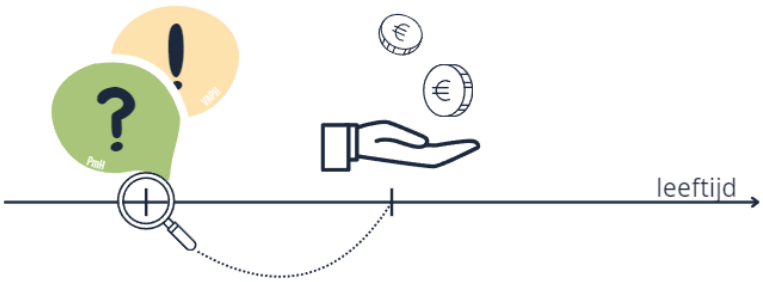
2.2.2.2 Wonende te Vlaanderen of Brussel-Hoofdstad

De voorwaarde dat de persoon in Vlaanderen of Brussel-Hoofdstad woont omvat drie componenten. De persoon moet al vijf jaar ononderbroken[3] in België gewoond hebben ('voorwaarde van voorafgaand verblijf') en ingeschreven zijn in het bevolkingsregister of vreemdelingenregister en effectief verblijven in Vlaanderen of Brussel-Hoofdstad (VAPH, 2024l).

2.2.2.3 Leeftijdsgrens

Het VAPH hanteert een leeftijdsgrens voor het aanvragen van tegemoetkomingen voor hulpmiddelen. Daarvoor kijkt men naar de leeftijd van de persoon op het moment dat hij/zij/hun voor de eerste keer ondersteuning (financieel of een erkenning als PmH) vroeg aan het VAPH (VAPH, 2024g, art. 5 uit het besluit van 2001 (Vlaamse Overheid, 2001)). Personen die op dat moment jongeren waren dan 65 jaar, kunnen hun hele leven lang (dus ongeacht hun huidige leeftijd) aanspraak maken op tegemoetkomingen voor hulpmiddelen[4]. Personen die op het moment van de eerste vraag naar ondersteuning reeds 65 jaar of ouder waren, voldoen niet aan de voorwaarde.

Figuur 2 Bepaling voldaan aan leeftijdsgrens: Bepaling voldaan aan leeftijdsgrens



Bron: van de auteurs

2.2.3 Hoeveel?

De tegemoetkoming voor hulpmiddelen houdt in dat het VAPH het overgrote deel van de aankoopprijs van het hulpmiddel betaalt. Ze hanteert hiervoor het meerkostprincipe, de extra kosten die een persoon met een handicap moet maken in vergelijking met een persoon zonder handicap (in gelijkaardige omstandigheden) (VAPH, 2024l, 2024f). Daarnaast worden ook onderhouds- en herstellingkosten[5] voorzien.

3 Wordt hiermee gelijkgesteld: in de loop van je leven 10 jaar in België gewoond hebben. Dit hoeft niet ononderbroken te zijn.

4 Die gelinkt zijn aan het type beperking waarvoor de persoon erkend is als persoon met een handicap.

5 De frequentie waarmee deze aangevraagd kunnen worden, is ook vastgelegd in de refertelijst.

De exacte hoogte van de tegemoetkoming hangt af van het specifieke hulpmiddel. De meest aangevraagde hulpmiddelen zijn opgenomen in een refertelijst (VAPH, 2024k, 2024j). Voor deze hulpmiddelen legde men het maximumbedrag van de tegemoetkoming reeds vast. Ieder hulpmiddel beschikt over een eigen fiche met daarin info over de aard en het gebruik van het hulpmiddel, de type doelgroep en de situaties waarin het gebruikt kan worden en de refertetermijn (tijd die verstreken moet zijn vooraleer de persoon voor eenzelfde hulpmiddel een nieuwe aanvraag mag doen).

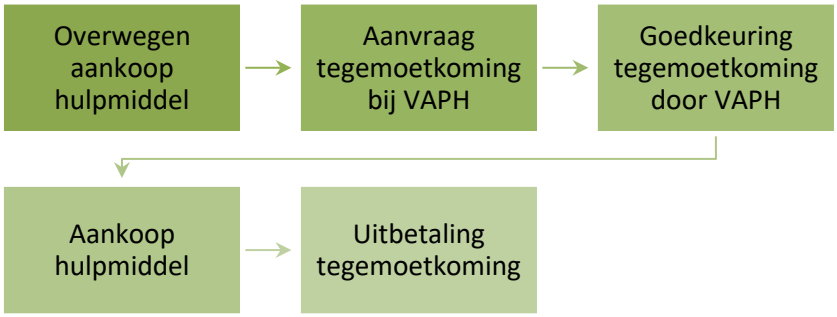
Naast deze hulpmiddelen uit de refertelijst bestaan er ook tegemoetkomingen voor innovatieve en bijzondere hulpmiddelen (VAPH, 2024l). Deze hulpmiddelen zijn innovatief of worden weinig aangevraagd, maar kunnen, aan de hand van een offerte of factuur en een goede motivering, via de bijzondere bijstandscommissie (BBC) aangevraagd worden (hoofdstuk 7 van besluit van 2001 (Vlaamse Overheid, 2001)).

Eenzelfde hulpmiddel of aanpassing kan niet meerdere keren vergoed worden. Daarom ontvangt de aanvrager geen (volledige) tegemoetkoming wanneer er vanuit andere sectoren een tegemoetkoming wordt voorzien. Zo komen 65-plussers die recht hebben op een tegemoetkoming voor hulpmiddelen mogelijk ook in aanmerking voor een Vlaamse aanpassingspremie wanneer ze aanpassingen doen aan hun woning. Het VAPH houdt in die gevallen de aanpassingspremie af bij de uitbetaling, ongeacht of de premie ook effectief werd aangevraagd. Daarbij aansluitend betaalt het VAPH geen hulpmiddelen in functie van werk of onderwijs terug[6] (VAPH, 2024l).

2.2.4 Hoe?

Een persoon die een tegemoetkoming voor een hulpmiddel of aanpassing aanvraagt, moet op een aantal momenten de nodige stappen ondernemen en de gevraagde informatie bezorgen (VAPH, 2024f). Figuur 3 geeft deze visueel weer. De volgorde van de specifieke stappen kan in bepaalde gevallen afwijken (zie 2.4.5).

Figuur 3 Stappen van aanvraag tot uitbetaling tegemoetkoming



Bron: van de auteurs, op basis van (VAPH, 2024f)

6 Individueel vervoer - en verblijfkosten voor personen met een handicap die les volgen in het gewoon onderwijs worden niet door het departement Onderwijs opgenomen, en worden dus wel opgenomen als tegemoetkoming door het VAPH. Ook pedagogische hulp bij hoger beroepsonderwijs, hoger onderwijs of volwassenenonderwijs wordt niet door het departement Onderwijs opgenomen en wordt wel opgenomen als tegemoetkoming door het VAPH. (Tastbare) hulpmiddelen voor onderwijs vallen daarentegen onder de bevoegdheden van het departement bevoegd voor onderwijs.

2.2.4.1 Overweegt om een hulpmiddel aan te kopen

Wanneer een persoon met een handicap in het dagelijkse leven merkt dat bepaalde activiteiten moeilijk verlopen, kan hij/zij/hun ervoor opteren om een hulpmiddel aan te kopen.

2.2.4.2 Aanvraag tegemoetkoming bij VAPH

Idealiter wordt de tegemoetkoming aangevraagd voordat er over wordt gegaan tot de aankoop. Afhankelijk van enkele factoren verloopt de aanvraag ofwel via het multidisciplinair team, ofwel via een vereenvoudigde aanvraag (zie ook Figuur 4) (VAPH, 2024a).

Figuur 4 Beslissingsboom manier van aanvraag tegemoetkoming: Beslissingsboom manier van aanvraag tegemoetkoming



Bron: van de auteurs, op basis van (VAPH, 2024a)

2.2.4.3 Aanvraag via het multidisciplinair team

Wanneer de aanvrager nog niet erkend is als persoon met een handicap, of het de eerste vraag is voor tegemoetkomingen voor hulpmiddelen, moet de aanvraag via een multidisciplinair team gebeuren.

In een eerste stap vult de aanvrager het aanvraagformulier in en bezorgt het, via het e-loket of per post, aan het VAPH. Nadien contacteert hij/zij/hun een multidisciplinair team (MDT) dat gespecialiseerd is in hulpmiddelen of huurpakketten. Dit team bestaat minstens uit een arts, een psycholoog/pedagoog, een persoon uit een sociale discipline en een hulpmiddelendeskundige[7] (VAPH, 2024g). Tezamen met dat team gaat men na wat de noden aan hulpmiddelen en aanpassingen zijn. Deze worden opgenomen in het adviesverslag (module D) waarin de aanvraag voor hulpmiddelen wordt gemotiveerd. Men schetst hierin een globaal beeld van de beperkingen en de mogelijkheden van de aanvrager en de situaties/ activiteiten waarvoor hij/zij/hun het hulpmiddel nodig heeft. Dit verslag wordt aan het VAPH bezorgd (VAPH, 2024c).

7 Een gedetailleerdere beschrijving van de professionals die hiervoor in aanmerking komen, kan teruggevonden worden op https://www.vaph.be/professionelen/mdt/mdv/modules/ondertekening-modules

Vereenvoudigde aanvraag

Van zodra er in het verleden al een tegemoetkoming voor een gelijkaardig hulpmiddel is aangevraagd, en het VAPH dus beschikt over een adviesrapport, verlopen de aanvragen vaak via een vereenvoudigde aanvraag. De persoon met een handicap kan dan op een relatief eenvoudige wijze zelf de tegemoetkoming aanvragen (VAPH, 2024b).

De vereenvoudigde aanvraag kan in heel wat situaties gebruikt worden. Bijlage 1 geeft hiervan een schematisch overzicht.

2.2.4.4 Goedkeuring van de tegemoetkoming door het VAPH

Van zodra het VAPH beslist heeft of het hulpmiddel voor de persoon in kwestie wordt terugbetaald, ontvangt de persoon met een handicap hierrond een beslissingsbrief. Deze brief vermeldt zowel het bedrag van de vergoeding als onderhouds- en herstellingskosten. Daarnaast wordt ook de geldigheidsduur van de toegekende tegemoetkomingen en de datum vanaf wanneer facturen in aanmerking komen voor terugbetaling vermeld.

2.2.4.5 Aankoop hulpmiddel

Op het moment dat de persoon overgaat tot de aankoop van het hulpmiddel (in de meeste gevallen[8] binnen de 2 jaar na de beslissing van het VAPH), betaalt hij in normale omstandigheden de factuur eerst zelf. Hij/zij/hun bezorgt het aankoopbewijs nadien aan het VAPH. Dit aankoopbewijs moet voldoende gedetailleerd zijn. De aanvrager moet binnen de 12 maanden na factuurdatum de nodige bewijzen aan het VAPH bezorgen (VAPH, 2024f).

2.2.4.6 Uitbetaling tegemoetkoming

Van zodra het VAPH de nodige betalingsbewijzen ontvangen heeft, gaat zij over tot terugbetaling van de kosten voor het hulpmiddel. Wanneer de aanvrager dit wenst, kan er echter ook gebruikgemaakt worden van een 'derdebetalersregeling' waarbij het VAPH in de plaats van de aanvrager de factuur rechtstreeks aan de leverancier betaalt (VAPH, 2024f).

2.3 Tegemoetkomingen vanuit andere departementen en sectoren

Naast de tegemoetkomingen die het VAPH uitkeert, worden er vanuit andere departementen en sectoren ook tegemoetkomingen voor hulpmiddelen en aanpassingen voorzien. Deze worden in dit hoofdstuk meegenomen omdat zij mogelijk een deel van de noden aan hulpmiddelen en aanpassingen voor 65-plussers met een handicap reeds (kunnen) opvangen. Op het Vlaamse niveau gaat het over: (a) tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen, (b) de Vlaamse aanpassingspremie, (c) tegemoetkomingen voor hulpmiddelen in functie van werk, en (d) tegemoetkomingen voor hulpmiddelen in functie van onderwijs. Ook op federaal niveau, vanuit het RIZIV, worden relevante tegemoetkomingen zoals het incontinentieforfait voorzien.

8 Bij woningaanpassingen heeft men 4 jaar de tijd om tot een aankoop over te gaan. Beslissingen rond tegemoetkomingen voor vervoers- of verblijfkosten blijft de beslissing geldig tot de leerling of student overgaat naar een ander onderwijsniveau.

2.3.1 Tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen

De Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) staat in voor tegemoetkomingen voor mobiliteitshulpmiddelen. Deze categorie van hulpmiddelen omvat manuele en elektronische rolstoelen, elektronische scooters, drie- of vierwielfietsen, zitdriewielfietsen, loophulpmiddelen en sta-systemen[9]. Ook aanpassingen aan hulpmiddelen of op maat gemaakte mobiliteitshulpmiddelen worden, onder bepaalde voorwaarden, vergoed.

De VSB hanteert andere voorwaarden bij het toekennen van de tegemoetkomingen. Ten eerste dient een arts of rolstoeladviesteam vast te stellen of de aanvrager in aanmerking komt voor een mobiliteitshulpmiddel[10]. Zij bepalen met andere woorden of de persoon een mobiliteitsbeperking heeft die het gevolg is van een fysieke, mentale, cognitieve of psychologische stoornis en welk type van mobiliteitshulpmiddel hiervoor het meest geschikt is.

Naast de medische voorwaarde moet de aanvrager ook aangesloten zijn bij de Vlaamse Sociale Bescherming. Hij/zij/hun moet -vanaf de leeftijd van 26 jaar-een jaarlijkse zorgpremie betalen aan een zorgkas.

Indien een persoon aan bovenstaande voorwaarden voldoet, heeft hij/zij/hun recht op een tegemoetkoming voor mobiliteitshulpmiddelen. Men werkt hier dus niet met een leeftijdsgrens.

De tegemoetkoming kan twee vormen aannemen: kopen of huren. In bepaalde situaties verkiest de VSB immers dat het hulpmiddel gehuurd wordt in plaats van aangekocht:

- Aanvrager is ouder dan 85 jaar en woont nog thuis
- Aanvrager verblijft in een woonzorgcentrum
- Aanvrager heeft het palliatief statuut
- Aanvrager lijdt aan een snel degeneratieve aandoening
- Aanvrager revalideert en moet het hulpmiddel een tijdje testen voor de aankoop

De concrete aanvraagprocedure voor een mobiliteitshulpmiddel is terug te vinden op de website van de VSB. Anders dan bij de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen voor personen met een handicap (van het VAPH), wordt er binnen dit systeem gewerkt met erkende verstrekkers. Personen die een mobiliteitshulpmiddel nodig hebben, kunnen enkel aanspraak maken op een tegemoetkoming van de VSB wanneer zij het hulpmiddel bij een van deze erkende verstrekkers aankopen. Om erkend te worden, moeten deze aanbieders van mobiliteitshulpmiddelen aan bepaalde voorwaarden voldoen (Vlaamse Overheid, 2024a).

9 Men kan ook mobiliteitshulpmiddelen voorstellen die niet op de officiële lijst staan. Hiervoor moet de verstrekker een uitgebreidere aanvraag en controle uitvoeren.

10 In de volgende situaties kan er (nog) geen mobiliteitshulpmiddel aangevraagd worden: (a) bij een verblijf in een algemeen of revalidatieziekenhuis, (b) zolang een persoon in de gevangenis verblijft, (c)

2.3.2 Vlaamse aanpassingspremie

Ook binnen het Departement Wonen zijn er maatregelen rond inclusie in voege. Zo kunnen 65-plussers (zowel met als zonder handicap) met een beperkt inkomen die hun woning (gelegen in Vlaanderen) uitrusten met een technische installatie of hulpmiddel of die verbouwingen uitvoeren om de toegankelijkheid van hun woning te bevorderen, een aanpassingspremie ontvangen (Vlaamse overheid, 2024).

Net als bij de andere tussenkomsten gelden er voorwaarden. Ten eerste kijkt men naar de eigendom van de woning. De aanvrager doet ofwel aanpassingen aan zijn eigen woning, een woning die hij op de private markt huurt voor minstens 3 jaar, de woning van een 65-plusser met wie de aanvrager samenwoont en met wie hij bloed- of aanverwant is tot de tweede graad, ofwel aan de woning die de aanvrager voor minstens 9 jaar verhuurt aan een woonmaatschappij.

Daarnaast geldt er een inkomensgrens. In 2025 ligt die grens op:

- € 38 490 voor een alleenstaande
- € 53 880 euro voor een 65-plusser met een persoon ten laste, te verhogen met € 4 320 per bijkomende persoon ten laste
- € 53 880 voor koppels, te verhogen met € 4 320 euro per bijkomende persoon ten laste

Daarbij aansluitend mag de aanvrager geen andere woning(en) in volle eigendom hebben.

Ten derde houdt men bij het bepalen van de premie rekening met de kosten van de uitgevoerde werken. De volgende werken kunnen in rekening genomen worden:

- Categorie 1: aanpassingen van de technische installatie of sanitaire voorzieningen
    - Een aangepaste badkamer (met min. een douche en een wastafel)
    - Een toilet en zo nodig een toilet op een andere woonverdieping dan het eerste toilet
    - Een traplift of rolstoelplateaulift
    - Elektro-mechanische hulpmiddelen om zich te verplaatsen in de woning die vastzitten aan het gebouw
    - Handgrepen en steunmiddelen in badkamer of toilet
    - De automatisering van de bestaande toegangsdeur, garagepoort of rolluiken
- Categorie 2: Aanpassingen die de toegankelijkheid van de woning verbeteren:
    - Het aanbrengen van hellende vlakken, het verbreden van de toegangsdeur en het wegwerken van hinderlijke toegangsdrempels
    - De verbreding van gangen of deuren of de vergroting of herschikking van woonvertrekken en sanitaire lokalen om meer ruimte te creëren in de woning
    - De verhoging of verlaging van vloeren om niveauverschillen weg te werken
    - De plaatsing van veilige binnentrappen
    - Verbouwings- of aanpassingswerken om in de bestaande woning een ruimte in te richten waarin de 65-plusser zelfstandig en afzonderlijk kan leven

De kostprijs van de werken moet minstens € 1 200 zijn (inclusief btw). De aanvrager krijgt 50% van deze kosten als premie uitgekeerd, met een plafond van € 1 250.

Anders dan bij de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen en aanpassingen, wordt de aanvraag voor de aanpassingspremie pas gedaan nadat de werken zijn uitgevoerd en gefactureerd. Tot maximaal twee jaar na de factuurdatum kan een aanvraagformulier, met facturen bijgevoegd, ingediend worden. Daarnaast kan men in een periode van 10 jaar maximaal twee aanvragen indienen. Deze aanvragen mogen echter niet van dezelfde categorie zijn.

2.3.3 Tegemoetkomingen voor hulpmiddelen i.f.v. werk

Een derde alternatief voor de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen vanuit het VAPH zijn de tegemoetkomingen die VDAB uitkeert wanneer hulpmiddelen aangekocht worden in functie van werk of wanneer de werkplek aangepast wordt (VDAB, 2024).

Indien een persoon

> (a) door het VAPH erkend is als persoon met een handicap, of
>
> (b) vanuit het VAPH het recht kreeg op een tegemoetkoming voor (1) hulpmiddelen voor privégebruik, (2) vervanging of aanvulling van ledematen, romp, wervelzuil, bekken, gehoor, zicht of spraak, (3) een hulpmiddel en behoort tot een doelgroep waaruit blijkt dat er een grote impact is op het functioneren van de persoon of (4) een doventolk,
>
> (c) op school hulpmiddelen of aanpassingen van de leeromgeving kreeg,
>
> (d) vanuit de federale dienst sociale zekerheid op de zelfredzaamheidsschaal minimum 4 punten bij een auditieve handicap, of minimum 7 punten bij een fysieke of visuele handicap kreeg,
>
> (e) een schriftelijke verklaring van zijn arts kan voorleggen die aangeeft dat de persoon een aandoening heeft die invloed heeft op het functioneren in de job,
>
> (f) omwille van een auditieve beperking buitengewoon onderwijs type 7 of gewoon onderwijs met GON-begeleiding gevolgd heeft, of
>
> (g) van een arts, een door de VDAB aangeduide dienst of arts, een GOB, het KOC, een door KOC erkende expert of revalidatiecentrum een motivering ontving dat hij nood heeft aan hulpmiddelen of een aanpassing van de werkomgeving omwille van een blijvende beperking,

kan hij als werknemer, zelfstandige of stagiair een tegemoetkoming voor arbeidsgereedschap, -kledij en arbeidspostaanpassingen aanvragen (VDAB, 2025)

Aangepast arbeidsgereedschap en/of aangepaste arbeidskledij worden aan de werknemer zelf terugbetaald, zodat hij/zij/hun deze tijdens de gehele loopbaan kan blijven gebruiken. De aankoop- en installatiekosten van aanpassingen aan de werkplek worden daarentegen terugbetaald aan de werkgever of de zelfstandige, aangezien deze niet verplaatst kunnen worden en dus het bezit worden van de werkgever (VDAB, 2024)

Binnen deze regelgeving wordt er geen melding gemaakt van een leeftijdsgrens. Hij is ook van toepassing op personen die na de pensioenleeftijd aan de slag blijven, en/of als flexijobber bijverdienen tijdens hun pensioen.

2.3.4 Tegemoetkomingen voor hulpmiddelen i.f.v. onderwijs

Een laatste groep van Vlaamse tegemoetkomingen zijn de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen in functie van het onderwijs. Deze hulpmiddelen (technische hulpmiddelen en ergonomisch meubilair, omzettingen of aanpassingen van leerboeken of studiemateriaal, tolken voor doven en slechthorenden en kopieën van notities van medeleerlingen; ook wel “speciale onderwijsleermiddelen” genoemd) moeten leerlingen, cursisten en studenten met een functiebeperking helpen om les te volgen in de klas (Onderwijs Vlaanderen, 2025) De regelgeving geldt zowel voor personen in het gewoon basis- of

secundair onderwijs, het hoger onderwijs als het volwassenenonderwijs, met uitzondering van het deeltijds kunstonderwijs. De tegemoetkoming wordt door de school aangevraagd, dewelke beheerder van het hulpmiddel wordt. De cel Speciale Onderwijsleermiddelen blijft echter eigenaar van deze hulpmiddelen (Onderwijs Vlaanderen, 2025).

2.3.4.1 Incontinentieforfait

Naast de tegemoetkomingen vanuit de Vlaamse gemeenschap, bestaan er ook tegemoetkomingen op federaal niveau. Zo voorziet het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) een forfaitair bedrag voor incontinentiemateriaal. Mits de persoon aan bepaalde technische voorwaarden voldoet (zie ook https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/chronische-ziekten /forfait-voor-incontinentie-bij-afhankelijke-personen) en een positief advies van de adviserend arts ontvangt, ontvangt hij/zij/hun een forfaitaire tussenkomst in de kosten van incontinentiemateriaal van maximaal € 630,92 (RIZIV, n.d.).

Hoofdstuk 3
Noden van 65-plussers aan hulpmiddelen

Hoofdstuk 2 geeft een beeld van het huidige hulpmiddelenbeleid. Om stappenplannen naar een toekomstig leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid uit te werken, is het nodig om een inschatting te kunnen maken van hoeveel tegemoetkomingen er bij komen wanneer de leeftijdsgrens opgetrokken of losgelaten wordt (zie ook onderzoeksopzet, hoofdstuk 1). Deze opdracht is tweeledig: (1) we moeten zicht krijgen op het aandeel personen met een handicap bij de 65-plussers en, daarop volgend, (2) nagaan welke hulpmiddelen zij nodig hebben. Op die manier krijgen we zicht op de potentiële begunstigden van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

Gezien het complexe karakter van deze opdracht, verkenden we eerst hoe deze opdracht uitgevoerd kan worden. Deze methodologische verkenning omvatte verschillende stappen: (1) een verkenning van mogelijke gegevens rond 65-plussers met een handicap en hun nood aan hulpmiddelen, (2) een zoektocht naar een methode om de prevalentie van handicaps bij 65-plussers en hun nood aan hulpmiddelen in te schatten, en (3) een zoektocht naar een dataset waarop de gekozen methode op toegepast kan worden.

3.1 Methodologische verkenning

3.1.1 Verkenning mogelijke gegevens rond 65-plussers met een handicap en hun nood aan hulpmiddelen

Een verkenning van de beschikbare administratieve data en gesprekken met experten leren ons dat de benodigde prevalentiecijfers van personen met een handicap bij 65-plussers die vallen binnen de erkenningscriteria van het VAPH niet zomaar beschikbaar zijn. Aangezien de erkenning als persoon met een handicap enkel voor de leeftijd van 65 jaar kan gebeuren, worden beperkingen die na die leeftijd verworven worden, niet systematisch geregistreerd. Zij komen in bepaalde, specifieke bevragingen aan bod, maar worden niet systematisch, voor de ganse bevolking geregistreerd in administratieve data. Daarbij aansluitend worden de noden aan hulpmiddelen voor deze specifieke groep niet voor de ganse populatie bevraagd en/of vastgelegd .

Omwille van het ontbreken van de benodigde cijfers, dienden we zelf op basis van secundaire databronnen een inschatting te maken van het percentage personen met een handicap onder de 65-plussers en de daaruit resulterende nood aan hulpmiddelen.

3.1.2 Zoektocht naar een methode om de prevalentie van handicaps bij 65-plussers en hun nood aan hulpmiddelen in te schatten

In een tweede fase van de methodologische verkenning gingen we na welke strategie toegepast kan worden om een inschatting te krijgen van de prevalentie van 65-plussers met een handicap en hun nood aan hulpmiddelen op basis van secundaire data.

Dit betekent dat we op basis van beschikbare variabelen in bestaande surveys een zo goed mogelijk inschatting hiervan moeten maken, op basis van de definitie van een persoon met een handicap gehanteerd door het VAPH.

Het VAPH baseerde zich voor haar definitie op de omschrijving van de ICF (International Classification of Functioning) die handicap beschrijft als participatieproblemen, "*problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven*". Zulke participatieproblemen kunnen echter ook voortkomen uit leeftijd, omgevingsfactoren … Het VAPH bakent de definitie van de ICF dan ook verder af en omschrijft handicap als "*elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren.*".

Een volgend stap is om aan de hand van variabelen in secundaire datasets (op basis van surveys) te bepalen of een persoon een handicap heeft of niet en valt binnen de erkenningscriteria gehanteerd door het VAPH. Dit is niet eenvoudig. De erkenning als PmH berust immers in realiteit op een inschatting van een multidisciplinair team dat de persoon in kwestie kan spreken en observeren. Er werden echter gevalideerde vragenlijsten ontwikkeld die het mogelijk maken om enkel op basis van cijfergegevens een goede inschatting hiervan te maken. We verkenden deze vragenlijsten en vergeleken ze onderling (zie ook Tabel 4) en zetten ze af ten opzichte van de definitie gehanteerd door het VAPH.

Een aantal internationale onderzoeken maken gebruik van de World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Dit instrument, gebaseerd op de omschrijving van ICF, instrument is ontwikkeld om aan de hand van 12 vragen (zie Box 1) de gezondheid en de beperkingen van een populatie in te schatten. Men kijkt hiervoor naar verschillende aspecten van de gezondheid en verschillende types beperkingen: (a) lichamelijke en zintuiglijke functionele beperkingen, (b) moeilijkheden met persoonlijke verzorging en (c) moeilijkheden met huishoudelijke activiteiten.

Box 1: WHODAS 2.0 vragenlijst

Looking back over the past 30 days, how much difficulty (none, mild, moderate, severe or extreme/cannot do) did you have doing the following activities?

S1: Standing for long periods such as 30 minutes.

S2: Taking care of your household responsibilities?

S3: Learning a new task, for example, learning how to get to a new place

S4: How much of a problem did you have joining in community activities (for example, festivities, religious or other activities) in the same way as anyone else can?

S5: How much have you been emotionally affected by your health problems?

S6: Concentrating on doing something for ten minutes

S7: Walking a long distance such as a kilometre (or equivalent)

S8: Washing you whole body

S9: Getting dressed

S10: Dealing with peiople you do not know

S11: Maintaining a friendship

S12: Your day-to-day work

Berekening:
(scores: “none” = 1 en “extreme”=5)

Simple scoring: alle ingevulde scores opgeteld

Complex scoring: (o.b.v. item-response-theory) houdt rekening met de verschillende domeinen. De scores op ieder domein worden gewogen, om zo een cijfer op 100 te bekomen (0= “no disability” en 100=”full disability) (SPSS Syntax en website beschikbaar)

Een andere set van vragen is de Washington Group Short Set. Dit is een lijst van 6 vragen, ieder gericht op een specifiek type van activiteit, waarbij de respondent moet aangeven in welke mate hij/zij/hun er moeite mee heeft. Box 2 lijst de concrete vragen op (Short Set - The Washington Group on Disability Statistics, n.d.). Een persoon wordt gezien als persoon met een handicap wanneer hij/zij/hun bij minstens één van de items aangeeft veel moeite te ondervinden of het helemaal niet te kunnen doen (Washington Group on Disability Statistics, 2025).

Box 2: Washington Group Short Set

VIS_SS: Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses? Would you say…

No difficulty

Some difficulty

A lot of difficulty

Cannot do at all

HEAR_SS: Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid? Would you say …

No difficulty

Some difficulty

A lot of difficulty

Cannot do at all

MOB_SS: Do you have difficulty walking or climbing up steps? Would you say …

No difficulty

Some difficulty

A lot of difficulty

Cannot do at all

COG_SS: Do you have difficulty remembering or concentrating? Would you say …

No difficulty

Some difficulty

A lot of difficulty

Cannot do at all

SC_SS: Do you have difficulty with self-care, such as washing all over or dressing? Would you say …

No difficulty

Some difficulty

A lot of difficulty

Cannot do at all

COM_SS: Using your usual language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood? Would you say …

No difficulty

Some difficulty

A lot of difficulty

We vergeleken deze vragenlijsten onderling en legden ze langs de definitie zoals ze gehanteerd wordt door het VAPH. Waar de WHODAS 2.0 zowel peilt naar beperkingen en maatschappelijke participatieproblemen zoals deelnemen aan activiteiten of vriendschappen onderhouden, bevat de

WGSS enkel vragen rond moeilijkheden bij het uitvoeren van bepaalde taken en activiteiten. Beiden kunnen echter gebruikt worden om te bevragen of personen beperkingen ervaren. De survey op basis waarvan we de prevalentie willen inschatten, moet dus 1 van deze vragensets bevatten.

Tabel 4 Vergelijking vragensets rond personen met een handicap

Voorwaarde VAPH	WHODAS 2.0	WGSS
Stoornis	Geen specifieke vragen over diagnoses etc.	Geen specifieke vragen over diagnoses of stoornissen.
Beperking	Moeilijkheden bij uitvoeren taken/activiteiten	Moeilijkheden bij uitvoeren bepaalde taken/activiteiten
Maatschappelijk participatieprobleem	Moeilijkheden bij deelnemen aan activiteiten, vriendschappen onderhouden …	Wordt niet specifiek naar gevraagd.

Eenmaal we zicht hebben op het aandeel 65-plussers met een handicap, willen we vervolgens een inschatting kunnen maken van **de hulpmiddelen die deze groep nodig heeft**. Ook hier zijn geen specifieke administratieve data rond beschikbaar. De secundaire data laten evenmin toe een inschatting hiervan te maken. We zijn daardoor aangewezen op data rond de hulpmiddelen die personen met een handicap jonger dan 65 aanvragen. Het VAPH registreert alle uitgekeerde tegemoetkomingen voor hulpmiddelen, wat ons informatie verschaft over het aantal en het type hulpmiddelen dat bepaalde groepen van personen met een handicap momenteel aanvragen.

Deze informatie is belangrijk, aangezien het tezamen met de prevalentiecijfers een inschatting geeft van het aantal tegemoetkomingen dat erbij zou komen wanneer de leeftijdsgrens losgelaten wordt en wat de budgettaire impact daarvan is.

Een volgende stap is de koppeling maken tussen de data rond de benodigde hulpmiddelen en de data van de survey, die informatie bevat over de prevalentie van personen met een handicap bij 65-plussers.

Om de koppeling te kunnen maken, werkten we met een opdeling in VAPH-doelgroepen, naar type beperking.

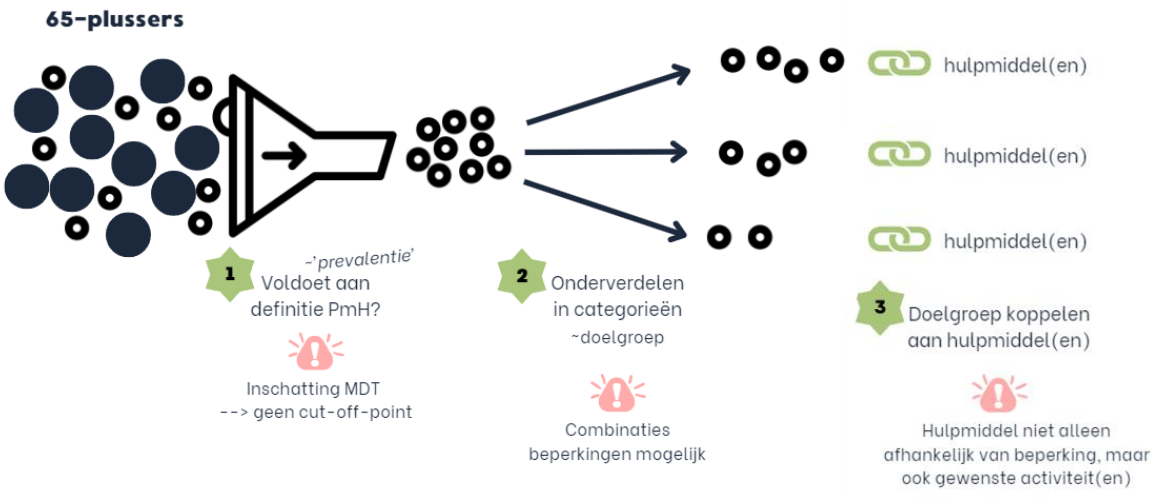
Dit is de opsplitsing die het VAPH in de registraties van de uitgekeerde tegemoetkomingen voor hulpmiddelen maakt. De opdeling in groepen laat op een geaggregeerd niveau toe de administratieve cijfers rond het aantal en type hulpmiddelen per doelgroep van persoon met een handicap die momenteel erkend zijn te koppelen met doelgroepen van personen met een handicap van 65 of ouder zoals we die kunnen detecteren binnen de secundaire datasets. In functie van deze koppeling diende er dan ook in het databestand (survey) rond de prevalentievariabelen bij 65+ gezocht te worden naar de nodige variabelen die het mogelijk maken om binnen de groep van personen met een handicap (bepaald op basis van één van de schalen (zie tabel 4)) ook een opsplitsing te maken tussen:

- slechthorenden met een matig gehoorverlies
- slechthorenden met een ernstig gehoorverlies of doven
- slechtzienden
- blinden
- personen met een matig functieverlies in één of beide bovenste ledematen

- personen met een ernstig functieverlies in één of beide bovenste ledematen
- personen met een volledig functieverlies in één of beide bovenste ledematen
- personen met een matig functieverlies in één of beide onderste ledematen
- personen met een ernstig functieverlies in één of beide onderste ledematen
- personen met een volledig functieverlies in één of beide onderste ledematen
- personen met een matig of ernstig functieverlies in rug, wervelzuil of bekken
- personen met anatomische afwijkingen met impact op functioneel zitten (bovenbeenamputatie, dysmelie, disproportionele dwerggroei ...)
- personen met een ernstig verlies van de inspanningstolerantie
- personen met een verstandelijke handicap
- personen met ernstige stoornissen van de mentale functies
- personen met een ernstige communicatieve beperking

Samengevat identificeerden we dus drie stappen die genomen moeten worden om een zicht te krijgen op de nood van 65-plussers met een handicap aan hulpmiddelen. In een eerste stap moeten we binnen de groep van 65-plussers op zoek naar die personen die, behalve de leeftijdsgrens, aan alle voorwaarden tot erkenning als persoon met een handicap volgens de criteria van het VAPH voldoen. We bekijken hier met andere woorden de prevalentie van handicaps bij personen die ouder zijn dan 65 jaar. Nadien delen we de 65-plussers met een handicap verder op in categorieën, de doelgroepen zoals ze gehanteerd worden door het VAPH bij de registratie van hulpmiddelen. Dit laat toe om in een laatste stap de koppeling te maken met cijfers van het VAPH over het aantal en type hulpmiddelen dat personen die momenteel erkend zijn als persoon met een handicap aanvragen.

Figuur 5 Te verkennen stappen data noden



3.1.3 Dataset waarop de gekozen methode kan worden toegepast

Om de stappen zoals omschreven in Paragraaf 1 te kunnen uitvoeren, moeten we een dataset vinden die voldoet aan de geschetste criteria. We gingen dan ook op zoek naar een dataset die variabelen bevat die het mogelijk maken om voor Vlaanderen en Brussel-Hoofdstad (1) de groep van 65-plussers te isoleren, (2) binnen deze groep uit te maken welke personen een handicap hebben, en (3) verder een

opsplitsing te maken in VAPH-doelgroepen. We zochten online, zowel algemeen als op verschillende wetenschappelijke databanken (Google Scholar, Web of Science) naar mogelijke datasets. Daarnaast gingen we na welke datasets in voorgaand onderzoek werden gebruikt. Tabel 5 geeft een overzicht van de belangrijkste gevonden datasets. We bespreken ieder van deze datasets onder de tabel.

Tabel 5 Overzicht mogelijke datasets

Dataset	**Volledige naam dataset**	**Te behandelen thema's**		
		65-plussers	**Handicap**	**Doelgroepen**
IMA (InterMutualistisch Agentschap, 2025)	Intermutualistisch Agentschap (registraties mutualiteiten)	Niet alle variabelen worden na 65 jaar nog geregistreerd	Enkel of erkenning als PmH (ja/nee) Katz-score voor sommige personen	Niet mogelijk
SHARE (SHARE, 2022)	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe	Geboortejaar en -maand	Beperking in dagelijkse activiteiten	Type activiteit(en) waarbij problemen ondervinden
GBD Database (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021)	Global Burden of Disease database	Leeftijdscategorieën per 5 jaar	Specifieke beperkingen en aandoeningen (niet volledig)	Voor bepaalde specifieke beperkingen
HIS (Eurostat, 2025)	Health Interview Survey ('Gezondheidsenquête' in België)	Leeftijdsgroepen	Indicator voor langdurige beperkingen: vragen uit WGSS	Subvragen rond onderdelen beperking: mobiliteit, visueel, auditief… en zwaarte ervan

*Een uitgebreid overzicht van de concrete variabelen per thema is terug te vinden in Bijlage 2

Er bestaan verschillende mogelijke datasets om onze analyses op uit te voeren, ieder met hun eigen voor- en nadelen. Zo zouden we ervoor kunnen opteren om te werken met data die de mutualiteiten bijhouden rond hun uitgaven (bijvoorbeeld de IMA dataset, (InterMutualistisch Agentschap, 2025)). Dit soort datasets hebben het voordeel dat de volledige populatie opgenomen is. Het grote nadeel is echter dat informatie enkel geregistreerd wordt wanneer het betrekking heeft op verzekerde 'situaties' of wanneer men voldoet aan de specifieke opgelegde voorwaarden, zonder dat de achterliggende informatie bijgehouden wordt. Zo registreert het IMA enkel wie aan de huidige erkenningsvoorwaarden voldoet, zonder dat er iets van achtergrond over de specifieke beperkingen meegenomen wordt. De prevalentie (of een toe- of afname hiervan) hangt dus samen met de gehanteerde voorwaarden.

Dit speelt nog meer bij de groep van 65-plussers, aangezien zij binnen de huidige voorwaarden vaak niet meer voldoen. Daarenboven wordt er in heel wat datasets (en landen) na de pensioenleeftijd geen onderscheid meer gemaakt tussen personen met een pensioen en personen met een tegemoetkoming (o.m. o.w.v. een handicap).

In de andere datasets (Eurostat, 2025; Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021; Sciensano, 2025; SHARE, 2022) wordt de achtergrond bij de (gezondheids)situatie van de persoon wel meegenomen en geregistreerd. In de meeste gevallen wordt echter slechts een deel van de handicap gevat in de survey-vragen. Men polst naar specifieke aandoeningen en beperkingen, of bevraagt enkel de beperkingen bij dagelijkse activiteiten. Hierdoor worden niet alle personen met een handicap gecapteerd.

In dit opzicht sluiten de data vanuit de HIS (Health Interview Survey, (Eurostat, 2025)) het best aan bij de beoogde doelstelling. Deze survey, in België afgenomen door Sciensano, bevat immers gevalideerde vragen rond langdurige beperkingen (op basis van de WGSS) op het vlak van, onder meer, mobiliteit, visuele en auditieve beperkingen en de zwaarte ervan. In het vervolg van dit hoofdstuk zullen we dus aan de slag gaan met de data van de Gezondheidsenquête 2018, de meest recente beschikbare wave van de Belgische HIS (Sciensano, 2025). We omschrijven hoe de drie stappen uit Figuur 5 concreet vorm kregen en welke variabelen daarvoor gebruikt werden.

3.2 De gekozen strategie

3.2.1 Gezondheidsenquête: een algemene beschrijving

De Gezondheidsenquête 2018 is een enquête die in heel België afgenomen wordt door Sciensano. Aan de hand van deze bevraging wil men ontbrekende informatie verzamelen over de gezondheidstoestand van de bevolking en de behoefte aan gezondheidszorg.

Deelname aan de enquête gebeurt op vrijwillige basis, maar niet iedereen kan zomaar deelnemen. Om tot een representatieve steekproef te komen, contacteerden de onderzoekers immers specifieke huishoudens. Men vertrok hierbij vanuit het Rijksregister, waardoor (bijna) alle personen die in België verblijven in aanmerking konden komen, ongeacht leeftijd, nationaliteit of verblijfsstatus. Enkel zij die in een gevangenis, een religieuze gemeenschap met meer dan 8 personen of in een instelling -met uitzondering van de bewoners van een rusthuis of een rust- en verzorgingstehuis (RVT)- verblijven, werden uitgesloten van de bevraging.

In totaal namen 11 611 personen deel aan de gezondheidsenquête 2018. Zij werden eerst geïnterviewd, waarna zij een vragenlijst invulden rond meer delicate onderwerpen (zoals seksuele handelingen en drugsgebruik).

Tabel 6 Kenmerken van de respondenten van de Gezondheidsenquête 2018 (n=11611)

Kenmerk	Aantal	Percentage van de respondenten
Totaal aantal respondenten	**11611**	**100%**
Leeftijd		
0-14 jaar	1858	16,0
15-24 jaar	1059	6,1
25-34 jaar	1338	11,5
35-44 jaar	1578	13,6
45-54 jaar	1725	14,7
55-64 jaar	1670	14,4
65-74 jaar	1289	11,1
75+	1094	9,4
Regio		
Vlaams Gewest	4296	37,0
Brussels Gewest	3099	26,7
Waals Gewest	3288	28,3
Duitstalige Gemeenschap	928	8,0
Nationaliteit		
Belg	9761	84,1
Andere nationaliteit, EU-lidstaat	1184	10,2
Andere nationaliteit, niet-EU	661	5,7
Wijze interview		
Interview afgenomen bij ‘plaatsvervanger’ (proxy)	2771	23,9

Bron: van de auteurs, op basis van (Demarest et al., 2019)

Zoals Tabel 6 duidelijk maakt, maken ook minderjarigen onderdeel uit van de Gezondheidsenquête. Personen jonger dan 15 jaar moesten de interviewer niet zelf te woord staan, een ouder antwoordde in naam van zijn/haar kind. Ook personen die omwille van ziekte of psychische beperkingen niet zelf konden antwoorden, oudere personen die verbleven in een instelling en personen die voor een lange tijd afwezig waren, konden gebruik maken van een zogenaamde “proxy”. In totaal maakten 2771 personen hier gebruik van (waarvan 1855 jonger dan 15 jaar).

Tabel 6 maakt het tevens mogelijk om de representativiteit van de respons na te gaan. Omwille van verschillende redenen, zijn bepaalde leeftijdscategorieën onder- of oververtegenwoordigd in de dataset. De toekenning van gewichten[11] aan de verschillende respondenten maakt het echter mogelijk om te spreken van een *"weerspiegeling van de reële samenstelling van de bevolking in België"* (Demarest et al., 2019, p. 18).

Samenvattend, de Gezondheidsenquête voldoet aan de nodige voorwaarden om een inschatting te maken van de prevalentie van personen met een handicap bij de 65-plussers in Vlaanderen en het BHG en hun specifieke ondersteuningsnoden.

3.2.2 Selectie van de respondenten

Een volgende stap in de analyses is het selecteren van respondenten uit de Gezondheidsenquête die voldoen aan de inclusiecriteria. In de secties hieronder beschrijven we welke variabelen we concreet gebruikten om stappen één, twee en drie te zetten.

3.2.2.1 65-plussers in de Gezondheidsenquête

De leeftijd van de respondenten van de Gezondheidsenquête 2018 varieert van 0 tot 100+. Aan de hand van de variabele 'HC_01' konden we een onderscheid maken tussen de respondenten jonger dan 65 jaar, en zij die 65 of ouder waren.

In een tweede stap verdeelden we de 65-plussers nog verder onder in leeftijdscategorieën. De gehanteerde opdeling verschilt echter naar het type analyse. Voor de beschrijvende statistieken werkten we met leeftijdscategorieën van vijf jaar. De aantallen waarop deze beschrijvende statistieken zijn gebaseerd, zijn echter relatief klein, waardoor we voor de berekening van de prevalentiecijfers per leeftijdsgroep grotere groepen hanteerden. Op basis van de reële bevolkingscijfers in 2018, met een betrouwbaarheid van 95% en een foutmarge van 5%, bepaalden we de minimale grootte van de respons om representatieve cijfers apart per leeftijdsgroep te kunnen hanteren. Dit leidde tot een opsplitsing van de 65-plussers in drie leeftijdscategorieën: (1) 65 jaar tot en met 70 jaar (n=496), (2) 71 tot en met 78 jaar (n=476) en (3) 79 jaar en ouder (n=401). Voor deze drie groepen kunnen we met 95% betrouwbaarheid en een foutmarge van maximum 5% uitspraken doen, dewelke van toepassing zijn op de gehele bevolking behorende tot deze leeftijdscategorie.

3.2.2.2 Personen met een handicap in de Gezondheidsenquête

In de Gezondheidsenquête worden verschillende vragen gesteld rond specifieke beperkingen. We vergeleken deze vragen met de Engelstalige versie van de HIS en de gevalideerde vragenlijst van de Washington Group Short Set (zie ook Bijlage 3). Daaruit werd duidelijk dat de vragen uit de Gezondheidsenquête de verschillende items van de Washington Group Short Set coveren. De Gezondheidsenquête gaat zelfs nog een stap verder, en gaat meer in detail in op de beperkingen. De vragen uit de Gezondheidsenquête kunnen dus gebruikt worden om het concept 'persoon met een handicap', zoals omschreven door het VAPH, te vatten.

11 Bij de berekening van de gewichten werden de volgende aspecten in rekening gebracht: (1) de selectiekans binnen het huishouden, (2) de verdeling van de steekproef volgens geslacht, leeftijd, huishoudgrootte en provincie, (3) het trimester waarin het interview werd afgenomen. (Demarest et al., 2019)

3.2.2.3 Doelgroepen binnen de PmH in de Gezondheidsenquête

De vragen die gesteld worden in de Gezondheidsenquête maken het eveneens mogelijk om de 65-plussers met een handicap verder op te splitsen in doelgroepen. De doelgroepen die het VAPH hanteert worden niet helemaal gevat vanuit de vragen uit de enquête, maar de vragen maken het wel mogelijk om een goede inschatting te maken. In nauw overleg met experten van het VAPH vatten we de omschrijving van de verschillende doelgroepen in variabelen uit de Gezondheidsenquête. Bijlage 4 geeft een overzicht van de gebruikte variabelen en waardes. Deze 'definities' werden op zowel de groep van 65-plussers als op de jongere respondenten toegepast.

Vanuit het overleg met het VAPH werd tevens geopteerd om stappen 2 en 3 uit Figuur 5 tezamen uit te voeren. Of beter gezegd: om de 65-plussers eerst op te splitsen in doelgroepen en het totale aandeel personen met een handicap te bepalen op basis van het al dan niet behoren tot één of meerdere van deze doelgroepen.

3.3 De noden van 65-plussers met een handicap

De data uit de Gezondheidsenquête 2018 laten toe een inschatting te maken van het aandeel 65-plussers met een handicap en hun mogelijke noden aan hulpmiddelen. We geven in deze sectie eerst een overzicht van de ruwe cijfers waarna we deze verder interpreteren, om zo te komen tot de effectieve prevalentiecijfers per doelgroep.

3.3.1 De cijfers met betrekking tot de noden van 65-plussers met een handicap

In dit hoofdstuk bekijken we eerst de situatie en de noden van de 65-plussers in het algemeen. Nadien zoomen we dieper in op de 65-plussers die tot één van doelgroepen van het VAPH behoren. We analyseren het aandeel personen met een beperking en bekijken de verdeling naar type beperking. Dit aandeel hebben we immers nodig om de budgettaire impact van bepaalde scenario's te kunnen schatten (zie hoofdstuk 5).

3.3.1.1 De 65-plussers

In 2018 namen in totaal 11 611 personen deel aan de Gezondheidsenquête. Aangezien we binnen dit onderzoek werken rond het Vlaamse beleid, nemen we in wat volgt enkel de respondenten wonend in Vlaanderen (inclusief Brussel-Hoofdstad, zie ook Hoofdstuk 2 2.2.2) in rekening. Daarnaast kijken we enkel naar diegene die (nog) thuis wonen. Personen die in een woonzorgcentrum of andere voorziening wonen, hebben namelijk slechts in bepaalde gevallen recht op de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen. In totaal waren er in 2018 7 203 respondenten die aan de criteria voldoen. Tabel 7 geeft de leeftijdsverdeling binnen deze groep. 19,1% van hen was op het moment van de bevraging 65 jaar of ouder. In het vervolg van dit hoofdstuk bekijken we deze groep meer in detail. We vergelijken hun situatie met de situatie van de jongere respondenten en delen de 65-plussers verder op in leeftijdscategorieën.

Tabel 7 Leeftijdsverdeling van de deelnemers aan de Gezondheidsenquêtes (naar jaartal/leeftijd)

Jaar survey	<65 jaar	65 en ouder	Totaal
1997	5463	1124	6587
2001	5830	1204	7034
2004	5713	1948	7661
2008	5378	1525	6903
2013	5337	1081	6418
2018	5830	1373	7203
Totaal	33551	8255	41806

De situatie van de 65-plussers

De Gezondheidsenquête 2018 bevat heel wat informatie over de (gezondheids)situatie van de 65-plussers. Deze maakt het niet alleen mogelijk om te bepalen wie er een beperking heeft (stap 2 uit Figuur 5), het schept ook een ruimer beeld van waar ouderen (65-plussers) moeilijkheden mee ondervinden. Dit geeft een indicatie van de mogelijke impact die bepaalde beleidskeuzes (zie verder in hoofdstukken 4 en 5) zouden hebben.

Om de (gezondheids)situatie van de 65-plussers in perspectief te kunnen plaatsen, vergeleken we deze met de situatie van de respondenten jonger dan 65 jaar. Aangezien een deel van de survey-vragen enkel aan 50-plussers gesteld werden, kunnen we enkel vergelijken met de 50 tot 64-jarigen. We keken hierbij naar de beperkingen die de respondenten ervaren, de moeilijkheden bij dagelijkse activiteiten (ADL) en hun levenskwaliteit. De gerapporteerde significantie-waardes ('p-waardes') geven aan of er significante verschillen bestaan tussen de verschillende leeftijdsgroepen. Over het algemeen hangen heel wat van de behandelde variabelen positief samen met de leeftijd van de respondent. Vijfenzestigplussers rapporteren significant vaker beperkingen en moeilijkheden en een significant slechtere levenskwaliteit (zie ook Tabel 8). De kleurencode (hoe hoger het percentage, hoe donkerder het vakje) in Tabel 9 toont daarnaast aan dat bepaalde activiteiten of taken voor een grotere groep van 65-plussers moeilijkheden opleveren dan anderen taken. Zo rapporteert bijna de helft van de respondenten van 65 jaar of ouder moeilijkheden met horen in een lawaaierige omgeving en het uitvoeren van zwaar huishoudelijk werk.

Tabel 8 Achtergrond respondenten, naar leeftijd (in %; n=7203)

Variabele	Leeftijd				
	<60 (n=1472)	**60 t.e.m. 64** (n=494)	**65 en ouder** (n=1373)	**Gemiddelde (over alle leeftijden)**	**p-waarde**
Vrouw	49,4	49,5	55,1	50,5	<0,001
Woonplaats					
Antwerpen	24,3	26,0	24,2	24,4	<0,001
Vlaams-Brabant	14,3	15,3	14,3	14,3	<0,001
West-Vlaanderen	14,8	16,3	20,5	16,0	<0,001
Oost-Vlaanderen	20,1	19,4	19,7	20,0	<0,001
Limburg	8,7	12,0	10,6	9,3	<0,001
Brussel	17,8	11,0	10,7	16,1	<0,001

Tabel 9 Situatie 65-plussers in vergelijking met de jongere respondenten (n=2924)

Variabele	Leeftijd				
	50 t.e.m. 59 (n=1057)	**60 t.e.m. 64** (n=494)	**65 en ouder** (n=1373)	**Gemiddelde (over alle leeftijden)**	**p-waarde**
Ervaart moeilijkheden (ernstig of volledig onmogelijk) met …					
500m wandelen op vlakke ondergrond (zonder hulpmiddel)	7,6	12,1	28,4	18,14	<0,001
Naar boven wandelen of trappen nemen (zonder hulpmiddel)	10,7	12,3	29,2	19,6	<0,001
Dichtbij zien (met bril of lenzen)	4,9	4,4	10,6	7,5	<0,001
Veraf zien (met bril of lenzen)	20,2	25,4	31,3	28,1	<0,001
Horen in stille ruimte (met hoorapparaat)	4,4	6,5	15	9,7	<0,001
Horen in lawaaierige ruimte (met hoorapparaat)	27,0	28,2	44,9	35,6	<0,001
Herinneren of concentreren	22,3	20,3	33,3	27,1	<0,001
Communiceren: verstaanbaar maken en anderen verstaan	3,5	2,3	8	5,4	<0,001
Harde zaken bijten	10,9	16	29,2	20,4	<0,001
Hulp nodig bij uitvoeren taken voor persoonlijke verzorging	17,8	22,6	19,6	19,6	<0,001

Moeilijkheden met activiteiten voor dagelijks leven (ADL)					
Koken	5,3	4,7	14,1	9,2	<0,001
Bellen	1,1	1,6	8,1	4,5	<0,001
Inkopen doen	6,8	5,7	20,2	12,9	<0,001
Medicatie beheren	1,9	2,4	9,4	5,6	<0,001
Licht huishoudelijk werk	7,1	7,3	18,9	12,6	<0,001
Zwaar huishoudelijk werk	19,0	18,7	47,5	32,1	<0,001
Administratie	4,7	4,7	13,1	8,6	<0,001
Hulp nodig bij uitvoeren huishoudelijke taken	29,2	25,3	17,2	21,3	<0,001
Rapporteert in antwoorden survey …					
Mobiliteitsbeperking	17,3	16,2	37,4	26,2	<0,001
Problemen bij persoonlijke verzorging	5,6	5,8	12,4	8,7	<0,001
Problemen bij uitvoeren van gewoonlijke activiteiten	21,2	14,1	29,5	23,6	<0,001
Pijn of discomfort	60,9	56,7	63,9	61,5	<0,001
Angst of depressie	27,9	24,1	24,1	25,5	<0,001

Naast de vergelijking met de jongere respondenten, bekeken we de groep van 65-plussers ook meer in detail. Gezien het relatief beperkte aantal respondenten per leeftijdsgroep van de 65-plussers, zijn de cijfers niet representatief voor de gehele Vlaamse populatie die tot dezelfde leeftijdsgroep behoort. De cijfers geven wel een beeld van de onderlinge verhouding tussen de verschillende leeftijdsgroepen onder de 65-plussers. De indeling in leeftijdscategorieën van 5 jaar resulteerde in zeer gelijkaardige bevindingen als bij de voorgaande analyses. Ook binnen de groep van 65-plussers neemt de kans op moeilijkheden (vaak) toe met de leeftijd (zie Tabel 10) en verschilt het percentage naargelang de specifieke activiteit.

Tabel 10 Beperkingen naar leeftijd (in %, n=1373)

Variabele	Leeftijd							
	65-69 *(n=417)*	70-74 *(n=369)*	75-79 *(n=237)*	80-84 *(n=188)*	85-89 *(n=115)*	90 en ouder *(n=45)*	Totaal	p-waarde
Moeilijkheden bij …								
500m wandelen op vlakke ondergrond (zonder hulpmiddel)	12,13	18,56	29	44,16	62,1	53,57	28,4	<0,001
Naar boven wandelen of trappen nemen (zonder hulpmiddel)	15,57	19,57	29	42,84	59,11	68,7	29,21	<0,001
Dichtbij zien (met bril of lenzen)	6,31	7,69	9	13,4	23,42	27,78	10,64	<0,001
Veraf zien (met bril of lenzen)	36,73	26,78	17	42,29	32,18	27,77	31,33	<0,001
Horen in stille ruimte (met hoorapparaat)	6,24	9,77	14	24,18	34,91	29,66	14,96	<0,001
Horen in lawaaierige ruimte (met hoorapparaat)	38,65	41,23	43	54,9	51,03	71,11	44,92	<0,001
Herinneren of concentreren	21,1	32,47	37	37,68	44,47	71,25	33,28	<0,001
Communiceren: verstaanbaar maken en anderen verstaan	6,56	6,44	8,8	6,07	12,74	23,34	7,98	<0,001
Harde zaken bijten	15,73	23,2	34	39,36	48,3	60,15	29,25	<0,001

Tabel 11 Moeilijkheden bij ADL naar leeftijd (in %, n=1373)

	Leeftijd							
Moeilijkheden bij…	65-69 *(n=417)*	70-74 *(n=369)*	75-79 *(n=237)*	80-84 *(n=188)*	85-89 *(n=115)*	90 en ouder *(n=45)*	Totaal	p-waarde
Koken	4,44	8,37	16	19,91	32,94	57,29	14,06	<0,001
Telefoneren	6,17	3,9	4,1	11,27	21,62	23,26	8,09	<0,001
Inkopen doen	9,34	10,57	22	25,9	50,26	61,49	20,22	<0,001
Medicatie beheren	3,74	5,78	8,9	12,4	22,36	36	9,4	<0,001<0,001
Licht huishoudelijk werk uitvoeren	6,57	10,61	24	25,39	46,8	57,22	18,93	<0,001
Zwaar huishoudelijk werk uitvoeren	29,26	32,85	50	71,82	83,91	91,59	47,47	<0,001
Financiële en administratieve taken uitvoeren	4,81	7,14	14	22,08	29,07	35,65	13,08	<0,001

Tabel 12 Gerapporteerde moeilijkheden bij 65-plussers (n=1373)

	Leeftijd							
Variabele	65-69 *(n=417)*	70-74 *(n=369)*	75-79 *(n=237)*	80-84 *(n=188)*	85-89 *(n=115)*	90 en ouder *(n=45)*	Totaal	p-waarde
Rapporteert in antwoorden survey …								
Mobiliteitsbeperking	22,05	31,16	37	57,8	59,48	74,3	37,42	<0,001
Problemen bij persoonlijke verzorging	4,15	4,37	14	21,9	30,14	53,9	12,42	<0,001
Problemen bij uitvoeren van gewoonlijke activiteiten	20,32	16,18	29	44,47	59,18	72,86	29,5	<0,001
Pijn of discomfort	57,69	59,57	62	78,51	73,1	73,98	63,91	<0,001
Angst of depressie	19,32	23,19	26	35,71	22,02	9,75	24,09	<0,001

3.3.1.2 Personen met een handicap bij de 65-plussers

De gegevens uit de Gezondheidsenquête gaven ons een goed zicht op de gezondheidssituatie van de 65-plussers. Op basis van de variabelen uit sectie 1.3 bepaalden we tevens wie tot een doelgroep van PmH volgens de definitie van het VAPH behoorde.

In totaal behoort 8.3% van de 65-plussers tot (minstens) één van de doelgroepen van PmH. Tabel 13 geeft een overzicht van de percentages van respondenten die tot een specifieke doelgroep behoren. We vergelijken hier het percentage van de 65-plussers met dat van de jongere leeftijdsgroepen. Bepaalde doelgroepen werden echter berekend op basis van vragen die enkel aan 65-plussers gesteld werden, waardoor de percentages bij de jongere leeftijdsgroepen niet bepaald konden worden.

De analyses leren ons dat de kans om tot een bepaalde doelgroep te behoren significant hoger ligt voor 65-plussers dan voor de andere leeftijdsgroepen. Dit verschil is het grootst bij de visuele en auditieve beperkingen.

Tabel 13 Doelgroepen van personen met een handicap, naar leeftijd (in %, n=2924)

Variabele	50 t.e.m. 60 jaar *(n=1057)*	60 t.e.m. 64 *(n=494)*	65 en ouder *(n=1373)*	Gemiddelde (50 en ouder leeftijden)	Sign. verschillen tussen leeftijdsgroepen
Auditieve beperking	0,6	0,3	3,4	1,9	<0,001
Visuele beperking	1,1	1,1	4,6	2,8	<0,001
Functieverlies in de onderste ledematen	*Niet berekend*	*Niet berekend*	2,3	*Niet berekend*	n.v.t.
Functieverlies in de bovenste ledematen	*0,2*	*0,8*	1,3	*0,8*	<0,001
Ernstig verlies van de inspanningstolerantie	*Niet berekend*	0,0	1,5	*0,7*	<0,001
Verstandelijke of cognitieve beperking	0,0	0,5	0,6	0,4	<0,001
Communicatieve beperking	0,9	0,3	0,4	0,6	<0,001

Bijkomende analyses op de groep van 65-plussers (zie ook Tabel 14) tonen aan dat de vastgestelde correlatie tussen leeftijd en handicap, ook van toepassing is op de groep van 65-plussers. Voor iedere doelgroep van personen met een handicap geldt dat personen van 79 of ouder significant meer kans hebben om tot de doelgroep in kwestie te behoren dan de jongere 65-plussers.

Deze percentages laten toe betrouwbare uitspraken doen over de gehele Vlaamse populatie behorende tot deze leeftijdscategorieën (met een betrouwbaarheid van 95% en een foutmarge van 4,3978% (65-70), 4,4894% (71-78) en 4,8920% (79 en ouder).

Tabel 14 Percentage van de 65-plussers behorende tot een specifieke doelgroep (naar leeftijd, n=1373)

Variabele	65 t.e.m. 70 *(n=496)*	71 t.e.m. 78 *(n=476)*	79 en ouder *(n=401)*	Gemiddelde	Sign. verschillen tussen leeftijdsgroepen
Auditieve beperking	1	2,5	6,7	3,4	<0,001
Visuele beperking	2,7	1,7	9,5	4,6	<0,001
Functieverlies in de onderste ledematen	1,1	1,6	4,1	2,3	<0,001
Functieverlies in de bovenste ledematen	0,2	1,4	2,4	1,3	<0,001
Ernstig verlies van de inspanningstolerantie	0,4	0,9	3,1	1,5	<0,001
Verstandelijke of cognitieve beperking	0,5	0,4	0,9	0,6	<0,001
Communicatieve beperking	0,3	0,4	0,5	0,4	<0,001

De hierboven beschreven prevalentiecijfers vormen de input voor de berekeningen van de budgettaire impact van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

3.3.2 Interpretatie van de cijfers

3.3.2.1 Aanpak

Op basis van de data uit de Gezondheidsenquête 2018 kunnen we een inschatting maken van de prevalentie van verschillende beperkingen onder de groep van 65-plussers. Om vanuit deze prevalentie-cijfers te komen tot de effectieve nood aan hulpmiddelen moeten een aantal aandachtspunten in acht worden genomen. Het hebben van een beperking, op basis van een subjectieve inschatting door de persoon zelf, betekent immers nog niet dat de persoon effectief een nood ervaart aan een hulpmiddel.

Met deze doelstelling voor ogen namen we in maart 2025 14 online diepte-interviews af bij verschillende experten (zie ook Tabel 15). We gingen samen met hen door de cijfers en bespraken, aan de hand van een interviewleidraad (zie bijlage 5) de aandachtspunten die zij aanhaalden. In wat volgt overlopen we de belangrijkste thema's uit deze interviews.

Tabel 15 Respons expertinterviews

Type respondent	**Aantal respondenten**
Academici	1
Beleid	5
Koepelorganisatie (PmH en/of ouderen)	4
Diensten maatschappelijk werk (DMW) & uitleendiensten mutualiteiten	2
Revalidatiecentra	2
TOTAAL	**14**

3.3.2.2 Bevindingen: aandachtspunten bij de interpretatie van de cijfers

Tijdens de expertinterviews werden verschillende thema's aangehaald. We lichten deze in het vervolg van dit hoofdstuk verder toe. We vertrekken hierbij steeds vanuit datgene wat de respondenten aanhaalden. De behandelde thema's zijn dus geen vaststaande feiten, maar een afspiegeling van de input van de respondenten.

De nood aan een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

Ondanks dat we hier niet specifiek naar vroegen, werd doorheen de verschillende interviews meermaals de nood aan een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid benadrukt. Er heerst heel wat onbegrip bij de leeftijdsgrens die momenteel gehanteerd wordt. Ook al kennen de meeste respondenten de ontstaansgeschiedenis van de leeftijdsgrens en de link met het arbeidsmarktbeleid[12], toch voelt het voor hen oneerlijk (en soms zelfs discriminerend) aan. Daarnaast haalden de respondenten verschillende specifieke doelgroepen en situaties aan waarvoor leeftijdsonafhankelijke tegemoetkomingen heel wat noden zouden kunnen inlossen. Het gaat hier onder meer over neurologische aandoeningen zoals Parkinson, waarbij (zoals onderstaand citaat ook aantoont) de diagnose vaak al voor de leeftijd van 65 jaar valt, maar de participatieproblemen (die als voorwaarde gelden voor een erkenning als persoon met een handicap) zich vaak pas enige tijd later manifesteren.

> *[medewerker DMW mutualiteiten]:*
> *"[personen met Parkinson] dat zijn echt wel mensen die op dit moment heel hard uit de boot vallen. Die krijgen de aandoening te horen. Die weten die leeftijdsgrens. Maar er is nu onvoldoende medische verslaggeving om dat te staven, om daar hulpmiddelen aan te koppelen. En dan op 66 jaar zijn die zo achteruit gegaan dat die eigenlijk moeilijkheden hebben. Dus dat is wel echt een doelgroep waarvoor die harde kloof die er nu is, moeilijk te begrijpen is."*
>
> *[medewerker revalidatiecentrum]: "Leeftijd maakt niet of iemand een hulpmiddel nodig heeft of niet."*

In een poging om aan een deel van de noden van 65-plussers tegemoet te komen, verwijzen de respondenten door naar verschillende alternatieve ondersteuningsmogelijkheden. Ze kijken hier vooral naar (a) de mutualiteiten die, vanuit een opdracht uit het woonzorgdecreet, advies verschaffen rond

12 Het hulpmiddelenbeleid vindt zijn oorsprong in de sociale reclassering van minder-validen (Ontstaan En Historiek | VAPH, n.d.). De maatregelen voor personen met een handicap werden ingezet ter bevordering van de arbeidsmarktdeelname van minder-validen. Dit verklaart mee waarom de leeftijdsgrens van 65 wordt gehanteerd.

woningaanpassingen, (b) goedkopere en vaak kleinere hulpmiddelen die zo aangekocht kunnen worden, en (c) zelf in mekaar gezette of ontwikkelde huis-tuin- en keuken-oplossingen.

De respondenten omschrijven deze alternatieve oplossingen als second-best oplossingen. Ze zijn dan ook allemaal voorstander van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Al werd de budgettaire reflex ook meteen gemaakt (zie verder bij impact-workshops).

> *[medewerker koepelorganisatie]:*
> *"Die cijfers stijgen toch wel heel sterk. Dus ik vraag mij af hoe dat dan in de praktijk zou gebracht worden. En wat dat van impact zou hebben financieel. Dat zou sowieso een beetje een bezorgdheid zijn. […] Voor de mensen zou dat heel goed zijn, maar ik weet niet hoe ze dat zouden aanpakken om dat te financieren. […] Het [onderzoek] is heel interessant en belangrijk ook, want het is wel een probleem op dit moment. Het is een hele grote groep die nood heeft aan hulpmiddelen en die op dit moment maar weinig gesubsidieerd wordt. Dus zo dat van: hoe gaat dat in de praktijk dan? Wat gaat er daar verder mee gebeuren?, dat is zo'n beetje de bezorgdheid die ik benoem."*

In dat kader werden doorheen de interviews ook enkele posten aangehaald waarvoor een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid een besparing (afname van de kosten) zou betekenen. De hulpmiddelen zouden volgens de respondenten ouderen in de mogelijkheid stellen om langer thuis te blijven wonen, waardoor er minder druk staat op de woonzorgcentra. Daarnaast neemt het ook druk weg bij de mantelzorgers (zowel fysiek als mentaal) en stijgt het welbevinden van de oudere met een handicap zelf, welke beiden leiden tot minder gezondheidskosten volgens de respondenten.

Behandelde thema's

In het vervolg van het interview gingen we meer in de diepte in op de prevalentiecijfers. We polsten naar de respondenten hun algemene indruk bij de gepresenteerde cijfers en trachtten samen met hen de vertaling te maken naar noden aan hulpmiddelen.

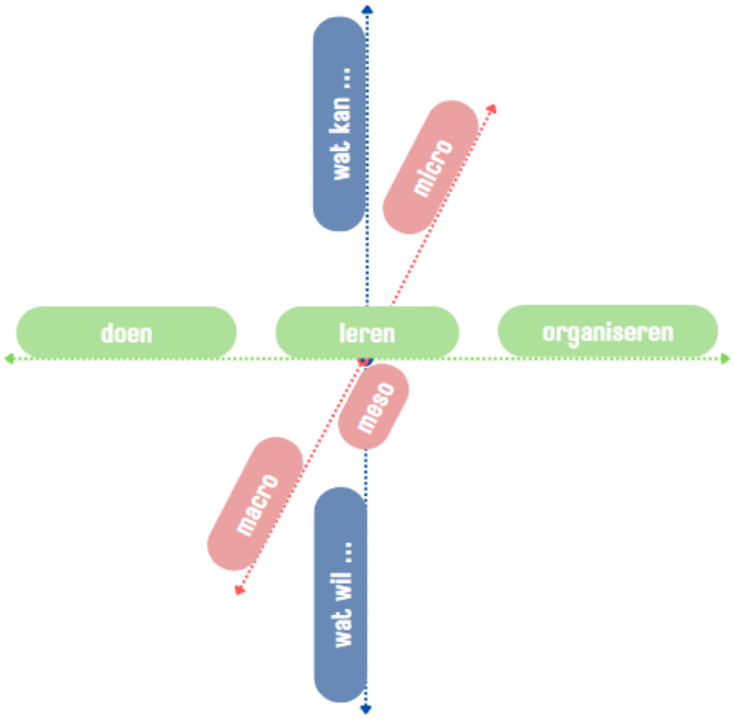
Algemene indruk

De gepresenteerde cijfers waren heel herkenbaar voor de respondenten. De toename van het aandeel beperkingen met de leeftijd komt voor hen niet onverwacht. De beschikbaarheid van concrete prevalentiecijfers heeft desalniettemin een duidelijke meerwaarde, mede als bevestiging van hun buikgevoel.

<u>Van beperkingen naar aangevraagde hulpmiddelen</u>

De vertaling van beperkingen naar effectief aangevraagde hulpmiddelen is geen één-op-één-relatie. Er bestaan heel wat aandachtspunten die in acht genomen moeten worden wanneer we vanuit de prevalentie van beperkingen onder 65-plussers willen bepalen hoeveel en welke hulpmiddelen er door de 65-plussers aangevraagd zullen worden bij een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Doorheen de verschillende interviews kwamen verschillende assen aan bod (zie ook Figuur 5), dewelke tezamen een invloed hebben op de noden van 65-plussers aan hulpmiddelen.

Figuur 5 Assen van aandachtspunten bij de interpretatie van de cijfers rond beperkingen



Bron: van de auteurs

'Wat kan …' vs. 'Wat wil…'

Een eerste belangrijke as is *kunnen* vs. *willen*. *Kunnen* slaat, in dit onderzoek, op '*in de mogelijkheid zijn om'*. Wanneer een persoon niet (meer) in staat is om een bepaalde activiteit uit te voeren, ontstaat mogelijk de nood aan een hulpmiddel. De respondenten (h)erkennen dat de kans op zulke beperkingen toeneemt met de leeftijd. Dit is voor een deel te verklaren door de samenhang van ouderdom en de achteruitgang van de gezondheid. Daarenboven neemt het risico op bepaalde 'schadelijke' gebeurtenissen toe met de leeftijd.

> *[medewerker koepelorganisatie]:*
> *"Problemen stijgen toch met de leeftijd. Al die moeilijkheden, dat neemt toe met de leeftijd. Daar zit een logica in. En ja, het risico op handicap neemt gewoon toe met de leeftijd. Er zullen af en toe versnellingen zijn, denk ik. Als de kans op ongevallen ook door uw activiteiten begint te stijgen, dan stijgen de kansen op letsels en invaliditeit ook. Dus ik viel daar niet van achterover, van die cijfers."*

De relatie tussen ervaren beperkingen en noden aan hulpmiddelen speelt echter niet één-op-één. De respondenten onderstrepen immers het belang van het doelgericht werken. De uiteindelijke noden die een persoon ervaart, hangen namelijk samen met wat een persoon (nog) wil doen. Het participatieprobleem (en de daarmee samenhangende nood) ontstaat pas wanneer een persoon vaststelt dat hij/zij/hun niet in staat is om een activiteit uit te voeren die hij/zij/hun graag zou willen doen.

> *[medewerker revalidatiecentrum]:*
> *"Voor mij is dat doelgerichte zorg toepassen: Wat zijn uw waarden die je wilt nastreven? Waar*

word je gelukkig van? Wat zijn die levensdoelen die daar dan achter zitten en hoe gaan we die zorgdoelen daarop gaan bepalen? En ja, bij de ene gaat dat volledig anders zijn dan bij de andere, waardoor dat maatwerk wordt […] Je moet die achterliggende waarden of die doelstellingen in dat leven bepalen om dan te kunnen inzetten op dat specifiek … zonder dat we er eenheidsworst van maken".

De Gezondheidsenquête peilt naar de persoonlijke ervaringen van de respondenten. Zij moeten aangeven of ze bepaalde moeilijkheden ondervonden bij het uitvoeren van specifieke activiteiten. De resultaten kunnen hierdoor, aldus de respondenten, een onderschatting of een overschatting zijn van de reële nood aan hulpmiddelen.

Zij die over een onderschatting spreken, wijzen vooral op het feit dat personen hun verwachtingen doorheen de tijd gaan bijstellen. Niet iedereen zal hierdoor nog aangeven dat ze bepaalde moeilijkheden ondervinden of bepaalde activiteiten willen uitvoeren.

[medewerker koepelorganisatie PmH]:
"Ik denk dat er heel wat mensen zijn die zich aanpassen aan de mogelijkheden die ze hebben. Ook al zitten ze in een rolstoel, toch durven die soms zeggen: "Oh, mijn mobiliteit, dat valt best mee". Dat heeft te maken met het feit dat ze een aantal zaken waarvan ze zijn uitgesloten, dat ze die niet meer doen en die verwachting ook niet meer hebben. […] Je hebt dat uitgezet. Neem het voorbeeld van de horeca, daar is toegankelijkheid een groot pijnpunt. Je hebt een paar restaurants waar je graag naartoe gaat, en dat zijn degene die aangepast genoeg zijn. Dus ervaar je dat niet meer zoals iets met drempels. Totdat je die comfortzone verlaat natuurlijk. En dan word je er weer volop mee geconfronteerd. Dat zijn allemaal dingen die je in uw dagelijks leven mettertijd meer uitsluit. Onbewust denk ik ook. En daardoor zal iemand die toch een zware mobiliteitsbeperking heeft zeggen: "Bwa, dat valt wel mee". Omdat hij zijn leven heeft aangepast."

De respondenten lijken dus aan te geven dat personen wat gelatener worden doorheen de tijd. Zij zien individuen die zich neerleggen bij bepaalde beperkingen. Maar ook leeftijd is hier een bepalende factor. Waar jongere individuen de situatie nog wensen aan te passen om zoveel als mogelijk mogelijk te maken, lijken ouderen zich meer te berusten in de situatie, aldus de respondenten.

[medewerker koepelorganisatie ouderen]:
"Ouder worden is natuurlijk een aanhoudende verliessituatie. Dan kan je dit niet meer en kan dat niet meer, dan vallen je vrienden voor een stuk weg. Maar fysiek, psychisch enzo… niks gaat vooruit, het gaat allemaal achteruit. In het beste geval stabiliseert het. Als je begint met een beginnend verlies van een functionaliteit: in het begin kan dat wat meer frustratie geven. Dan ben je daar meer op gefocust, maar na een tijd: "Oke, het is zo". Je tilt daar minder zwaar aan en ziet dat minder als een handicap omdat je ondertussen hulpmiddelen hebt. Of misschien is ook uw mantelzorg daar voor een stuk meer op georganiseerd en compenseren die dat. Anders liep ik naar de keuken, ging ik mijn koffie halen maar nu brengen ze mijn koffie. Dus voel ik dat niet meer zo zwaar als een handicap of een beperking dan vijf jaar geleden, bijvoorbeeld."

Deze gelatenheid kan echter ook gemotiveerd zijn vanuit een gevoel van schaamte. De respondenten merken immers tevens enige mate van weerstand op tegen hulpmiddelen. Niet alle ouderen willen dat hun beperkingen zichtbaar worden.

Leeftijd heeft volgens de respondenten niet alleen een invloed op de manier waarop men naar ervaren beperkingen kijkt. Het bepaalt ook mee hoe uitgebreid het gamma van gewenste activiteiten nog is. Bij

65-plussers neemt de activiteiten-range af, maar de respondenten zien desondanks nog een duidelijk verschil tussen jonge en oudere (de grens wordt vaak rond 80 à 85 gelegd) 65-plussers.

> *[medewerker koepelorganisatie]:*
> *"Ik denk dat je niet zomaar de vertaling mag maken van onder de 65 naar boven de 65, omdat iemand onder de 65 nog veel actiever is. Van geest, en wil ook nog veel meer doen en kunnen. Terwijl dat iemand uit de groep van de tachtigjarigen soms zegt: "Voor mij hoeft dat niet meer. Ik heb mijn tijd gehad. Laat dat maar doen voor mij.". Die hebben een andere hulpvraag. Die willen niet per se nog alles zelfstandig kunnen. […] Ik denk dat dat ook wel in een stijgende lijn gaat, die graad van meer en meer hulp aanvaarden en minder de zelfstandigheid belangrijk vinden."*

Bij de 80-plussers leggen de respondenten voornamelijk de nadruk op hulpmiddelen die de verzorging mogelijk moeten maken. De zorgvraag ligt bij deze groep veel minder bij andere activiteiten.

De vraagstelling in de Gezondheidsenquête kan echter ook leiden tot een overschatting van het aandeel beperkingen, wanneer respondenten aangeven dat ze iets niet meer kunnen, terwijl ze in feite nog wel in de mogelijkheid zijn.

As 1 samengevat: een samenspel van kunnen en willen

Samengevat kunnen we stellen dat niet alle beperkingen (nog) zullen resulteren in een nood aan hulpmiddelen. We zien hier een soort van spiraalbeweging: als je het ene niet meer kan of wil uitvoeren (omwille van het ontbreken van hulpmiddelen of omdat het je wens niet (meer) is), zal je ook andere hulpmiddelen niet meer nodig hebben.

> *[beleid]:*
> *"Dat verandert veel hé. Als iemand zelfs niet mobiel is, kan die heel veel van de hulpmiddelen niet verder gebruiken om meer zelfstandigheid te krijgen. Want dat is stap nummer 1, dat je mobiel bent."*

Maar ook het omgekeerde geldt: als je een bepaalde activiteit nog wel wil uitvoeren, zal je op nieuwe beperkingen botsen waarvoor je ook een hulpmiddel nodig hebt.

> *[beleid]: "Dat vonden wij van in het begin moeilijk om in te schatten: Welke activiteiten doen mensen op welke leeftijden? In ons beleid zitten we altijd met de personen jonger dan 65. Die doen allemaal ongeveer hetzelfde […] . Maar hoe zit dat met die andere groepen? Welke activiteiten worden bijvoorbeeld niet meer gedaan (of nauwelijks) bij tachtigplussers, negentigplussers? En moet je dus ook geen hulpmiddelen voor voorzien. Dat weten we niet."*
>
> *[beleid]: "Ik denk dat computergebruik wel toeneemt. Ze verwachten: die doelgroep is misschien wat minder mee met nieuwe technologie. Maar langs de andere kant merk ik toch ook dat veel mensen… kijk naar mijn ouders. Die gebruikten allemaal een tablet en daar was er die nieuwe technologie. Computers bedienen enzo, dat zal toch ook wel in die groep meer en meer een belangrijke plaats gaan krijgen. […] Zeker omdat dat de link is naar de buitenwereld, als je al iets minder mobiel bent.*
> *[andere medewerker beleid]: En dan komen natuurlijk die hulpmiddelen voor visus terug naar voor."*

De nood aan hulpmiddelen is dus een samenspel van wat de persoon nog kan en wil.

Doen, leren en organiseren

Kunnen en *willen* slaan niet enkel op het al dan niet kunnen of willen uitvoeren van activiteiten ('*doen*'). Alvorens je aan de slag kan met een hulpmiddel, moet je er in heel wat gevallen eerst mee leren werken. De vraag naar een hulpmiddel wordt hierdoor, aldus de respondenten, ook voor een deel bepaald door de mogelijkheden en vaardigheden van de persoon met een handicap en zijn/haar/hun bereidheid om het leerproces aan te vatten.

De respondenten geven aan dat naarmate de leeftijd stijgt, het aanleren van het gebruik van een hulpmiddel moeilijker wordt of meer tijd vraagt. Bij bepaalde hulpmiddelen is dit effectief bewezen (bv. mogelijkheid om braille te leren/voelen (Martiniello, 2020)), bij andere hulpmiddelen spreken de respondenten eerder vanuit een aanvoelen.

[medewerker koepelorganisatie PmH]:
"Je moet opletten dat je mensen geen oplossingen gaat ontzeggen … maar er kan misschien wel eens gepolst worden: Wat zijn je vaardigheden? Voordat we mensen allerlei brailletoestellen gaan toekennen, moeten ze daar al wel ergens -in een opleidingscentrum of een revalidatiecentrum- mee leren werken hebben, want anders heeft dat geen zin. Na 65 leert niemand nog braille. Ik denk zelfs na veertig jaar al. Onze vingers zijn vanaf redelijk jonge leeftijd al … Je kunt dat nog blijven doen als je dat hebt geleerd, maar als je dat niet hebt geleerd op jonge leeftijd. Ik denk niet dat je op oudere leeftijd nog veel braille kan leren. Alleszins niet in de zin van dat je zegt: 'Ik ga een boek in braille lezen" of teksten op de computer. Je kan misschien kleurmarkeringen op je kleren leren kennen ofzo, dat wel. Dat is één teken. Dus in die zin denk ik dat er ook wel wat… Daarom moet die grens zo niet zijn -75 en 75+ of 65 en 65+, maar dat je zo toch beseft dat je bij het toekennen van hulpmiddelen toch zo met een aantal aspecten moet rekening houden dat die oplossingen nog integreerbaar zijn in uw leven. […] Maar ik weet ook niet hoe je zoiets operationaliseert. Ik vind dat ook moeilijk. Vooral vanuit de zorg om mensen niet onnodig uit te sluiten"

[medewerker koepelorganisatie]:
"Ja, die mensen [85+] gaan nooit meer zelf rijden, of die hebben ook niet meer de vaardigheden om nog met een totaal nieuw systeem te leren rijden. Een hulpmiddel vraagt ook altijd een andere werkwijze. Ik zie bij ouderen dat die aanpassing naar nieuwe systemen veel stroever verloopt. Die gaan ook niet meer werken met een communicatie-apparaat als spreken uitvalt. Die hebben die vaardigheden niet meer. Dat is er misschien uitzonderlijk nog wel, en dan zou je kunnen zeggen: "We gaan dat motiveren, want dat is iemand die nog uitzonderlijk veel interesse heeft in, ik zeg maar, muziek of literatuur of die nog wel dingen wil doen.". Maar dat is niet meer de regel op die leeftijd, denk ik."

Over het feit of ouderen nog bereid zijn om met nieuwe hulpmiddelen te leren werken, verschillen de meningen. De ene respondent ziet geen verschillen naar leeftijd, de andere wel. Al lijkt dit vooral af te hangen van de leeftijd van 'de ouderen' die ze in beschouwing nemen.

[academicus PmH]:
"De leeftijd betekent waarschijnlijk vooral dat het wat meer moeite zal kosten [om met het hulpmiddel te (leren) werken] maar betekent zeker niet dat de nood minder groot is. En ook niet dat er sowieso een weerstand tegen is."

[medewerker DMW mutualiteiten]:
"Ja [ouderen willen niet meer met nieuwe technologieën leren werken]! Ikzelf doe dat quasi nooit

omdat dat gewoon bij mijn doelgroep niet echt gevraagd wordt en dat niet aan de orde is. Ik heb er weinig ervaring mee, maar ik denk dat dat wel een verklaring is waarom het heel weinig gevraagd wordt bij ons. [dat heeft een invloed op waar ze nog voor open staan] Als dat iemand is die in het verleden nooit echt met een computer gewerkt heeft en die dan plotseling met een of ander communicatietoestel moet werken. Ja, dan is dat pure paniek denk ik."

Bovenstaande quote geeft aan dat de bereidheid van de ouderen om nog met nieuwe zaken te leren werken eerder samenhangt met de ervaring die een (oudere) persoon heeft met nieuwe technologieën (tablets, apps, computer-interfaces …) dan met zijn/haar/hun leeftijd. De respondenten verwachten in de toekomst dan ook een toename in de bereidheid en mogelijkheid om met technologische hulpmiddelen aan de slag te gaan én een grotere vraag naar hulpmiddelen om computers, gsm's etc. te kunnen blijven gebruiken.

[medewerker revalidatiecentrum]:
"Tot hiertoe hebben we ook maar heel weinig oudere personen gehad die echt richting een spraakcomputer wilden gaan. Omdat je daar nog een beetje met die 'gap' zit van: dat is niet iets wat zij kennen. Maar de technologie die nu vordert, en waar wij al mee opgegroeid zijn. De personen die nu gaan komen, die gaan dat kennen en daar meer voor open staan. Dus ja, het is nu zo een beetje een kantelpunt denk ik. We hebben tot hiertoe niet echt gemist dat we dat soort dingen niet kunnen aanvragen [voor 65-plussers]. Hoewel tablets toch al wat couranter aan het worden zijn. We merken dat mensen op leeftijd die hier binnenkomen vaak ook al zelf een tablet of een smartphone hebben. Dus dat gaat er wel stilaan aankomen denk ik. Dat er meer vraag gaat komen om op die manier communicatie te gaan ondersteunen en niet meer met logge toestellen."

In wat hierboven besproken werd, werd steeds vertrokken vanuit de vraag: is de oudere (nog) geschikt om het hulpmiddel te gebruiken. Bepaalde respondenten draaiden het perspectief echter om. Zij stelden zich de vraag of de hulpmiddelen meer afgestemd kunnen worden op de oudere doelgroepen. Of zelfs ruimer, naar de reguliere voorwerpen en diensten. Dit kan volgens hen door minder tactiele handelingen te vragen, een groter lettertype te gebruiken op toestellen of websites, enkel essentiële informatie te vermelden op schermen …

Het kunnen en willen aanleren van het gebruik van een hulpmiddel is dus een belangrijke factor in de effectieve nood aan hulpmiddelen. Dit aspect hangt volgens de respondenten immers samen met het niet-gebruik van hulpmiddelen. Ze missen dan ook in het huidige hulpmiddelenbeleid de nodige financiële ruimte en tijd om ondersteuning en begeleiding aan te bieden, zowel voorafgaand, bij de keuze van een hulpmiddel als na de aankoop.

[medewerker revalidatiecentrum]:
"Het is een vraag van ons om dat [aanleren van hulpmiddelen] ook mee te financieren. Bijvoorbeeld een communicatie-apparaat: het stopt bij de aflevering van het toestel, maar dan begint het werk eigenlijk. Dan moeten mensen echt gestuurd worden en ondersteund worden om daar nieuwe woorden in te steken, om daarmee te leren werken, om de context te informeren. Dat gebeurt allemaal niet. Dus ik ben er van overtuigd dat er heel veel communicatietoestellen gewoon in de kast blijven liggen, en dat kost handen vol geld."

[medewerker koepelorganisatie]:
"Door het feit dat de begeleiding van zoiets niet gefinancierd wordt, werk je het niet-gebruiken in de hand. […] Het is geen bewuste keuze om het niet te gebruiken, maar eerder het niet geleerd hebben."

Naast het aanleren van het hulpmiddel vergt de ingebruikname of installatie van een hulpmiddel ook heel wat organisatorische taken (afspraken maken, beslissingen nemen, werkzaamheden afstemmen …). Niet alle ouderen met een beperking beschikken over de nodige organisatorische vaardigheden, of zien het zitten om deze taken op zich te nemen.

> *[medewerker koepelorganisatie PmH]:*
> *[Sprak over woningaanpassingen bij ouderen] Als ze nog de vaardigheden hebben om dat te organiseren, te realiseren. Want dat is bij mensen met een handicap waarschijnlijk ook een reden van niet-opname [van hulpmiddelen waar ze wel recht op zouden hebben]. Aanvragen is niet moeilijk, want dat doet uw mutualiteit. Je gaat met je probleem naar de mutualiteit en dan valt er op een bepaalde dag een beslissing van het VAPH in de bus. Maar dan heb je de vaardigheden nodig om dat aan te sturen en te zorgen dat dat echt actief uitgevoerd wordt. Ik heb al veel gehoord van mensen dat ze daar de ruimte niet voor hebben. Ik denk ook dat dat voor sommige mensen ook intellectueel te zwaar is. Of qua stress, allerlei redenen. Verbouwingen, dat is niet iedereen gegeven. Bij ouderen ga je dat zeker [niet] doen. Bij die hoogbejaarden, gaan die nog hun huis aanpassen met aannemers en afspraken maken? Dat moet allemaal vlot verlopen. En wat als er dan eens ene zijn werk niet doet? Ja, mensen met die levenservaring weten dat het allemaal niet zo gemakkelijk is."*

Daarbij aansluitend schrikt de administratieve procedure, met intensieve verantwoording/argumentatie volgens de respondenten een deel van de potentiële aanvragers af. Al begrijpen de respondenten ook wel van waar deze verplichting tot rapporteren komt.

> *[medewerker koepelorganisatie PmH]:*
> *"Enerzijds zou je willen dat de zaken vlot gaan, via een aantal objectieve criteria. "Voldoe je daar en daar aan, dan is het goed!". Dan moet er niet teveel meer geschreven en gerapporteerd worden. En anderzijds begrijp ik ook bij een beperkte begroting… en weet je… dan wil je dat die middelen ook goed gebruikt worden."*

Micro-, meso- en macroniveau

Een derde en laatste as bevat de verschillende niveaus ('petjes') van waaruit naar hulpmiddelen gekeken kan worden: het micro- (de oudere met een handicap zelf), meso- (de context en de dichte omgeving van de oudere) en macroniveau (de bredere, maatschappelijke context).

De context en de dichte omgeving moeten ook mee in rekening genomen worden bij het berekenen van de nood aan hulpmiddelen, aldus de respondenten. De uiteindelijke vraag naar hulpmiddelen wordt volgens de respondenten niet alleen bepaald door wat de oudere met een beperking allemaal wil en kan ondernemen, aanleren en organiseren, maar ook door wat de directe omgeving en de context van de persoon kan aanleren, ziet zitten, kan opnemen …

Hier kan de leeftijd volgens de respondenten in twee richtingen werken: ofwel is de mantelzorger niet meer in staat/bereid met het hulpmiddel aan de slag te gaan, waardoor de vraag naar hulpmiddelen afneemt. Ofwel ontstaat er net meer nood aan hulpmiddelen, omdat de mantelzorger ook zelf meer beperkingen ervaart (bv. hulpmotor bij het voortduwen van een manuele rolstoel) en dus ondersteuning nodig heeft bij het gebruiken van het hulpmiddel.

Tot slot heeft, volgens de respondenten, ook de bredere maatschappelijke context een invloed op de uiteindelijke nood aan hulpmiddelen. Zij doelen hier vooral op beleidskeuzes die gemaakt (moeten) worden. Bijvoorbeeld omtrent het al dan niet stimuleren van langer thuis wonen of het aanmoedigen

van informele zorg. Zo stelden verschillende respondenten het terugbetalen van woningaanpassingen bij personen met een hoge leeftijd in vraag. Maar ook meer algemeen wierp men de vraag op of alle hulpmiddelen voor alle doelgroepen/personen terugbetaald moeten worden. Deze vraag behandelden we verder tijdens de impact-workshops.

[medewerker koepelorganisatie PmH]:
"Voordat je overgaat tot woningaanpassingen moet je toch gaan kijken: Is dat nu de beste keuze? Want bijvoorbeeld: mensen wonen in een oud herenhuis en ze kunnen geen trappen meer doen. Een vriend van mij heeft M.S. en die zegt: als ik dat iets of wat toegankelijk wil maken, heb ik 7 liftjes nodig, door al die trapjes en zo die er in dat huis zijn. Maar toch was die drempel enorm groot om te zeggen: Ik ga gewoon naar een flat, of iets waar alles op één niveau is. En dan denk ik, ja eigenlijk vind ik dat wel normaal dat de overheid zou zeggen van: "Een woning met zeven liften is gewoon niet functioneel. Daar beginnen we niet aan." […] Want uw problemen gaan blijven. Want er moet nog van alles anders ook aangepast worden. En als je dan vier liften moet nemen om aan uw badkamer te geraken, dat gaat gewoon niet. Dat is niet realistisch. [gaat verder over feit dat het in de huidige budgettaire realiteit logisch is dat de overheid hierover nadenkt, en niet alles zomaar financiert]. Ik vind dat bij ouderen ook moeilijk. Die zeggen: "Ja maar, wij hebben toch geen leeftijd om nog te verhuizen.". Dat hoor je ook zeggen: "Dat wordt hun dood, als je ze nog verhuist." Ja, maar dan nog vind ik 7 liftjes geen goed idee. Dat vind ik zo'n moeilijke balans die je moet vinden bij woningaanpassingen. En dan vooral omdat ik veronderstel dat daar heel veel aanvragen over gaan bij ouderen. [gaat verder over het feit dat de ouderen dit ook moeten kunnen organiseren, en de nodige vaardigheden hebben om hiermee om te gaan]. Hoe ga je daar als overheid mee om? Ga je daar nog bijkomende ondersteuning bieden? Ga je voor die groep zeggen: die moeten verhuizen? Eigenlijk is dat heel voor de hand liggend. Dat is zo die spanning met die persoonlijke vrijheid ook."

[beleid]: "Ik zou wel verwachten dat als die problematiek ernstiger en ernstiger wordt, dat ook de verhuis naar een woonzorgcentrum in aanmerking komt als alternatief.
[andere medewerker beleid]: Dus dat je dan een aantal hulpmiddelen op die basis eruit doet? Bijvoorbeeld grote woningaanpassingen?
[andere medewerker beleid]: Maar gaan mensen…? Want dat is precies wat de overheid stimuleert. Ze stimuleert mensen om langer thuis, of zolang mogelijk thuis te blijven. Zou de toegang tot woningaanpassingen bijvoorbeeld ertoe leiden dat mensen iets langer dan toch thuis blijven, of kunnen blijven? Want dat moet nog haalbaar zijn natuurlijk."

[medewerker koepelorganisatie ouderen]:
"Stel: ik ben 82 en ik woon in een belle-étage. Ik moet die trappen doen, dus ik ga een traplift laten installeren als hulpmiddel. Is het nog zinvol dat ik dat doe? Dat ik als MS-patiënt op mijn 45e mijn keuken laat aanpassen. Ik heb nog een levensperspectief van 20 tot 25 jaar, dat ik met mijn rolstoel overal onder kan. Dat is nog iets anders. Maar voor die 80-85-plusser die woning nog heel manifest te gaan aanpassen om dan… Uiteindelijk wordt die woning dan toch verkocht. Dat is feitelijk een aanpassing die de overheid doet aan een woning die in particulier bezit komt. En ja, dus dat bedoel ik met een terugverdientijd. Dat men moet nadenken dat als men woning- en omgevingsaanpassingen doet… Als dat gewoon voor een paar handgrepen in een badkamer of toilet is, dat kost twee keer niks, maar die duurdere ingrepen daar moet men echt goed over nadenken. Dan is het zinvol vanaf een zekere leeftijd.. Is het niet beter om te zeggen: verhuis, ga naar een appartement of assistentiewoningen of weet ik veel?"

3.3.3 Effectieve nood aan hulpmiddelen

De input vanuit de expertinterviews maakt duidelijk dat de vertaalslag maken van beperkingen naar effectief aangevraagde hulpmiddelen geen eenvoudige opdracht is en niet één op één kan gemaakt worden. De noden aan hulpmiddelen die verder komen uit de (in hoofdstuk 3.1) vastgestelde beperkingen zijn namelijk het resultaat van een complex samenspel van de verschillende assen. Niet alleen wat een persoon (nog) kan, maar ook wat hij wil doen, aanleren en organiseren, bepaalt mee welke hulpmiddelen een persoon aanvraagt. Er moet daarnaast oog zijn voor de noden en mogelijkheden van de dichte omgeving en het beleidskader waarin het hulpmiddelenbeleid ingebed is. De gerapporteerde prevalentiecijfers zullen dus hoogstwaarschijnlijk een overschatting zijn van de effectieve vraag naar hulpmiddelen. De prevalentiecijfers moeten dus geïnterpreteerd worden als een bovengrens.

Hoofdstuk 4
Stappenplannen naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

4.1 Methodologie

Aan de hand van twee op mekaar verder bouwende impactworkshops ontwikkelden we tezamen met stakeholders uit de stuurgroep verschillende mogelijke stappenplannen. We vertrekken hierbij vanuit 'impactdenken'. Dit betekent dat we de beoogde impact op basis van de onderzoeksresultaten samen met de deelnemers formuleren en vervolgens stappen terugdenken (Sels, Wouters & Heylen, 2024). Op deze manier construeren we samen met de deelnemers stappenplannen naar de beoogde impact en brengen we verschillende elementen in beeld om vooruit te werken. Deze denkoefening geeft op die manier richting aan mogelijke te zetten stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

In workshop 1 identificeerden de deelnemers verschillende mogelijke vormen die het hulpmiddelenbeleid tegen het einde van de legislatuur aan zou kunnen nemen. Ze vertrokken daarvoor uit de bevindingen uit de voorgaande werkpakketten. De onderzoekers presenteerden de belangrijkste bevindingen waarna er in 'world-café-vorm' gebrainstormd werd over de mogelijke vormen van het toekomstig hulpmiddelenbeleid ('scenario's). De workshop werd afgesloten met een denkoefening over welke scenario's het meeste draagvlak genieten.

In een tweede workshop werden deze scenario's verder uitgewerkt. De onderzoekers schetsten de budgettaire impact van het eerste, en meer geprefereerde, scenario. Daarop verder bouwend werden de meest prioritaire scenario's verder uitgewerkt. De deelnemers omschreven tussenstappen die gezet kunnen worden richting het gewenste scenario. Daarnaast was er oog voor de randvoorwaarden die in rekening genomen moeten worden.

4.2 Respons

Verschillende stakeholders vanuit de stuurgroep van dit onderzoek sloten aan op de impactworkshops. Tabel 16 toont aan dat er zowel deelnemers uit de administraties aanwezig waren, als vertegenwoordigers van de koepel- en/of belangenorganisaties. Dit maakte het mogelijk om de verschillende invalshoeken (beleid, personen met een handicap, ouderen …) mee te nemen in de scenario's en stappenplannen.

Tabel 16 Respons impact-workshops, naar type stakeholder

Type respondent	Workshop 1	Workshop 2
Beleidsmedewerker	3	3
Koepelorganisatie of belangenvereniging	5	2
Totaal	8	5

4.3 Resultaat

Doormiddel van twee op mekaar verder bouwende workshops werden mogelijke stappenplannen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid uitgewerkt. Tijdens de eerste workshop werden op basis van de onderzoeksresultaten door de respondenten verschillende vormen van een mogelijk toekomstig hulpmiddelbeleid omschreven ('scenario's'). De suggesties varieerden van een volledig leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid (dat voor iedere persoon met een handicap dezelfde voorwaarden stelt) tot enkel een uitbreiding van het huidige beleid voor een heel selecte groep van de 65-plussers. De eerste kolom van Tabel 17 geeft een overzicht van de vier scenario's die tijdens workshop 1 het meeste draagvlak kenden. Hoewel er met een open blik werd gereflecteerd, bestond er enige terughoudendheid bij de deelnemers. Het werd doorheen de sessie immers duidelijk dat heel wat van de mogelijke scenario's andere discriminatiegronden (inkomen, zorgnoden …) op zouden werpen.

Deze terughoudendheid trok zich ook door in sessie 2. Tijdens het concretiseren van de verschillende scenario's kwamen heel wat bedenkingen en vragen naar boven. Zo bleek het moeilijk om voor scenario twee, waarbij 65-plussers enkel een tegemoetkoming zouden kunnen krijgen voor hulpmiddelen die de zorg thuis mogelijk maken, af te bakenen welke hulpmiddelen zorg thuis mogelijk maken en welke niet. Daarnaast merkten de deelnemers op dat deze opsplitsing niet strookt met de holistische visie van het VAPH, die niet enkel gericht is op zorg, maar bredere participatie nastreeft. De deelnemers hadden het er met andere woorden moeilijk mee om alsnog bepaalde personen of situaties uit te sluiten van het toekomstig hulpmiddelenbeleid. Doorheen de discussie werd dan ook duidelijk dat er geen draagvlak was voor scenario twee, en dit dus niet verder uitgewerkt diende te worden.

Tabel 17 Flow van de scenario's

Scenario's, gekozen tijdens workshop 1	**Concretisering scenario**	**Belangrijkste bedenkingen bij deze concretisering**
1. De huidige regelgeving doortrekken voor de 65-plussers	nvt	
2. Dezelfde regelgeving voor de personen jonger dan 65 jaar, en voor de 65-plussers enkel hulpmiddelen die de zorg thuis mogelijk maken	Dezelfde regelgeving voor de personen jonger dan 65 jaar, en voor de 65-plussers enkel hulpmiddelen die de zorg thuis mogelijk maken, nl. hulpmiddelen uit de groepen ADL, En niet voor diegene uit onderwijs, communicatie,	● Kunnen communiceren met de zorgaanbieder als randvoorwaarde voor zorg? ● Visie VAPH is holistisch, gericht op participatie, dus het beleid kan niet verengd worden tot enkel zorg. ● Zorg wordt al deels gefinancierd vanuit andere domeinen, dus eerder inzetten op andere levensdomeinen i.p.v. zorg?
3. Dezelfde regelgeving voor de personen jonger dan 65 jaar, en voor de 65-plussers enkel hulpmiddelen voor zij wiens inkomen onder een bepaalde grens valt.	Dezelfde regelgeving voor de personen jonger dan 65 jaar, en voor de 65-plussers enkel hulpmiddelen voor zij wiens vermogen onder een bepaalde grens valt.	● Hoe zicht krijgen op iemands vermogen? ● Wat met zij die net boven de grens zitten? → Risico op 'vrijwillige verarming' (om onder de grens te geraken) ● Waar leg je de grens? ● Wat met de overgang van -65 naar 65+? ● Nieuwe ongelijkheid geïnstalleerd
4. Voor alle leeftijden (zowel onder als boven de 65 jaar) een 'franchise-systeem', waarbij er geen tegemoetkoming is voor hulpmiddelen onder de 300 euro.	Voor alle leeftijden (zowel onder als boven de 65 jaar) een kleine eigen bijdrage van €300 ('remgeld'-principe). Het overige aankoopbedrag wordt door het VAPH in tegemoetgekomen.	● Uitzonderingen voor zij die het financieel moeilijk hebben? (vanaf wanneer moeilijkheden?) ● Wat is het ideale bedrag van de eigen bijdrage?

Bij het uitwerken van scenario drie stonden we voornamelijk stil bij de inkomensgrens. Deze werd verbreed naar een vermogensgrens. De deelnemers zijn zich bewust van de moeilijkheid van het bepalen van dit vermogen, maar zij zien mogelijkheden in de werkwijze die het departement Zorg toepast bij het

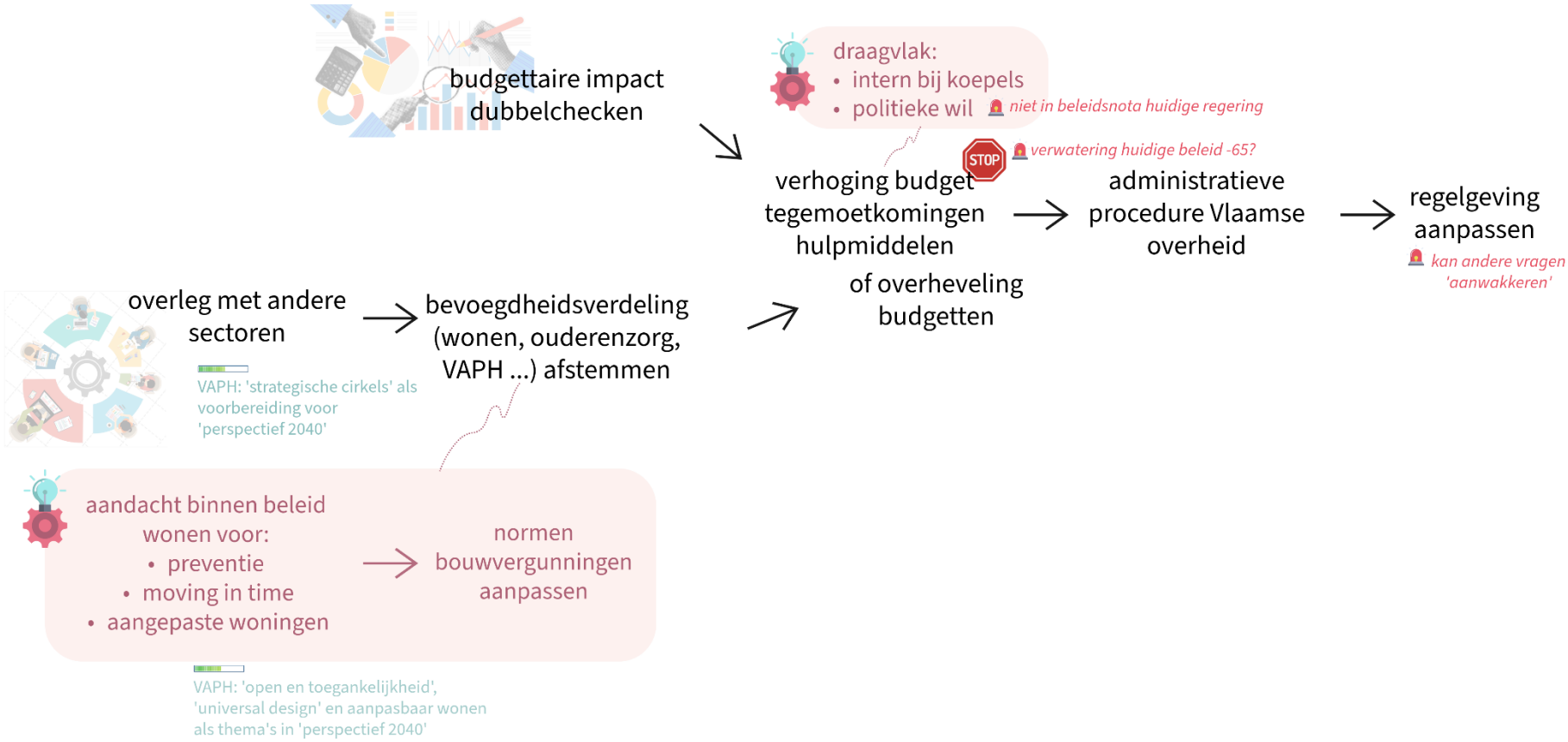
'zorgbudget ouderen'[13]. Dit scenario werpt, volgens de respondenten, echter wel een nieuwe ongelijkheid op, op basis van vermogen in plaats van op leeftijd.

Het vierde en laatste scenario vertrok vanuit een franchise-idee, maar evolueerde doorheen de sessies naar een systeem met een (kleine) eigen bijdrage. Iedere persoon (ongeacht of hij/zij/hun jonger of ouder is dan 65 jaar) moet in dit scenario een deel van de aankoopprijs van het hulpmiddel zelf betalen. De grootste bedenkingen bij dit laatste scenario hadden betrekking op de financiële draagkracht van personen met een handicap. In het kader van deze bedenkingen werd tijdens de laatste stuurgroep de bijkomende reflectie gemaakt dat er eerder geopteerd kan worden voor een percentage van het aankoopbedrag (met een plafond) in plaats van een vast bedrag. Dit vormt dan ook een mogelijk verder te verkennen piste.

Doorheen discussie werd duidelijk dat er heel wat nieuwe drempels en uitsluitingsmechanismen de kop op steken in scenario's 2, 3 en 4. De rode draad doorheen deze bedenkingen is de reflectie dat men geen nieuwe vorm van discriminatie wil installeren. Omwille van de aangehaalde bedenkingen, leek er dan ook vooral, en bijna uitsluitend, voldoende draagvlak te bestaan voor scenario één, een volledig leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Dit scenario werkten de respondenten dan ook verder uit in een stappenplan met korte en lange termijndoelstellingen en randvoorwaarden.

13 Deze werkwijze wordt deze legislatuur geëvalueerd en mogelijk bijgestuurd.

Figuur 6 Mogelijk stappenplan richting een volledig leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid



Om tot scenario één te komen, zijn volgens de respondenten verschillende tussenstappen nodig. Ten eerste moet men met voldoende zekerheid een zicht krijgen op de budgettaire kost van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Op basis van deze gegevens kan men binnen het VAPH een budgetverhoging voor de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen vragen. Randvoorwaarde daarbij is dat er voldoende draagvlak is, zowel bij de politiek als bij de belangenverenigingen/koepels. Waar het vorige regeerakkoord nog melding maakte van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid, is het in het huidige niet meer opgenomen (Beke, 2019; Gennez, 2024).

Naast een budgetverhoging zien de respondenten ook mogelijkheden in het herverdelen van budgetten (en bevoegdheden). Door middel van overleg met andere beleidsdomeinen en -sectoren zoals Wonen, moet goed afgestemd worden wie welke vragen/noden van inwoners voor zijn rekening neemt, en welke budgetten daar tegenover staan. Beslissingen in het ene beleidsdomein kunnen leiden tot besparingen in andere domeinen, en omgekeerd. De respondenten zien in de eerste plaats een rol weggelegd voor het beleidsdomein Wonen. Binnen dat beleidsdomein moet er volgens hen meer aandacht zijn voor (a) het sensibiliseren van mensen rond toegankelijk wonen en bouwen (bv. 'Meegroeiwonen'), (b) 'moving in time', nl. het tijdig verhuizen naar een aangepaste woning en woonomgeving en (c) aangepaste woningen in het algemeen (De Decker et al., 2018; Vandekerckhove et al., 2024). Concreet zou men de bouwvoorschriften rond de breedte van de deuropeningen, het bouwen van drempels … kunnen wijzigen, waardoor er minder woningaanpassingen nodig zullen zijn (Vandekerckhove et al., 2024).

Ongeacht of het om een overheveling van budgetten gaat of een verhoging ervan, moet het budget voor de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen toenemen volgens de deelnemers. De deelnemers zijn er aandachtig op dat het leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid geen verwatering van het huidige beleid voor de PmH onder de 65 jaar betekent. Enkel op voorwaarde dat het budget toeneemt, kan er aldus de deelnemers overgegaan worden tot de volgende stap, de administratieve procedure om de regelgeving rond de hulpmiddelen te wijzigen.

Deze wijziging brengt echter meer met zich mee dan oorspronkelijk gedacht, zo werd duidelijk tijdens de workshop. De leeftijdsgrens van 65 jaar kan immers niet eenvoudigweg geschrapt worden in het decreet. De leeftijdsgrens binnen het hulpmiddelenbeleid zit vervat in de voorwaarde dat de persoon erkend moet zijn als persoon met een handicap, wat enkel voor de leeftijd van 65 jaar kan gebeuren. Als die leeftijdsgrens geschrapt wordt, wordt niet enkel het hulpmiddelenbeleid leeftijdsonafhankelijk, maar ook de erkenning als persoon met een handicap, en daarbij aansluitend de toekenning van een persoonsvolgend budget. Dit zou, onder meer budgettair gezien, veel grotere implicaties hebben, waarover de respondenten geen standpunt willen of kunnen innemen.

De discussie rond dit stappenplan, maar ook rond de concretisering van de andere scenario's, legt duidelijk bloot dat het hulpmiddelenbeleid zo vervlochten is met andere beleidskeuzes (de erkenning als persoon met een handicap, de visie rond levenslang wonen …), wat het uitwerken van een geïsoleerd stappenplan voor de andere scenario's voor de respondenten moeilijk leek te maken. Het wegwerken van de discriminatie in het hulpmiddelbeleid zou immers in de meeste scenario's betekenen dat er een andere discriminatiegrond ontstaat (bv. op basis van inkomen). De ene beslissing rond één vraag roept met andere woorden heel wat andere vragen op.

Desalniettemin werden verschillende knelpunten en aandachtspunten aangehaald, die waardevol zijn in deze denkoefening.

Hoofdstuk 5
Budgettaire impact van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

Het doel in dit hoofdstuk is om een inschatting te maken van de budgettaire impact van een volledig leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid (LOHB), zijnde het loslaten van de huidige leeftijdsgrens van 65 jaar, zonder voorwaarden.

Hoewel een verschuiving van de leeftijdsgrens van 65 jaar naar 67 jaar in de praktijk een potentiële tussenstap kan zijn richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid, blijken de beschikbare cijfers onvoldoende betrouwbaar voor het uitvoeren van een budgettaire analyse van dit scenario (zie verder bij 5.3).

Voor de analyses maken we gebruik van enerzijds de prevalentiepercentages zoals gedistilleerd uit de Gezondheidsenquête (2018) van Sciensano (zie hoofdstuk 3, tabellen 13 en 14), en anderzijds data van het VAPH voor de periode 2020-2024 betreffende de goedgekeurde aanvragen voor hulpmiddelen. De Gezondheidsenquête werd bewust geselecteerd als bron voor de prevalentiegegevens, omwille van de mogelijkheid om op basis van de, door het VAPH gehanteerde, doelgroepen een connectie te kunnen maken met de data van het VAPH.

In het eerste deel van dit hoofdstuk geven we een beschrijving van de aanvragen voor hulpmiddelen voor de periode 2020-2024 o.b.v. de data van het VAPH, met indelingen in zowel leeftijdscategorieën als doelgroepen. Vervolgens bespreken we in het tweede deel de gehanteerde werkwijze en maken we een inschatting van de budgettaire impact van het scenario van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

5.1 Beschrijvende analyse

De beschikbare dataperiode van 2020-2024 voor de data van het VAPH is erg kort, aangezien vóór 2020 geen doelgroepen werden geregistreerd. Daarnaast zijn de jaren 2023 en 2024 nog onvolledig, aangezien op het moment van de data-extractie een aantal goedgekeurde aanvragen nog uitbetaald kunnen/zullen worden. Bovendien is deze periode onderhevig geweest aan COVID, waardoor de cijfers m.b.t. goedgekeurde aanvragen van hulpmiddelen hoogstwaarschijnlijk beïnvloed zijn en geen “normale” tijdsperiode tonen.

Aangezien de dataperiode relatief kort is, was het ook niet mogelijk om personen voor langere tijd te volgen wat betreft hun noden aan hulpmiddelen op specifieke tijdstippen in hun leven. Dit bemoeilijkt het verkrijgen van inzichten in de nood aan hulpmiddelen voor specifieke leeftijdscategorieën, hetgeen nuttig was geweest met het oog op het inschatten van de gemiddelde kost van hulpmiddelen voor 65-plussers. We komen hier verder op terug in de budgettaire analyse.

Voor de analyses beschouwen we telkens het kalenderjaar waarin een hulpmiddel werd aangevraagd.

5.1.1 Alle leeftijden en hulpmiddelen

In dit eerste deel beschouwen we de aanvragen voor alle hulpmiddelen en alle leeftijdscategorieën. Tabel 18 toont onder meer dat de meeste aanvragen worden gedaan door de leeftijdsgroep 50-64 jaar. Mogelijk speelt het "leeftijdsgrenseffect" hier een rol, waarbij personen die de leeftijd van 65 jaar naderen, nog een aanvraag indienen om op die manier ook na hun 65 jaar een beroep te kunnen doen op tegemoetkomingen voor hulpmiddelen bij het VAPH. Het aantal aanvragen in deze leeftijdsgroep neemt elk jaar af, terwijl de andere leeftijdsgroepen zich herstellen na 2022. Een gelijkaardig patroon zien we bij het aantal personen met een goedgekeurde aanvraag.

Het procentueel aantal goedgekeurde aanvragen met een uitbetaling (op 29/04/2025) daalt vanaf 2022.[14] Dit is logisch aangezien tot twee jaar na definitieve beslissing nog betalingen opgenomen kunnen worden van goedgekeurde aanvragen. Gelet op meestal een betekening binnen het jaar na aanvraag, betekent dit dat in principe geen uitbetalingen meer gedaan kunnen worden voor het merendeel van de aanvragen van 2020 en 2021.

Tabel 18 Aanvragen van hulpmiddelen bij het VAPH in 2020-2024 (jaar aanvraag)

	2020	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Aantal goedgekeurde aanvragen					
0-19	5.089	5.274	5.002	5.514	5.993
20-50	8.299	8.601	7.794	8.022	8.081
50-64	11.230	11.197	10.559	10.432	9.712
≥65	5.003	4.886	4.599	4.913	5.360
Totaal	*29.621*	*29.958*	*27.954*	*28.881*	*29.146*
Aantal goedgekeurde aanvragen met uitbetaling (op 29/04/2025)					
0-19	3.691	3.833	3.520	3.779	3.192
20-50	5.514	5.861	5.205	5.030	4.286
50-64	7.433	7.310	6.408	6.056	4.831
≥65	3.598	3.503	3.263	3.323	3.366
Totaal	*20.236*	*20.507*	*18.396*	*18.188*	*15.675*
% aantal goedgekeurde aanvragen met uitbetaling (op 29/04/2025)					
0-19	72,53%	72,68%	70,37%	68,53%	53,26%
20-50	66,44%	68,14%	66,78%	62,70%	53,04%
50-64	66,19%	65,29%	60,69%	58,05%	49,74%
≥65	71,92%	71,69%	70,95%	67,64%	62,80%
Totaal	*68,32%*	*68,45%*	*65,81%*	*62,98%*	*53,78%*
Aantal gevraagde hulpmiddelen					

14 Op 29/04/2025 werden ons de data van het VAPH bezorgd.

0-19	5.416	5.640	5.378	5.958	6.480
20-50	9.006	9.499	8.553	8.884	8.845
50-64	12.371	12.700	12.070	12.072	11.122
≥65	5.306	5.276	4.934	5.369	5.785
Totaal	*32.099*	*33.115*	*30.935*	*32.283*	*32.232*
Aantal gevraagde hulpmiddelen per aanvraag					
0-19		1,07	1,08	1,08	1,08
20-50	1,09	1,10	1,10	1,11	1,09
50-64	1,10	1,13	1,14	1,16	1,15
≥65	1,06	1,08	1,07	1,09	1,08
Totaal	*1,08*	*1,11*	*1,11*	*1,12*	*1,11*
Aantal personen met goedgekeurde aanvraag					
0-19	2.206	2.293	2.097	2.291	2.381
20-50	3.356	3.555	3.220	3.180	3.504
50-64	4.243	4.231	3.829	3.825	3.742
≥65	2.438	2.474	2.319	2.429	2.763
Totaal	*12.108*	*12.393*	*11.355*	*11.577*	*12.235*

Wat betreft de uitbetaalde bedragen voor hulpmiddelen zien we in Tabel 19 dat de 20-50-jarigen en 50-64-jarigen het merendeel van het budget vertegenwoordigen. Logischerwijze nemen, zoals eerder besproken, de uitbetaalde bedragen af vanaf 2022. In het algemeen zijn de uitbetaalde bedragen per goedgekeurde aanvraag met een uitbetaald bedrag en per persoon hoger bij de jongere leeftijdscategorieën.

Tabel 19 Uitbetaalde bedragen voor hulpmiddelen bij het VAPH in 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024
Uitbetaald bedrag op 29/04/2025					
0-19	€ 5.765.529,09	€ 6.004.782,77	€ 5.531.049,71	€ 5.617.408,34	€ 4.239.784,18
20-50	€ 8.500.315,59	€ 9.131.057,53	€ 7.816.817,48	€ 7.882.408,81	€ 5.752.547,80
50-64	€ 9.934.191,10	€ 9.869.556,53	€ 8.787.437,66	€ 8.257.306,93	€ 6.371.975,42
≥65	€ 4.470.506,17	€ 4.666.123,66	€ 4.200.080,39	€ 4.335.210,71	€ 4.020.232,18
Totaal	€ 28.670.541,95	€ 29.671.520,49	€ 26.335.385,24	€ 26.092.334,79	€ 20.384.539,58
Gemiddeld uitbetaald bedrag per goedgekeurde aanvraag met bedrag uitbetaald (op 29/04/2025)					
0-19	€ 1.562,05	€ 1.566,60	€ 1.571,32	€ 1.486,48	€ 1.328,25
20-50	€ 1.541,59	€ 1.557,94	€ 1.501,79	€ 1.567,08	€ 1.342,17
50-64	€ 1.336,50	€ 1.350,14	€ 1.371,32	€ 1.363,49	€ 1.318,98
≥65	€ 1.242,50	€ 1.332,04	€ 1.287,18	€ 1.304,61	€ 1.194,36
Totaal	€ 1.416,81	€ 1.446,90	€ 1.431,58	€ 1.434,59	€ 1.300,45
Gemiddeld uitbetaald bedrag per persoon (op 29/04/2025)					
0-19	€ 2.613,57	€ 2.618,75	€ 2.637,60	€ 2.451,95	€ 1.780,67
20-50	€ 2.532,87	€ 2.568,51	€ 2.427,58	€ 2.478,74	€ 1.641,71
50-64	€ 2.341,31	€ 2.332,68	€ 2.294,97	€ 2.158,77	€ 1.702,83
≥65	€ 1.833,68	€ 1.886,06	€ 1.811,16	€ 1.784,77	€ 1.455,02
Totaal	€ 2.367,90	€ 2.394,22	€ 2.319,28	€ 2.253,81	€ 1.666,08

5.1.2 50-plussers exclusief huurpakketten en incontinentiemateriaal

In dit onderdeel leggen we de focus op 50-plussers, omdat de prevalentiecijfers (zie hoofdstuk 3) enkel per doelgroep beschikbaar zijn vanaf 50 jaar. We laten bovendien buiten beschouwing:

- Huurpakketten: deze betreffen een andere werkwijze en dit onderzoek focust op verkoop;
- Incontinentiemateriaal: dit betreft een specifieke groep van hulpmiddelen, en eigenlijk ook een aparte doelgroep, waarvan we de prevalentie echter niet kunnen distilleren o.b.v. de vragen in de Gezondheidsenquête.

Zoals reeds enkele keren aangehaald zijn de doelgroepen van het VAPH belangrijk en noodzakelijk voor het kunnen combineren van:

- De prevalentiecijfers o.b.v. de Gezondheidsenquête: hieruit maken we een inschatting van het aantal 65-plussers dat bij een LOHB potentieel in aanmerking zal komen voor een tegemoetkoming voor hulpmiddelen bij het VAPH;

- De data van het VAPH: hieruit maken we een inschatting van de gemiddelde kost voor hulpmiddelen die een 65-plusser zal aanvragen bij het VAPH in geval van een LOHB.

Voor niet alle aanvragen in de data van het VAPH werd echter een doelgroep geregistreerd, o.a. omwille van vereenvoudigde aanvragen. Deze ontbrekende doelgroepen werden daarom door ons aangevuld a.d.h.v. de volgende strategie:

- Werd reeds een doelgroep toegekend aan een aanvraag?
    - Ja: doelgroep behouden
    - Nee:
        - Heeft dezelfde persoon één of meerdere andere aanvragen met een unieke doelgroep toegekend?
            - Ja: deze unieke doelgroep gebruiken om aanvragen met ontbrekende doelgroep aan te vullen
            - Nee:
                - Tussentijdse aggregatie van 55 specifieke doelgroepen naar 7 geaggregeerde doelgroepen (cf. data Sciensano)[15]
                - Per hulpmiddel van aanvraag met ontbrekende doelgroep:
                    - Slechts één geaggregeerde doelgroep mogelijk bij het betreffende hulpmiddel?
                        - Ja: deze geaggregeerde doelgroep gebruiken om aanvraag met ontbrekende doelgroep aan te vullen
                        - Nee: geaggregeerde doelgroep aanvullen voor aanvraag met ontbrekende doelgroep o.b.v. meest voorkomende doelgroep voor het hulpmiddel volgens de aanvragen in de periode 2020-2024[16]

Ook voor aanvragen via de BBC werd dikwijls geen doelgroep toegekend. Vandaar beschouwen we deze aanvragen in eerste instantie als een aparte doelgroep, om ze vervolgens op het einde procentueel te verwerken in de budgettaire analyses (zie verder in de budgettaire analyse).

Tabel 20 toont een gelijkaardig beeld als Tabel 18. De daling in het aantal goedgekeurde aanvragen van 50-64-jarigen zet zich door tot 2024, terwijl de daling van het aantal aanvragen van 65-plussers zich herstelt. De reden hiervan is onduidelijk en behoeft eventueel verder onderzoek. Eenzelfde beeld zien we betreffende het aantal personen met een goedgekeurde aanvraag.

Het aantal gevraagde hulpmiddelen per aanvraag ligt iets hoger bij de 50-64-jarigen, terwijl bij de 65-plussers een hoger percentage van de aanvragen ook daadwerkelijk opgenomen lijkt te worden.

15 Zie bijlage 6 voor de aggregatietabel van doelgroepen

16 De toepassing van deze laatste stap in de strategie heeft gezorgd voor een “overtoekenning” van de doelgroep ‘Functieverlies in de onderste ledematen’, aangezien veel hulpmiddelen van de aanvragen met ontbrekende doelgroep het meeste worden aangevraagd door personen in de doelgroep ‘Functieverlies in de onderste ledematen’.

Tabel 20 Aanvragen van hulpmiddelen voor 50-plussers bij het VAPH in 2020-2024 (exclusief huurpakketten en incontinentiemateriaal)

	2020	2021	2022	2023	2024
Aantal goedgekeurde aanvragen					
50-64	10.083	9.886	9.438	9.348	8.539
≥65	4.211	3.902	3.813	4.095	4.328
Totaal	*14.294*	*13.788*	*13.251*	*13.443*	*12.867*
Aantal goedgekeurde aanvragen met uitbetaling					
50-64	6.315	6.031	5.321	5.002	3.708
≥65	2.817	2.552	2.505	2.540	2.367
Totaal	*9.132*	*8.583*	*7.826*	*7.542*	*6.075*
% aantal goedgekeurde aanvragen met uitbetaling					
50-64	62,63%	61,01%	56,38%	53,51%	43,42%
≥65	66,90%	65,40%	65,70%	62,03%	54,69%
Totaal	*63,89%*	*62,25%*	*59,06%*	*56,10%*	*47,21%*
Aantal gevraagde hulpmiddelen					
50-64	11.224	11.389	10.949	10.988	9.949
≥65	4.514	4.292	4.148	4.551	4.753
Totaal	*15.738*	*15.681*	*15.097*	*15.539*	*14.702*
Aantal gevraagde hulpmiddelen per aanvraag					
50-64	1,11	1,15	1,16	1,18	1,17
≥65	1,07	1,10	1,09	1,11	1,10
Totaal	*1,10*	*1,14*	*1,14*	*1,16*	*1,14*
Aantal personen met goedgekeurde aanvraag					
50-64	3.298	3.132	2.916	2.956	2.796
≥65	1.749	1.596	1.612	1.692	1.866
Totaal	*5.034*	*4.709*	*4.514*	*4.629*	*4.650*

Op het vlak van de uitbetaalde bedragen (op 29/04/2025) zien we in Tabel 21 doorgaans een hoger gemiddelde per persoon bij de 50-64-jarigen, terwijl we dit niet vaststellen bij het gemiddelde bedrag per aanvraag. Opvallend is opnieuw dat het totale uitbetaalde bedrag jaar na jaar redelijk constant blijft bij de 65-plussers, tegenover een aanzienlijke daling bij de 50-64-jarigen.

Tabel 21 Uitbetaalde bedragen voor hulpmiddelen voor 50-plussers bij het VAPH in 2020-2024 (exclusief huurpakketten en incontinentiemateriaal)

	2020	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
Uitbetaald bedrag op 29/04/2025					
50-64	€ 8.639.812,23	€ 8.399.865,38	€ 7.506.776,44	€ 6.970.310,76	€ 5.389.492,72
≥65	€ 3.630.174,96	€ 3.584.228,22	€ 3.353.367,38	€ 3.452.147,12	€ 3.216.907,50
Totaal	*€ 12.269.987,19*	*€ 11.984.093,60*	*€ 10.860.143,82*	*€ 10.422.457,88*	*€ 8.606.400,22*
Gemiddeld uitbetaald bedrag per goedgekeurde aanvraag met bedrag uitbetaald op 29/04/2025					
50-64	€ 1.368,14	€ 1.392,78	€ 1.410,78	€ 1.393,50	€ 1.453,48
≥65	€ 1.288,67	€ 1.404,48	€ 1.338,67	€ 1.359,11	€ 1.359,07
Totaal	*€ 1.343,63*	*€ 1.396,26*	*€ 1.387,70*	*€ 1.381,92*	*€ 1.416,69*
Gemiddeld uitbetaald bedrag per persoon op 29/04/2025					
50-64	€ 2.619,71	€ 2.681,95	€ 2.574,34	€ 2.358,02	€ 1.927,57
≥65	€ 2.075,57	€ 2.245,76	€ 2.080,25	€ 2.040,28	€ 1.723,96
Totaal	*€ 2.437,42*	*€ 2.544,93*	*€ 2.405,88*	*€ 2.251,56*	*€ 1.850,84*

Wat betreft de indeling van de aanvragen voor hulpmiddelen in doelgroepen, toont Tabel 22 dat de meerderheid van de aanvragen, voor beide leeftijdscategorieën, wordt gedaan voor de doelgroep 'Functieverlies in de onderste ledematen', terwijl het procentueel uitbetaalde aandeel van deze doelgroep eerder laag is in vergelijking met de andere doelgroepen. Voor aanvragen via de BBC en voor visuele beperkingen worden doorgaans procentueel de meeste aanvragen uitbetaald.

Logischerwijze is ook het totaal uitbetaalde bedrag het hoogste bij de doelgroep 'Functieverlies in de onderste ledematen'. Het gemiddelde uitbetaalde bedrag per aanvraag met een uitbetaald bedrag en het gemiddelde uitbetaalde bedrag per persoon zijn het hoogste voor de doelgroep 'Ernstig verlies van de inspanningstolerantie'.

Tabel 22 Aanvragen van hulpmiddelen per doelgroep voor 50-plussers bij het VAPH in 2020-2024 (exclusief huurpakketten en incontinentiemateriaal)

	Auditieve beperking	Visuele beperking	Functieverlies in de onderste ledematen	Functieverlies in de bovenste ledematen	Ernstig verlies van de inspanningstolerantie	Verstandelijke beperking	Communicatieve beperking	BBC	Totaal
Aantal goedgekeurde aanvragen									
50-64	5.036	5.565	32.946	1.721	301	463	711	551	47.294
≥65	1.963	3.515	13.780	552	19	57	214	249	20.349
Totaal	*6.999*	*9.080*	*46.726*	*2.273*	*320*	*520*	*925*	*800*	*67.643*
Aantal goedgekeurde aanvragen met uitbetaling									
50-64	3.437	4.335	16.415	889	109	266	458	468	26.377
≥65	1.550	2.951	7.563	319	9	37	138	214	12.781
Totaal	*4.987*	*7.286*	*23.978*	*1.208*	*118*	*303*	*596*	*682*	*39.158*
% aantal goedgekeurde aanvragen met uitbetaling									
50-64	68,25%	77,90%	49,82%	51,66%	36,21%	57,45%	64,42%	84,94%	55,77%
≥65	78,96%	83,95%	54,88%	57,79%	47,37%	64,91%	64,49%	85,94%	62,81%
Totaal	*71,25%*	*80,24%*	*51,32%*	*53,15%*	*36,88%*	*58,27%*	*64,43%*	*85,25%*	*57,89%*
Aantal gevraagde hulpmiddelen									
50-64	6.004	5.595	38.745	1.978	327	532	753	565	54.499
≥65	2.255	3.525	15.290	626	22	62	223	255	22.258
Totaal	*8.259*	*9.120*	*54.035*	*2.604*	*349*	*594*	*976*	*820*	*76.757*

Gemiddeld **aantal gevraagde hulpmiddelen per aanvraag**									
50-64	1,2	1,0	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,2
≥65	1,1	1,0	1,1	1,1	1,2	1,1	1,0	1,0	1,1
Totaal	*1,2*	*1,0*	*1,2*	*1,1*	*1,1*	*1,1*	*1,1*	*1,0*	*1,1*
Aantal personen met goedgekeurde aanvraag									
50-64	1.980	1.722	7.507	627	78	244	181	476	11.629
≥65	971	1.248	3.901	210	6	40	56	227	6.254
Totaal	*2.887*	*2.804*	*11.003*	*827*	*82*	*280*	*231*	*698*	*17.195*
Uitbetaald bedrag op 29/04/2025									
50-64	€ 2.124.376,21	€ 4.713.815,56	€ 26.610.170,89	€ 1.180.626,89	€ 489.903,16	€ 338.224,76	€ 679.356,60	€ 769.783,46	€ 36.906.257,53
≥65	€ 969.318,93	€ 3.297.290,68	€ 11.990.265,13	€ 382.781,34	€ 41.553,16	€ 40.779,48	€ 224.901,16	€ 289.935,30	€ 17.236.825,18
Totaal	*€ 3.093.695,14*	*€ 8.011.106,24*	*€ 38.600.436,02*	*€ 1.563.408,23*	*€ 531.456,32*	*€ 379.004,24*	*€ 904.257,76*	*€ 1.059.718,76*	*€ 54.143.082,71*
Gemiddeld uitbetaald bedrag per goedgekeurde aanvraag met bedrag uitbetaald op 29/04/2025									
50-64	€ 421,84	€ 847,05	€ 807,69	€ 686,01	€ 1.627,59	€ 730,51	€ 955,49	€ 1.397,07	€ 780,36
≥65	€ 493,79	€ 938,06	€ 870,12	€ 693,44	€ 2.187,01	€ 715,43	€ 1.050,94	€ 1.164,40	€ 847,06
Totaal	*€ 442,02*	*€ 882,28*	*€ 826,10*	*€ 687,82*	*€ 1.660,80*	*€ 728,85*	*€ 977,58*	*€ 1.324,65*	*€ 800,42*
Gemiddeld uitbetaald bedrag per persoon op 29/04/2025									
50-64	€ 1.072,92	€ 2.737,41	€ 3.544,71	€ 1.882,98	€ 6.280,81	€ 1.386,17	€ 3.753,35	€ 1.617,19	€ 3.173,64
≥65	€ 998,27	€ 2.642,06	€ 3.073,64	€ 1.822,77	€ 6.925,53	€ 1.019,49	€ 4.016,09	€ 1.277,25	€ 2.756,13
Totaal	*€ 1.071,60*	*€ 2.857,03*	*€ 3.508,17*	*€ 1.890,46*	*€ 6.481,17*	*€ 1.353,59*	*€ 3.914,54*	*€ 1.518,22*	*€ 3.148,77*

5.2 Budgettaire analyse (TO BE)

Voor het inschatten van de budgettaire impact van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid maken we gebruik van de formule Q x P, waarbij:

- Q = het aantal 65-plussers dat na het loslaten van de leeftijdsgrens van 65 jaar potentieel in aanmerking komt voor het aanvragen van hulpmiddelen bij het VAPH;
- P = de gemiddelde kost van hulpmiddelen die deze 65-plussers zullen aanvragen op het moment dat ze deze mogelijkheid krijgen.

De data die noodzakelijk zijn om een inschatting te maken van deze twee componenten zijn echter niet rechtstreeks voorhanden. Tot deze conclusie kwam ook de Werkgroep Statistieken, die in 2022 de beschikbare gegevens met betrekking tot personen met een handicap in België onderzocht.[17] Het is bijgevolg niet eenvoudig en exact te bepalen hoeveel personen component Q zou omvatten en welke concrete zorgnoden, en bijgevolg welke hulpmiddelen, deze personen gemiddeld zouden behoeven (component P) in een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

Daarom zijn we genoodzaakt om voor beide componenten een zo goed als mogelijke inschatting te maken op basis van data die wel beschikbaar zijn, weliswaar met de nodige assumpties. De resultaten van deze analyses dienen daarom ook met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

5.2.1 Q: aantal 65-plussers

We maken gebruik van de prevalentiepercentages, zoals gedistilleerd uit de Gezondheidsenquête in werkpakket 2 (zie hoofdstuk 3), voor het inschatten van de prevalentiecijfers van 65-plussers die na het loslaten van de leeftijdsgrens van 65 jaar potentieel in aanmerking komen voor het aanvragen van hulpmiddelen bij het VAPH. Aangezien de prevalentiepercentages enkel bepaald konden worden voor 50-plussers, beperken we ons in deze analyse eveneens tot de 50-plussers, ingedeeld in 50-64-jarigen en 65-plussers.

Tabel 23 geeft de prevalentiepercentages per doelgroep en per leeftijdscategorie o.b.v. de Gezondheids-enquête van Sciensano van 2018, zoals bepaald in werkpakket 2. Omwille van het feit dat bepaalde vragen enkel gesteld werden aan 65-plussers, kon het prevalentiepercentage voor de doelgroep ‘Functieverlies in de onderste ledematen’ voor 50-64-jarigen niet berekend worden. Bovendien zou volgens de berekeningen o.b.v. de Gezondheidsenquête het prevalentiepercentage voor de doelgroep ‘Ernstig verlies van de inspanningstolerantie’ 0% bedragen voor de 50-64-jarigen, hetgeen eerder onwaarschijnlijk lijkt. Daarom werd voor deze twee doelgroepen een prevalentiepercentage voor 50-64-jarigen berekend, door het prevalentiepercentage voor 65-plussers te delen door de gemiddelde verhouding van de prevalentiepercentages van beide leeftijdscategorieën van de andere doelgroepen, zijnde 3,67. Bijgevolg worden prevalentiepercentages bekomen van respectievelijk 0,62% en 0,40% voor de doelgroepen ‘Functieverlies in de onderste ledematen’ en ‘Ernstig verlies van de inspannings-tolerantie’ voor 50-64-jarigen.

17 Statistieken over personen met een handicap: beschikbare bronnen, hiaten en aanbevelingen; DG ANALYSE & MONITORING, FOD Sociale Zekerheid, 2022.

Tabel 23 Prevalentiepercentages per doelgroep

Doelgroep	**50-64**	**≥65**	**≥65 t.o.v. 50-64**
Auditieve beperking	0,50%	3,40%	6,81
Visuele beperking	1,14%	4,64%	4,09
Functieverlies in de onderste ledematen	*0,62%*	2,27%	
Functieverlies in de bovenste ledematen	0,42%	1,33%	3,16
Ernstig verlies van de inspanningstolerantie	*0,40%*	1,47%	
Verstandelijke of cognitieve beperking	0,16%	0,59%	3,69
Communicatieve beperking	0,70%	0,41%	0,58
Gemiddelde			*3,67*

Tabel 24 toont de bevolkingscijfers, volgens Statbel, van Vlaanderen en 30% van Brussel-Hoofdstad. De Brussel-norm van 30% houdt namelijk in dat Vlaanderen 30% van de Brusselse bevolking als haar doelgroep beschouwt.

Tabel 24 Bevolkingscijfers voor Vlaanderen en 30% BHG

	50-64	**≥65**
2020	1.440.893	1.405.409
2021	1.446.525	1.424.266
2022	1.449.690	1.451.024
2023	1.452.323	1.478.887
2024	1.446.623	1.509.362

De toepassing van de prevalentiepercentages (Tabel 23) op de bevolkingscijfers (Tabel 24) geeft vervolgens een inschatting van de prevalentiecijfers voor het jaar 2020 in Tabel 25. Voor de overige jaren 2021-2024 pasten we een analoge redenering en berekening toe. Bijvoorbeeld, volgens deze berekeningen zouden in 2020 7.196 personen met een auditieve beperking potentieel in aanmerking gekomen zijn voor een tegemoetkoming voor hulpmiddelen bij het VAPH. Potentieel weliswaar, want in de voorgaande werkpakketten werd reeds aangehaald dat niet iedereen die in aanmerking komt ook daadwerkelijk de stap zet om een tegemoetkoming voor hulpmiddelen aan te vragen.

De data ontbreken echter om te bepalen hoeveel van de 65-plussers in Tabel 25 uiteindelijk een aanvraag voor een hulpmiddel bij het VAPH zouden ingediend hebben in geval van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Vandaar baseren we ons voor de budgettaire analyse op deze prevalentiecijfers.

Tabel 25 Prevalentiecijfers per doelgroep voor een tegemoetkoming voor hulpmiddelen bij het VAPH voor het jaar 2020

Doelgroep	**50-64**	**≥65**
Auditieve beperking	7.196	47.806
Visuele beperking	16.357	65.184
Functieverlies in de onderste ledematen	8.929	31.927
Functieverlies in de bovenste ledematen	6.068	18.701
Ernstig verlies van de inspanningstolerantie	5.773	20.641
Verstandelijke of cognitieve beperking	2.290	8.239
Communicatieve beperking	10.093	5.745

5.2.2 P: gemiddelde kost

Zoals eerder aangehaald zijn de data niet beschikbaar die ons moeten toelaten om een exacte inschatting te maken van de gemiddelde kost van hulpmiddelen die deze 65-plussers zullen aanvragen of zouden aangevraagd hebben in geval van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Om toch een inschatting te kunnen bekomen, maken we daarom gebruik van de data van het VAPH.

Ons hiervoor baseren op de huidige gemiddelde uitbetaalde bedragen voor hulpmiddelen bij het VAPH van 65-plussers zou een aanzienlijke onderschatting betekenen, aangezien deze personen, in de huidige regeling, per definitie reeds voor hun 65 jaar erkend werden als persoon met een handicap en in aanmerking zijn gekomen voor tegemoetkomingen.

We maken daarom de assumptie dat het gemiddelde uitbetaalde bedrag voor 50-64-jarigen, t.o.v. de prevalentiecijfers, een aannemelijke schatting is voor de verwachte gemiddelde uitgaven voor 65-plussers in geval van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. De leeftijdsgroep van 50-64-jarigen bevat namelijk zowel eerste aanvragers als personen die reeds eerder een aanvraag voor hulpmiddelen bij het VAPH hebben gedaan. Echter moeten we deze inschatting toch zeker als een bovengrens beschouwen, aangezien:

- Een aantal personen in de groep 65+ mogelijk op eigen kosten reeds hulpmiddelen heeft aangekocht, aangezien ze onder de huidige regelgeving niet in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van het VAPH;
- Een deel van deze aanvragen van 65-plussers mogelijk reeds *afgedekt* zijn door andere beleidsdomeinen, zoals bv. woningaanpassingen voor 65-plussers;
- 65-plussers mogelijk een ander profiel hebben dan 50-64-jarigen: Vanuit de inzichten uit de kwantitatieve analyses en de bijhorende expertinterviews zijn we niet helemaal zeker of de noden aan hulpmiddelen van de 50-64-jarigen doorgetrokken kunnen worden naar de oudere leeftijdsgroepen. Zij ondervinden enerzijds meer moeilijkheden met activiteiten, waardoor er mogelijk meer nood is aan hulpmiddelen. Anderzijds voeren zij mogelijk andere types van activiteiten uit, en zullen zij dus andere hulpmiddelen nodig hebben. We vertrekken in deze aanpak daarom van het totale

uitbetaalde bedrag van 50-64-jarigen, en delen dit door het prevalentiecijfer om een gemiddelde uitbetaald bedrag per "prevalentiepersoon" voor 65-plussers te bekomen voor elke doelgroep (Tabel 26). Hierbij zien we dat dit gemiddelde bedrag aanzienlijk hoger is voor de doelgroep 'Functieverlies in de onderste ledematen' dan voor de andere doelgroepen.

Om in de berekeningen ook rekening te houden met uitgaven van aanvragen via de BBC, berekenen we het procentuele aandeel van deze uitgaven t.o.v. de uitgaven voor de zeven doelgroepen (SUBTOTAAL), hetgeen neerkomt op 2,74%. Dit percentage gebruiken we verder bij de budgettaire inschatting voor de 65-plussers in geval van een LOHB.

Tabel 26 Gemiddeld uitbetaald bedrag voor 50-64-jarigen t.o.v. prevalentiecijfers 2020

2020	**Totaal uitbetaald bedrag 50-64 jaar**	**Prevalentiecijfers 50-64 jaar**	**Gemiddelde**
Auditieve beperking	€ 510.617,28	7.196	€ 70,96
Visuele beperking	€ 1.089.207,91	16.357	€ 66,59
Functieverlies in de onderste ledematen	€ 6.143.746,67	8.929	€ 688,04
Functieverlies in de bovenste ledematen	€ 251.747,22	6.068	€ 41,49
Ernstig verlies van de inspanningstolerantie	€ 191.302,13	5.773	€ 33,14
Verstandelijke beperking	€ 67.459,72	2.290	€ 29,46
Communicatieve beperking	€ 155.621,22	10.093	€ 15,42
SUBTOTAAL	€ 8.409.702,15		
BBC	€ 230.110,08		
TOTAAL	€ 8.639.812,23		
% BBC t.o.v. SUBTOTAAL	2,74%		

Vervolgens gebruiken we deze gemiddelde uitbetaalde bedragen als schatting voor de verwachte gemiddelde uitgaven voor 65-plussers in geval van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid, en vermenigvuldigen we deze met de prevalentiecijfers van deze leeftijdsgroep. Tabel 27 toont bijgevolg de totale budgettaire kost per doelgroep in 2020 in het TO BE scenario, zijnde een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Het is voornamelijk de doelgroep 'Functieverlies in de onderste ledematen' die de grootste budgettaire impact heeft.

Tabel 27 Inschatting van budgettaire kost voor 65-plussers bij een LOHB in 2020

2020	**Gemiddelde**	**Prevalentiecijfers ≥65**	**Totale kost ≥65 (TO BE)**
Auditieve beperking	€ 70,96	47.806	€ 3.392.209,65
Visuele beperking	€ 66,59	65.184	€ 4.340.502,66
Functieverlies in de onderste ledematen	€ 688,04	31.927	€ 21.966.788,48
Functieverlies in de bovenste ledematen	€ 41,49	18.701	€ 775.930,78
Ernstig verlies van de inspanningstolerantie	€ 33,14	20.641	€ 683.995,23
Verstandelijke beperking	€ 29,46	8.239	€ 242.693,85
Communicatieve beperking	€ 15,42	5.745	€ 88.580,05
SUBTOTAAL			€ 31.490.700,70
BBC (2,74% t.o.v. SUBTOTAAL)			€ 861.662,82
TOTAAL			€ 32.352.363,52

Tabel 28 toont vervolgens een meerkost van € 28.722.188,56 voor 65-plussers in het scenario van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelen (TO BE) t.o.v. het huidige beleid (AS IS) voor het jaar 2020.

Tabel 28 Vergelijking huidig beleid (AS IS) vs. een LOHB (TO BE) in 2020

2020	**Totale kost ≥65 (AS IS)**	**Totale kost ≥65 (TO BE)**	**TO BE vs. AS IS**
Auditieve beperking	€ 209.248,94	€ 3.392.209,65	€ 3.182.960,71
Visuele beperking	€ 811.796,48	€ 4.340.502,66	€ 3.528.706,18
Functieverlies in de onderste ledematen	€ 2.445.459,68	€ 21.966.788,48	€ 19.521.328,80
Functieverlies in de bovenste ledematen	€ 72.049,82	€ 775.930,78	€ 703.880,96
Ernstig verlies van de inspanningstolerantie	€ 0,00	€ 683.995,23	€ 683.995,23
Verstandelijke beperking	€ 12.658,36	€ 242.693,85	€ 230.035,49
Communicatieve beperking	€ 31.268,65	€ 88.580,05	€ 57.311,40
BBC	€ 47.693,03	€ 861.662,82	€ 813.969,79
TOTAAL	€ 3.630.174,96	€ 32.352.363,52	€ 28.722.188,56

Op analoge wijze maken we deze analyse ook voor de andere jaren in de periode 2020-2024, zoals we tonen in Tabel 29. Uit deze inschatting volgt, weliswaar met de nodige assumpties, dat het invoeren van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid een aanzienlijke budgettaire impact zou impliceren. O.a. omwille van deze assumpties, moeten we deze resultaten echter met de nodige voorzichtigheid interpreteren. We merken namelijk op dat de budgettaire kost van 65-plussers in het huidige beleid (AS IS) doorheen de observatieperiode slechts licht afneemt en eerder relatief constant blijft. Dit terwijl de geschatte budgettaire kost van de 65-plussers in het TO BE-scenario, zijnde een LOHB, vanaf 2022

aanzienlijk afneemt. Bijgevolg kent de meerkost van het TO BE-scenario t.o.v. het huidige beleid een gelijkaardig verloop. Dit is niet logisch, aangezien we hier eerder een stabiel verloop zouden verwachten, gelet op de berekende prevalentiecijfers die amper wijzigen op deze korte tijdsperiode.

Een eerste verklaring voor deze afname in budgettaire kost zou kunnen liggen in het feit dat een uitbetaling tot twee jaar na betekening van de aanvraag voor hulpmiddelen opgenomen kan worden. Dit is echter ook geldig voor de 65-plussers, maar waar we deze afname in budgettaire kost niet vaststellen. Andere oorzaken liggen dus aan de basis hiervan.

Een blik op de aanvragen voor hulpmiddelen bij beide leeftijdsgroepen in het huidige beleid (zie Tabel 20) geeft enkele plausibele verklaringen. Ten eerste neemt het aantal goedgekeurde aanvragen bij 50-64-jarigen jaar na jaar af, terwijl dit relatief constant blijft bij de 65-plussers, en zelfs licht toeneemt. Eenzelfde trend zien we bij het aantal personen met een goedgekeurde aanvraag. Daarnaast neemt het aantal goedgekeurde aanvragen met een uitbetaling veel sterker af bij de 50-64-jarigen dan bij de 65-plussers doorheen de observatieperiode. Bijgevolg neemt ook het totale uitbetaalde bedrag voor hulpmiddelen bij 50-64-jarigen stelselmatig af, tegenover een stabilisering bij de 65-plussers (zie Tabel 21).

Deze evolutie is echter van invloed op de berekeningswijze die we hanteren. Een totale kost voor 50-64-jarigen die jaarlijks afneemt, terwijl de prevalentiecijfers eerder constant blijven, zorgen logischerwijze voor een afname in het gemiddeld bedrag per “prevalentiepersoon” (zie Tabel 26), dat we als inschatting hanteren voor de gemiddelde uitgaven voor hulpmiddelen van 65-plussers in het scenario met een LOHB.

Bovendien zijn de jaren 2023 en 2024 nog onvolledig, aangezien op het moment van de data-extractie een aantal goedgekeurde aanvragen nog uitbetaald kunnen/zullen worden. De berekende gemiddelde bedragen voor 50-64-jarigen, die we als proxy voor 65-plussers gebruiken, zullen bijgevolg te laag zijn.

Dit maakt dat de resultaten in Tabel 29 met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden. Bovendien is de observatieperiode ook beïnvloed door de COVID-pandemie, waardoor we niet van een “normale” periode kunnen spreken. Hierdoor is het extrapoleren van de resultaten voor de periode 2020-2024 naar toekomstige tijdsperioden, bv. 2025-2029, eerder onbetrouwbaar en bijgevolg niet aangewezen.

Het is daarom aangewezen om met meer en consistentere data voor een langere en “normale” periode, een betere inschatting van de budgettaire kost te kunnen maken. Met enerzijds ook betere prevalentiecijfers wat betreft het aantal 65-plussers dat in aanmerking zou komen voor een tegemoetkoming bij het VAPH in een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. En anderzijds eveneens betere en concretere inzichten wat betreft de nood aan hulpmiddelen van deze 65-plussers.

Tabel 29 Vergelijking totale kost 65-plussers in huidig beleid (AS IS) vs. LOHB (TO BE) in 2020-2024

	2020	2021	2022	2023	2024
Auditieve beperking	€ 3.392.209,65	€ 3.130.119,60	€ 3.266.220,06	€ 2.559.602,94	€ 2.123.845,14
Visuele beperking	€ 4.340.502,66	€ 4.088.968,58	€ 3.477.850,21	€ 3.791.187,94	€ 3.608.142,39
Functieverlies in de onderste ledematen	€ 21.966.788,48	€ 22.229.670,28	€ 19.812.797,63	€ 19.025.769,66	€ 14.574.833,25
Functieverlies in de bovenste ledematen	€ 775.930,78	€ 860.538,17	€ 841.502,64	€ 669.450,73	€ 587.541,47
Ernstig verlies van de inspanningstolerantie	€ 683.995,23	€ 209.116,54	€ 456.534,47	€ 196.466,56	€ 243.270,16
Verstandelijke beperking	€ 242.693,85	€ 342.805,39	€ 262.862,26	€ 205.793,68	€ 193.880,10
Communicatieve beperking	€ 88.580,05	€ 113.163,22	€ 81.244,94	€ 72.588,52	€ 39.910,74
BBC	€ 861.662,82	€ 847.535,07	€ 771.594,15	€ 725.675,79	€ 584.774,57
TOTAAL TO BE	€ 32.352.363,52	€ 31.821.916,84	€ 28.970.606,35	€ 27.246.535,82	€ 21.956.197,83
TOTAAL AS IS	€ 3.630.174,96	€ 3.584.228,22	€ 3.353.367,38	€ 3.452.147,12	€ 3.216.907,50
TO BE vs. AS IS	€ 28.722.188,56	€ 28.237.688,62	€ 25.617.238,97	€ 23.794.388,70	€ 18.739.290,33

5.3 Scenario met leeftijdsgrens op 67 jaar

Een verschuiving van de leeftijdsgrens van 65 naar 67 jaar kan in beleidsmatige zin worden beschouwd als een potentiële tussenstap naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Echter, de momenteel beschikbare gegevens laten niet toe om een voldoende betrouwbare budgettaire analyse van dit scenario uit te voeren.

De steekproef in de Gezondheidsenquête voor de leeftijdsgroep 65–66 jaar — de doelgroep die relevant zou zijn bij een optrekking van de leeftijdsgrens tot 67 jaar — is namelijk onvoldoende groot om met voldoende statistische betrouwbaarheid uitspraken te doen over de prevalentiepercentages van deze groep.

Bijgevolg is het op dit moment niet mogelijk om een onderbouwde raming te maken van de budgettaire gevolgen van dit scenario.

Hoofdstuk 6
Conclusie

6.1 Onderzoeksopzet

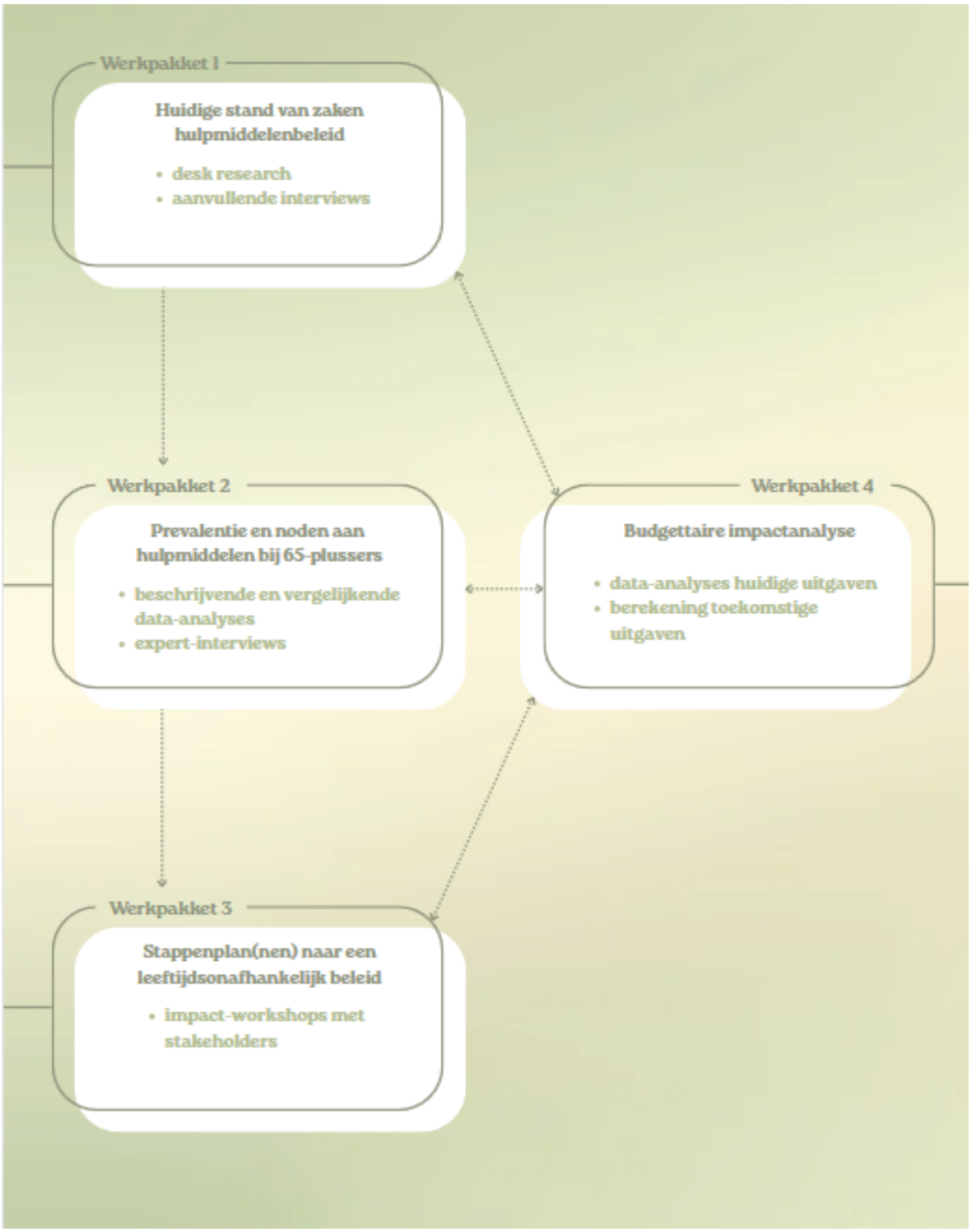
Binnen dit onderzoek onderzochten we mogelijke stappen naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. We voerden hiervoor zowel kwantitatieve als kwalitatieve analyses uit (Figuur 1 ; en hoofdstuk 1.1). Het onderzoek startte met een verkenning van het huidige hulpmiddelenbeleid. Dit gaf achtergrond bij de huidige beleidskeuzes en gaf inzicht in de mogelijke kansen en aanknopingspunten voor een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

Daarna maakten we op basis van gegevens uit de Gezondheidsenquête 2018 een inschatting van het aandeel personen met een handicap binnen de groep van de 65-plussers. Aan de hand van expert-interviews verdiepten we deze analyses en identificeerden we aandachtspunten bij de vertaling van de prevalentie van beperkingen naar mogelijke noden aan hulpmiddelen.

Parallel met de analyses van de noden van de 65-plussers, analyseerden we de huidige uitgaven voor de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen. Verder bouwend op deze inzichten, werkten verschillende betrokken stakeholders tijdens twee impact-workshops mogelijke stappenplannen uit. Voor het scenario met een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid maakten we bovendien een inschatting van de budgettaire impact.

Hieronder bespreken we de belangrijkste conclusies uit het onderzoek. We onderscheiden hierin drie globale thema's, die ieder een deel van de algemene onderzoeksdoelstelling beantwoorden: (a) het belang van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid, (b) stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid en (c) de budgettaire impact van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

Figuur 1 Werkpakketten onderzoek



6.2 Het belang van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid (~Voor wie? & Waarom?)

Heel wat 65-plussers die momenteel niet erkend zijn als persoon met een handicap hebben potentieel nood aan hulpmiddelen. Zo geven de kwantitatieve analyses op data uit de Gezondheidsenquête 2018 (Sciensano, 2025; zie ook Hoofdstuk 3.1.2) aan dat de kans om bepaalde moeilijkheden of beperkingen te ervaren, toeneemt met de leeftijd. Zowel bij activiteiten voor dagelijks leven (ADL) als bij andere specifieke handelingen is het aandeel dat moeilijkheden ondervindt significant groter bij de 65-plussers. Daarnaast rapporteren zij vaker mobiliteitsbeperkingen en problemen bij persoonlijke verzorging. Daaruit volgend ligt het aandeel personen met een handicap bij de 65-plussers significant hoger dan bij de jongere leeftijdscategorieën. Waar 2,6% van de 50- tot 59-jarigen een handicap heeft en bij de 60- tot 64-jarigen 2,3%, loopt dat bij de 65-plussers op tot respectievelijk 10,2%. Het grootste aandeel vinden we terug bij de visuele (4,6% van de 65-plussers) en de auditieve beperkingen (3,4%). De andere beperkingen komen in mindere mate voor: 2,3% van de 65-plussers behoort tot de doelgroep met een functieverlies in de onderste ledematen, 1,5% tot de doelgroep met een ernstig verlies van de inspanningstolerantie en 1,3% tot de groep met een functieverlies in de bovenste ledematen. 0,6% heeft een verstandelijke beperking en 0,4% een communicatieve beperking.

Ook binnen de groep van 65-plussers neemt het aandeel dat kampt met beperkingen verder toe met de leeftijd. Hoe ouder een persoon wordt, hoe groter dus de kans dat hij/zij/hun beperkingen ervaart, wat op zijn beurt zorgt voor een grotere kans dat deze persoon hulpmiddelen gaat moeten gebruiken. Bij de leeftijdsgroep van 79 jaar en ouder loopt bijvoorbeeld het aandeel met een visuele beperking op tot 9,5%.

De inzichten uit de kwantitatieve analyses werden verder bevestigd in de kwalitatieve gesprekken. We organiseerden diepte-interviews-met experten uit de Vlaamse administratie (VAPH en VSB), koepel- en belangenorganisaties, mutualiteiten en revalidatiecentra- rond het beleidskader (n=2; met in totaal 6 respondenten) en de interpretatie van de cijfergegevens rond de noden van de 65-plussers (n=14). Doorheen deze interviews werd het belang van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid meermaals benadrukt. De experten zien in de praktijk heel wat situaties en doelgroepen waarvoor een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid relevant zou zijn. Ze ervaren het huidige beleid dan ook als oneerlijk of zelfs discriminerend. Er is onder de respondenten een groot draagvlak voor het afschaffen van de leeftijdsgrens. Al wordt dit standpunt vaak getemperd door de vrees dat hiervoor onvoldoende budget ter beschikking zal zijn, wat wijst op het belang van de budgettaire impact als factor/argument in het beslissingsproces.

6.3 Stappen naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid: een weg met heel wat ‘omleidingen’

Hoewel de nood aan een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid doorheen het onderzoek (verder) tastbaar werd, blijkt de weg er naartoe complex te zijn. Bij het uitwerken van mogelijke stappenplannen werd duidelijk dat er heel wat knelpunten bestaan. De ene vraag bracht telkens andere vragen met zich mee. Deze hadden betrekking op (a) de beschikbare data, (b) de relatie tussen de prevalentie van handicap en de vraag naar hulpmiddelen en (c) de complexiteit van de bevoegdheden.

6.3.1 Data

Een eerste, praktisch, knelpunt is het ontbreken van geschikte data. Zowel rond de prevalentie van handicaps bij 65-plussers als rond hun nood aan hulpmiddelen zijn geen data voorhanden die specifiek met dat doel verzameld werd.

De beschikbare data zijn onvolledig. Momenteel wordt in administratieve databronnen enkel geregistreerd of een persoon erkend is als persoon met een handicap. In deze databronnen worden dus enkel personen die aan de huidige regelgeving voldoen en effectief een aanvraag deden, gezien als personen met een handicap. Er zijn echter nog heel wat andere personen die gelijkaardige beperkingen en handicaps ervaren, maar geen aanvraag indienden en/of niet voldoen aan de huidige voorwaarden. Om uitspraken te kunnen doen over (de impact van) een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelbeleid, moet men zicht hebben op de gehele groep van potentiële rechthebbenden.

Een deel van de benodigde informatie kan uit bestaande bevragingen gehaald worden. Zo wordt er in verschillende vragenlijsten (Gezondheidsenquête, SHARE-vragenlijst …) gevraagd naar ervaren moeilijkheden bij bepaalde activiteiten, lichamelijke moeilijkheden, participatieproblemen … Aangezien deze vragen niet gesteld worden met het oog op het detecteren van personen met een handicap, omvatten de vragen vaak niet alle aspecten van een handicap (lees: de vragen die gesteld worden, zijn niet afgestemd op de voorwaarden om tot een bepaalde doelgroep van personen met een handicap gerekend te worden), of omvat het slechts één type van activiteit/handicap. Deze vragenlijsten zijn dan ook vaak onvoldoende om de gehele populatie van personen met een handicap te vatten. Bij gebrek aan volledigere/betere databronnen, zijn surveyvragen echter de meest geschikte oplossing om een inschatting te maken.

Naast de moeilijkheden om de prevalentie van handicaps te bepalen, zijn er tevens weinig data beschikbaar rond de nood van personen met een handicap aan hulpmiddelen. We weten dus niet wat een persoon met een bepaalde beperking nodig heeft. *In hoofdstuk 5 maakten we op basis van registraties rond de uitgekeerde tegemoetkomingen voor hulpmiddelen een inschatting van wat een persoon met een handicap uit een bepaalde doelgroep gemiddeld nodig heeft. Deze inschattingen hebben echter enkel betrekking op de personen jonger dan 65 jaar, en bieden geen inzicht in de specifieke noden van 65-plussers met een handicap.*

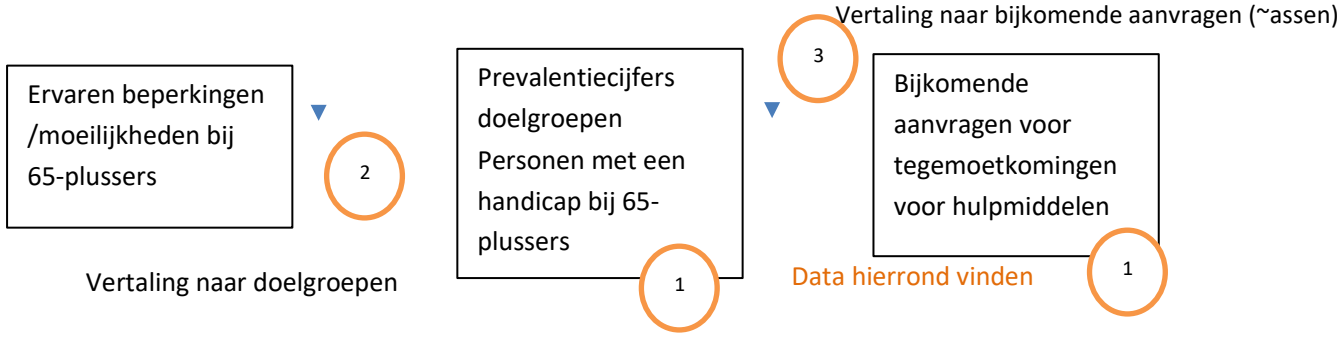
In hoofdstuk 5 maakten we op basis van goedgekeurde aanvragen voor hulpmiddelen bij het VAPH een inschatting van wat een persoon met een handicap uit een bepaalde doelgroep gemiddeld nodig heeft. Deze inschattingen bieden echter enkel een volledig beeld voor personen jonger dan 65 jaar, maar bieden te weinig inzichten in de specifieke noden van 65-plussers met een handicap. 65-plussers die pas na hun 65 jaar hulpbehoevend zijn geworden, zijn namelijk niet vervat in deze cijfers, met als gevolg een onvolledig beeld van deze leeftijdsgroep.

6.3.2 Van prevalentie naar vraag hulpmiddelen

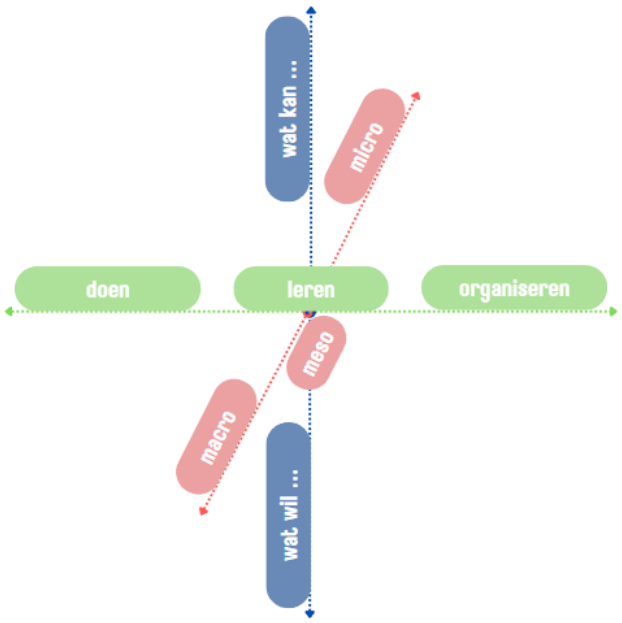
De verschillende gesprekken leren ons bovendien dat er geen één-op-één-relatie bestaat tussen de ervaren moeilijkheden (~beperkingen) en de uiteindelijke vraag naar hulpmiddelen. Deze vraag wordt immers bepaald door een samenspel van verschillende assen (zie Figuur 5 en hoofdstuk 3.2): (a) wat de persoon (nog) kan vs. wat hij nog wil, (b) wat de persoon kan en wil doen, aanleren en organiseren en (c) de persoonlijke situatie van de persoon met een handicap (microniveau), zijn/haar/hun dichte omgeving (meso-niveau) en het beleidskader (macroniveau). Niet alleen wat een persoon (nog) kan,

maar ook wat hij wil doen, aanleren en organiseren, bepaalt mee welke hulpmiddelen een persoon aanvraagt. Er moet daarnaast oog zijn voor de noden en mogelijkheden van de dichte omgeving en het beleidskader waarin het hulpmiddelenbeleid ingebed is. Er moet dus met enige voorzichtigheid omgegaan worden met de beschreven prevalentiecijfers als schatting voor de uiteindelijke vraag naar hulpmiddelen. De gerapporteerde prevalentiecijfers zijn mogelijk een overschatting van de effectieve vraag naar hulpmiddelen en moeten dus als bovengrens geïnterpreteerd worden.

Figuur 7 traject naar cijfers over de bijkomende tegemoetkomingen voor hulpmiddelen



Figuur 5 Assen van aandachtspunten bij de interpretatie van de cijfers rond beperkingen



Bron: van de auteurs

6.3.3 Complexiteit bevoegdheden

Naast de knelpunten met betrekking tot het inschatten van de nood aan hulpmiddelen, werd doorheen het onderzoek de complexiteit van de bevoegdheidsverdelingen duidelijk. Het hulpmiddelenbeleid zit zo vervlochten met andere beleidsinitiatieven en -domeinen (de erkenning als persoon met een handicap en de daaruit voortvloeiende mogelijke toekenning van een persoonsvolgend budget, het woonbeleid, de visie rond woonzorgcentra …) dat het uitwerken van een geïsoleerd stappenplan naar een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid moeilijk was. Voorstellen rond een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid hebben immers hun weerslag op andere, belendende sectoren of domeinen (wonen, gezondheidszorg, onderwijs, welzijn …), en vice versa. Het wegwerken van de leeftijdsgrens binnen het hulpmiddelenbeleid resulteert hierdoor vaak in een nieuwe discriminatiegrond elders (op basis van inkomen, type nood, leeftijd …), terwijl de respondenten (van de impactworkshops) zich enkel kunnen zetten achter niet-discriminerende scenario's. Dit benadrukt de nood aan een overkoepelende visie op wonen, participatie, ondersteuning … van ouderen.

6.4 Budgettaire impact: leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

Voor het scenario van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid (LOHB) maakten we eveneens een inschatting van de budgettaire impact. De benodigde data waren echter niet rechtstreeks voorhanden, dit wat betreft enerzijds het aantal 65-plussers dat na het loslaten van de leeftijdsgrens van 65 jaar potentieel in aanmerking komt voor het aanvragen van hulpmiddelen bij het VAPH en anderzijds de gemiddelde kost van hulpmiddelen die deze 65-plussers zullen aanvragen op het moment dat ze deze mogelijkheid krijgen. We baseerden ons daarom op de berekende prevalentiecijfers uit de Gezondheids-enquête van Sciensano, toegepast op de bevolkingscijfers, en op data van het VAPH betreffende de goedgekeurde aanvragen voor hulpmiddelen voor de periode 2020-2024.

Omwille van het gebrek aan andere cijfers maakten we bijgevolg de assumptie dat het gemiddelde uitbetaalde bedrag voor hulpmiddelen voor 50-64-jarigen, een schatting is voor de verwachte gemiddelde uitgaven voor 65-plussers in geval van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Echter moeten we deze inschatting eerder als een bovengrens beschouwen.

Tabel 30 toont, weliswaar met de nodige assumpties, dat het invoeren van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid een aanzienlijke budgettaire impact zou impliceren. O.a. omwille van deze assumpties, moeten we deze resultaten echter met de nodige voorzichtigheid interpreteren.

Bovendien zien we een afname van de budgettaire kost in het scenario van een LOHB in de periode 2020-2024, van €28,7 miljoen naar €18,7 miljoen, hetgeen niet logisch te verwachten was. Dit is echter voornamelijk toe te wijzen aan een, voor ons nog onverklaarbare, afname in het aantal aanvragen voor hulpmiddelen en een sterke afname in het opnamepercentage van deze aanvragen bij de 50-64-jarigen, die namelijk een belangrijk onderdeel uitmaken van de toegepaste berekeningswijze.

Bovendien was de observatieperiode ook onderhevig aan de COVID-pandemie, waardoor we niet van een "normale" periode kunnen spreken. Hierdoor is het extrapoleren van de resultaten voor de periode 2020-2024 naar toekomstige tijdsperioden, bv. 2025-2029, eerder onbetrouwbaar en bijgevolg niet aangewezen. Het is daarom aangewezen om met meer en consistentere data voor een langere en "normale" periode, een betere inschatting van de budgettaire kost te kunnen maken.

Het optrekken van de leeftijdsgrens van 65 naar 67 jaar kan in de praktijk gezien worden als een potentiële tussenstap richting een leeftijdsonafhankelijk beleid inzake hulpmiddelenverstrekking. De beschikbare gegevens, met name de prevalentiecijfers o.b.v. de Gezondheidsenquête, blijken echter onvoldoende betrouwbaar om een budgettaire analyse van dit scenario te onderbouwen.

Tabel 30 Vergelijking totale kost 65-plussers in huidige beleid (AS IS) vs. LOHB (TO BE) in 2020-2024

	2020	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**
LOHB (TO BE)	€ 32.352.363,52	€ 31.821.916,84	€ 28.970.606,35	€ 27.246.535,82	€ 21.956.197,83
Huidige beleid (AS IS)	€ 3.630.174,96	€ 3.584.228,22	€ 3.353.367,38	€ 3.452.147,12	€ 3.216.907,50
LOHB vs. huidig beleid	€ 28.722.188,56	€ 28.237.688,62	€ 25.617.238,97	€ 23.794.388,70	€ 18.739.290,33

6.5 Aanbevelingen: volgende stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid

De bevindingen uit het onderzoek bieden inzicht in de nood aan en de mogelijke stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Zoals reeds aangegeven brachten de gezette onderzoek-stappen ook heel wat bijkomende vragen en reflecties met zich mee. Deze resultaten bundelden we in enkele aanbevelingen die als verdere stappen kunnen dienen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Deze sluiten aan bij de stappen die tijdens de impact-workshops (Hoofdstuk 4.3) door de stakeholders werden geformuleerd.

6.5.1 Bijkomende en afgestemde data

Een eerste groep van aanbevelingen heeft betrekking op bijkomende te verzamelen informatie. Onze zoektocht naar mogelijke databronnen en de daaruit volgende beperkte analyse-strategieën, onderstrepen het belang van betere en specifiekere data rond handicaps en beperkingen. Het is aan te bevelen **dat er meer gericht data verzameld worden over het aandeel personen met een handicap in de bevolking**. Momenteel wordt er enkel informatie geregistreerd over de begunstigde populatie (de personen die erkend zijn als persoon met een handicap), waardoor er weinig tot niets geweten is over de rest van de populatie.

Een recent rapport van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid bevestigt deze nood aan bijkomende data (Laenen et al., 2025). De auteurs stellen vast dat er heel wat databronnen rond personen met een handicap beschikbaar zijn, maar dat er verschillende belangrijke hiaten zitten in deze data. Zo (a) kan de populatie van personen met een handicap door de bestaande bronnen niet volledig in kaart gebracht worden, (b) zitten de administratieve bronnen waarop men zich kan baseren erg verspreid, (c) ontbreken er vaak een aantal relevante achtergrondkenmerken en (d) zijn de gebruikte definities moeilijk met mekaar te vergelijken. (Laenen et al., 2025,p. 627). Zij pleiten er echter vooral voor om de kwaliteit van de huidige gegevens te verhogen en de reeds verzamelde informatie meer en beter te integreren, idealiter in één centrale database, eerder dan nieuwe of bijkomende gegevens te verzamelen.

In eerste instantie gaat het er dus om de verschillende puzzelstukken samen te leggen, en na te gaan of en welke gegevens er concreet ontbreken. Wie verzamelt welke informatie? Kan deze informatie geïntegreerd worden om zo tot nieuwe data te komen? Vatten we daarmee de volledige populatie van personen met een handicap? Zo niet, welke gegevens ontbreken er? Om een antwoord te krijgen op deze vragen, is verdere afstemming tussen de eigenaars van de cijfergegevens aangewezen. Vanuit het inzicht in de ontbrekende gegevens kan dan, indien nodig, gericht bijkomende data verzameld worden. Afhankelijk van de concrete inhoud van de ontbrekende gegevens, zullen andere partners betrokken moeten worden.

Naast de prevalentiecijfers is er ook nood aan **gegevens rond de ondersteuningsnoden en benodigde hulpmiddelen** van de personen met een handicap. Belangrijk is hierbij specifiek aandacht te hebben voor de situatie van de 65-plussers. Er is tot op heden heel weinig geweten over de hulpmiddelen die een persoon die na zijn 65 een handicap verwerft, nodig heeft. Ondanks dat iedere situatie uniek is, lijkt een brede bevraging bij een representatieve steekproef de aangewezen manier. In het buitenland (bijvoorbeeld de 'Survey of Disability, Ageing and Carers' (SDAC) in Australië (Australian Bureau of Statistics, 2022)) werden reeds zulke gerichte, echter land-specifieke, vragenlijsten opgesteld, dewelke als voorbeeld kunnen dienen.

Zowel voor het bepalen van de prevalentie van handicaps als voor het in kaart brengen van de ondersteuningsnoden en benodigde hulpmiddelen kan men er ook voor kiezen om de (gezondheids)toestand van de bevolking meer (proactief) te monitoren. Er bestaan reeds verschillende tools die de evoluties in de bevolking opvolgen. Zo verzamelt Statistiek Vlaanderen gegevens over onder meer 'Gezondheid en welzijn' en 'Zorg' (Statistiek Vlaanderen, 2025). Maar ook vanuit Sciensano, de gemeentemonitor (Vlaamse overheid, 2025) en de gezinsenquête (Departement Zorg, 2021) wordt op regelmatige basis informatie over de bevolking verzameld. In functie van een dagdagelijkse monitoring van de 'potentiële personen met een handicap', kan nagegaan worden of er binnen de surveys meer oog moet zijn voor personen met een handicap. Indien nodig, kunnen de bestaande screeningstools en/of vragensets (zie ook Box 1 en Box 2) gebruikt worden om de personen met een handicap te 'detecteren'.

Een rijkere, beter afgestemde en geïntegreerde dataset rond de prevalentie van beperkingen en de nood aan hulpmiddelen kan voor verschillende stakeholders een meerwaarde bieden. Het VAPH zou deze gegevens bijvoorbeeld kunnen gebruiken voor prognoses, onderbouwing van beleidskeuzes etc. (Laenen et al., 2025). Maar ook voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek biedt zulke dataset heel wat kansen. Het zou een tijdsbesparing betekenen en tot betrouwbaardere en robuustere resultaten leiden.

In functie van een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid biedt zulke dataset beleidsmakers en -medewerkers meer duidelijkheid rond de noden van de 65-plussers met een handicap aan hulpmiddelen. Op deze manier komt men tegemoet aan de vragen die er momenteel binnen het VAPH heersen. De cijfers kunnen zo een gedegen basis vormen van waaruit verdere stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid gezet kunnen worden.

6.5.2 Een duidelijker zicht op de vervlechting van de verschillende betrokken beleidsdomeinen

Naast bijkomende inzichten in de prevalentiecijfers, is het aangewezen dat de betrokken actoren **een duidelijker zicht krijgen op de vervlechting van de verschillende betrokken beleidsdomeinen.** Doorheen de impactworkshops werd duidelijk dat een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid aan heel wat andere beleidsdomeinen raakt. Dit biedt kansen, maar zorgt ook voor uitdagingen.

6.5.2.1 Kansen van de vervlechting van het hulpmiddelenbeleid met andere beleidsdomeinen

Kansen zien de respondenten in het feit dat een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid een besparing kan betekenen op andere uitgavenposten voor ouderen, zowel op directe als indirecte wijze. Tijdens de expertinterviews werden heel wat van deze betrokken uitgavenposten benoemd (cfr. 3.2.2). Zo worden woningaanpassingen bij 65-plussers momenteel deels gecoverd door de Vlaamse woningaanpassingspremie (zie Hoofdstuk 2.3). Indien de subsidiariteit die momenteel van kracht is binnen het hulpmiddelenbeleid behouden blijft (zie ook hoofdstuk 2), betekent dit dat een deel van de kosten voor woningaanpassingen voor 65-plussers met een handicap niet door het VAPH gedragen moet worden, maar door het Agentschap Wonen in Vlaanderen. Maar ook omgekeerd kan men ervoor kiezen om de woningaanpassingen voor 65-plussers met een handicap volledig onder de bevoegdheid van het VAPH te plaatsen. In dat geval zou men, aldus de respondenten, het budget dat bij het Agentschap Wonen in Vlaanderen vrijkomt, kunnen overhevelen naar het VAPH, om een deel van de bijkomende kosten voor hulpmiddelen te dekken. Hetzelfde geldt voor de tegemoetkomingen in het kader van werk, onderwijs, mobiliteitshulpmiddelen en incontinentie. Dit maakt dat de vermeldde budgettaire impact als bovengrens gezien kan worden.

In het kader van de vervlechting van beleidsdomeinen zien we, meer concreet, raakpunten met, onder meer, (a) mobiliteitshulpmiddelen vanuit de VSB, (b) de Vlaamse aanpassingspremie vanuit het Agentschap Wonen in Vlaanderen, (c) tegemoetkomingen voor arbeidsgereedschap, -kledij en arbeidspostaanpassingen (VDAB), (d) speciale onderwijsleermiddelen en (e)het incontinentieforfait vanuit het RIZIV. Afstemming met de respectievelijke instanties is aangewezen, zowel op het vlak van de organisatorische aanpak, regelgeving, visie als het budgettaire luik.

Tijdens de expertinterviews werden ook indirecte gevolgen benoemd. Volgens de respondenten kan een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelbeleid er voor zorgen dat personen langer thuis kunnen blijven wonen en, daaruit volgend, de druk (qua aantallen en budgettair gezien) op de woonzorgcentra vermindert. Daarnaast neemt de fysieke en mentale belasting van zowel mantelzorgers als zorgpersoneel dankzij hulpmiddelen mogelijk af, wat tot minder uitval en lagere gezondheidszorg-kosten leidt. Binnen de scope van dit onderzoek is het niet mogelijk om een inschatting te maken van de concrete besparingen. Desalniettemin dienen deze argumenten mee in overweging genomen te worden doorheen het beslissingsproces (VAPH, 2024e).

6.5.2.2 Uitdagingen van de vervlechting van het hulpmiddelenbeleid met andere beleidsdomeinen

Uiteraard brengt de vervlechting met andere beleidsdomeinen ook uitdagingen met zich mee. Zo heeft het eventuele schrappen van de leeftijdsgrens bij de tegemoetkomingen voor hulpmiddelen ook een impact op de erkenningsvoorwaarden voor de persoonsvolgende budgetten. Een relatief kleine aanpassing van het beleid zet met andere woorden een heel raderwerk van andere aanpassingen en

vragen in gang. Dankzij de gesprekken met de stakeholders werden heel wat van de elementen uit het 'raderwerk' reeds aangeraakt en benoemd. Een aan te bevelen volgende stap is om de reflectie die in gang is gezet, door te trekken en te vertalen naar **verdere afstemming, onderling overleg en het uitwerken van een gemeenschappelijk beleid**. Om een nieuw hulpmiddelenbeleid te kunnen implementeren, kan er niet vertrokken worden vanuit een geïsoleerd stappenplan, maar hebben de stakeholders nood aan een duidelijke context, die voldoende afgestemd is op dit nieuwe beleid.

Er dient echter niet enkel gekeken te worden naar bestaande tegemoetkomingen voor hulpmiddelen. Ook breder is afstemming aangewezen. Zo werd doorheen de verschillende bijeenkomsten gewezen op het belang van het flankerend beleid vanuit de departementen Omgeving en Wonen. Sensibilisering rond de toegankelijkheid van gebouwen en toekomstgericht bouwen, kan bijdragen aan een verminderde nood aan hulpmiddelen. In dit kader zien we mogelijkheden in concepten zoals 'Universal design', waarbij men reeds van bij de concept- en ontwerpfase rekening houdt met alle soorten gebruikers, en streeft naar oplossingen die niet gericht zijn op bepaalde beperkingen, maar die iedereen gemakkelijk gebruikt.

6.6 Tot slot

Het huidige onderzoek bood heel wat nieuwe inzichten in het aandeel personen met een handicap onder de 65-plussers en hun nood aan hulpmiddelen. Op basis van secundaire data berekenden we de prevalentiecijfers van verschillende types handicaps en gaven we een inschatting van de budgettaire impact van het loslaten van de leeftijdsgrens, die weliswaar met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moet worden. Berekeningen tonen aan dat het om een substantiële groep gaat, wat ook zijn implicaties heeft voor de budgetten voor het hulpmiddelenbeleid.

Ondanks de verzamelde inzichten, moeten er nog enkele zaken verder uitgeklaard worden. Zo is er tot op heden weinig geweten over de nood aan hulpmiddelen van 65-plussers. Binnen dit onderzoek werden enkele aspecten aangehaald die meespelen bij het bepalen van de nood aan hulpmiddelen op basis van prevalentiecijfers van handicaps (~assen; hoofdstuk 4.2). Bijkomend onderzoek en data zijn nodig om een exacter beeld te krijgen van het aantal en type benodigde hulpmiddelen.

Dit bijkomende inzicht vormt immers volgens de respondenten een essentiële stap richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid. Andere stappen wijzen op de vervlechting van het hulpmiddelenbeleid met andere beleidsdomeinen en -aspecten. Deze vervlechting maakt dat het moeilijk is om een geïsoleerd stappenplan richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid uit te werken. Er dient verder afgestemd te worden met belendende sectoren zoals Omgeving, Wonen en Zorg.

Desondanks biedt dit onderzoek een uitgebreide verkenning en een aanzet voor stappen richting een leeftijdsonafhankelijk hulpmiddelenbeleid.

Referenties

Australian Bureau of Statistics. (2022). *Survey of Disability, Ageing and Carers, 2022: key findings in plain language*. https://www.abs.gov.au/statistics/health/disability/disability-ageing-and-carers-australia-summary-findings/2022/key-findings-plain-language

Beke, W. (2019). *Beleidsnota 2019-2024 Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding*.

De Decker, P., Vandenkerckhove, B., Volckaert, E., Wellens, C., Schillebeeckx, E., & De Lucyk, N. (2018). *Ouder worden op het Vlaamse Platteland: over wonen, zorg en ruimtelijk ordenen in dun bevolkte gebieden.* Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Demarest, S., Charafeddine, F., & Van der Heyden, J. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Methodologie*. https://www.sciensano.be/sites/default/files/method_nl_2018.pdf

Departement Zorg. (2021). *Gezinsenquête 2021: Gezinnen in Vlaanderen in beeld!* https://www.departementzorg.be/nl/gezinsenquete-2021-gezinnen-vlaanderen-beeld

Eurostat. (2025). *European Health Interview Survey*. European Health Interview Survey. https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey

Gennez, C. (2024). *Beleidsnota 2024-2029: Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding*.

Gezond België. (2024, February 1). *Financiële toegang tot gezondheidszorg*. https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/toegankelijkheid-van-de-zorg/financiele-toegangkelijkheid

Hannon, E., & Vansteenkiste, S. (2024). De toekomstige aanwervings-behoefte naar beroepen: welke profielen heeft Vlaanderen de komende jaren nodig? *Over.Werk*, 34–47.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2021). *GBD Results*. GBD Results. https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

InterMutualistisch Agentschap. (2025). *Gezondheidsdata*. Gezondheidsdata. https://www.ima-aim.be/-Gezondheidsdata-

Laenen, S., Mampaey, G., & Van Mechelen, N. (2025). Statistieken over personen met een handicap: beschikbare bronnen, hiaten en aanbevelingen. *Belgisch Tijdschrift Voor Sociale Zekerheid*, *4*, 617–634. https://www.

Martiniello, N. (2020). Factors related to braille reading acquisition among aging braille learners. *ACM SIGACCESS Accessibility and Computing*, *123*, 1–1. https://doi.org/10.1145/3386402.3386407

RIZIV. (n.d.). *Forfait voor incontinentie bij afhankelijke personen*. Retrieved July 2, 2025, from https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/chronische-ziekten/forfait-voor-incontinentie-bij-afhankelijke-personen

Sciensano. (2025). *HIS - Gezondheidsenquête*. https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquete-0

SHARE. (2022). *SHARE wave 8*. SHARE Wave 8. https://www.share-datadocutool.org/study-units/view/15

Short Set - The Washington Group on Disability Statistics. (n.d.). Retrieved January 23, 2025, from https://www.washingtongroup-disability.com/resources/frequently-asked-questions/short-set/

Onderwijs Vlaanderen. (2025). *Speciale onderwijsleermiddelen voor leerlingen, cursisten en studenten met een beperking*. https://www.vlaanderen.be/onderwijs-en-vorming/ondersteuning-en-begeleiding-voor-leerlingen-cursisten-en-studenten/hulpmiddelen/speciale-onderwijsleermiddelen

Statistiek Vlaanderen. (2025). *Statistieken*. https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/statistieken

Vandekerckhove, B., Van Hoek, L., Ronchetti,S. & Vanharen, R. (2024). *Wonen in de Tijd: Een inspiratiegids voor levensloopbestendige woonomgevingen*. Gent, Atelier Romain. In opdracht van Provincie Antwerpen

VAPH. (2024a). *Aanvraagprocedure voor meerderjarigen*. Aanvraagprocedure Voor Meerderjarigen. https://www.vaph.be/hulpmiddelen/aanvragen/meerderjarigen

VAPH. (2024b). *Aanvragen die u zelf kunt indienen*. Aanvragen Die u Zelf Kunt Indienen. https://www.vaph.be/hulpmiddelen/aanvragen/meerderjarigen/zelf-indienen

VAPH. (2024c). *Aanvragen waarvoor u een beroep moet doen op een multidisciplinair team (MDT)*. Aanvragen Waarvoor u Een Beroep Moet Doen Op Een Multidisciplinair Team (MDT). Aanvragen waarvoor u een beroep moet doen op een multidisciplinair team (MDT)

VAPH. (2024d). *Definitie handicap*. Definitie Handicap. https://www.vaph.be/voorwaarden/handicap

VAPH. (2024e). *Financieel verslag 2024*.

VAPH. (2024f). *Hoe uw tegemoetkoming ontvangen?* Hoe Uw Tegemoetkoming Ontvangen? https://www.vaph.be/hulpmiddelen/terugbetaling

VAPH. (2024g). *Instructies algemene rubrieken modules*. Instructies Algemene Rubrieken Modules. https://www.vaph.be/professionelen/mdt/mdv/modules/ondertekening-modules

VAPH. (2024h). *Leeftijdsgrens*. Leeftijdsgrens. https://www.vaph.be/voorwaarden/leeftijd

VAPH. (2024i). *Module A: objectivering handicap*. Module A: Objectivering Handicap. https://www.vaph.be/professionelen/mdt/mdv/modules/wat-module

VAPH. (2024j). *Refertelijst*. Refertelijst. https://www.hulpmiddeleninfo.be/refertelijst/RefLijst.jsp

VAPH. (2024k). *Refertelijst, lijst van hulpmiddelen en aanpassingen*. Refertelijst, Lijst van Hulpmiddelen En Aanpassingen. https://www.vaph.be/hulpmiddelen/refertelijst

VAPH. (2024l). *Tegemoetkoming voor hulpmiddelen voor personen met een handicap*. Tegemoetkoming Voor Hulpmiddelen Voor Personen Met Een Handicap. https://www.vlaanderen.be/tegemoetkoming-voor-hulpmiddelen-voor-personen-met-een-handicap

VAPH. (2025). *Ontstaan en historiek*. https://www.vaph.be/over-vaph/algemeen/historiek

VDAB. (2024). *Tussenkomst arbeidsgereedschap, -kledij en arbeidspostaanpassing*. https://www.vdab.be/orienteren/gezondheidsprobleem/tegemoetkomingen/tussenkomst-arbeidsgereedschap

Vlaamse Overheid. (2001). *Besluit van de Vlaamse Regering tot vaststelling van de criteria, voorwaarden en refertebedragen van de tussenkomsten in de individuele materiële bijstand voor de sociale integratie van personen met een handicap*. Vlaamse Codex. https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1008460&param=inhoud

Vlaamse Overheid. (2024). *Mobiliteitshulpmiddelen*. Mobiliteitshulpmiddelen. https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/gezondheid/zorgkassen-in-vlaanderen/mobiliteitshulpmiddelen

Vlaamse overheid. (2024). *Voor wie is de Vlaamse aanpassingspremie?* https://www.vlaanderen.be/premies-voor-renovatie/vlaamse-aanpassingspremie-om-de-woning-aan-te-passen-aan-een-oudere-bewoner/voor-wie-is-de-vlaamse-aanpassingspremie

Vlaamse overheid. (2025). *Gemeentemonitor*. https://www.vlaanderen.be/gemeenten-en-provincies/organisatie-en-werking-van-gemeenten/gemeentemonitor

VDAB. (2025). *Tussenkomst arbeidsgereedschap, -kledij en arbeidspostaanpassing: Voorwaarden*. https://www.vdab.be/orienteren/werken-beperking-gezondheidsprobleem/tegemoetkomingen/tussenkomst-arbeidsgereedschap/voorwaarden

Washington Group on Disability Statistics. (2025). *Short Set*. Resources. https://www.washingtongroup-disability.com/resources/frequently-asked-questions/short-set/

Bijlagen

Bijlage 1: Situaties waarin en vereenvoudigde aanvraag volstaat

Situatie	Omschrijving aanvraag	Opmerkingen
Aanvraag van een 'eenvoudig' hulpmiddel of een 'eenvoudige' aanpassing	Digitale of papieren aanvraag via het formulier "Aanvraag van een eenvoudig hulpmiddel of een eenvoudige aanpassing"	Deze hulpmiddelen worden in de refertelijst aangeduid met een sterretje (*).
Vervanging van een hulpmiddel of aanpassing waarvoor je in het verleden een tegemoetkoming van het VAPH kreeg	Digitale of papieren aanvraag "Aanvraag tot hernieuwing van een goedgekeurd hulpmiddel of een goedgekeurde aanpassing". Indien het hulpmiddel niet op de refertelijst staat, is een offerte of factuur verplicht.	Het nieuwe hulpmiddel moet niet per se exact hetzelfde zijn. Het volstaat dat het tot dezelfde referterubriek behoort als het hulpmiddel dat je vervangt.
Aanvraag van een hulpmiddel waarvoor de geldigheidsduur van de goedkeuring verlopen is vooraleer je het aangekocht hebt.	Digitale of papieren aanvraag via het formulier "Aanvraag tot hernieuwing van een goedgekeurd hulpmiddel of een goedgekeurde aanpassing"	Het gaat in deze gevallen om hetzelfde hulpmiddel of dezelfde aanpassing.
Aanvraag van een upgrade van een goedgekeurd softwarepakket	Digitale of papieren aanvraag "Aanvraag van een tegemoetkoming voor een onderhoud, herstelling of overplaatsing van een hulpmiddel of aanpassing, of een upgrade van goedgekeurde software"	De upgrade van de software moet noodzakelijk zijn om de goede werking van het oorspronkelijke softwarepakket te garanderen.
Aanvraag van een tegemoetkoming voor onderhoud of een herstelling (in specifieke gevallen*)	Digitale of papieren aanvraag via het formulier "Aanvraag voor een tegemoetkoming voor een onderhoud, herstelling of overplaatsing van een hulpmiddel of aanpassing, of een upgrade van goedgekeurde software"	Bij een goedkeuring van een hulpmiddel worden automatisch de bijhorende tegemoetkomingen voor onderhoud en/of herstelling toegekend als die voorzien zijn in de refertelijst. Hiervoor moet geen afzonderlijke aanvraag ingediend worden.

		* Wanneer er geen budget voor onderhoud of herstellingen werd goedgekeurd, bv. wanneer het nog niet voorzien was in de refertelijst; het toegekende budget onvoldoende blijkt; of er geen vergoeding voor herstellingen voorzien is in de refertelijst kan er een aanvraag gedaan worden.
Aanvraag van een tegemoetkoming voor het overplaatsen van een hulpmiddel of aanpassing	Digitale of papieren aanvraag "Aanvraag voor een tegemoet-koming voor een onderhoud, herstelling of overplaatsing van een hulpmiddel of aanpassing, of een upgrade van goed-gekeurde software"	Bv. naar een nieuwe wagen of een nieuwe woning
Incontinentiemateriaal	Digitale of papieren aanvraag via het, door de behandelende arts ingevulde formulier "Aanvraag van een tegemoetkoming in de kosten van incontinentiemateriaal"	De aanvrager moet reeds gekend zijn bij het VAPH
Vervoers- en verblijfskosten in het gewoon onderwijs	Digitale of papieren aanvraag "Aanvraag van een tegemoet-koming in de kosten voor vervoer en verblijf"	Aanvrager zelf, of diens kind, kan zich o.w.v. een handicap niet te voet, met een mobiliteitshulpmiddel, met een (aangepaste) fiets of met het openbaar vervoer vanuit de woonplaats naar school verplaatsen, waardoor er nood is aan individueel vervoer van en naar school, of er nood is aan verblijf op een internaat of een studentenkamer.

Bron: van de auteurs, gebaseerd op (VAPH, 2024b)

Bijlage 2: Vergelijking mogelijke datasets

Afkorting dataset	Naam	Jaartal	Leeftijd	Handicap	Type data	Bron	Link
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe	2019/2020	Dn002_: geboortemaand Dn003_: geboortejaar	PH005_LimAct: beperkt in dagelijkse activiteiten o.w.v. gezondheidsprobleem PH061_LimPaidWork: gezondheidsproblemen of handicap waardoor geen betaald werk kan doen PH048_HeADLa: dagelijkse activiteiten waarbij problemen PH049_HeADLb: type activiteiten waarbij problemen: aankleden, maaltijden bereiden, verplaatsen … (hulpmiddelen) PH059_UseAids: gebruik van hulpmiddelen: wandelstok, looprek, gewone rolstoel, elektrische rolstoel, buggy of scootmobiel, special bestek,	Survey: per person één antwoord	Eigen survey	https://www.share-datadocutool.org/study-units/view/28

				alarmknop, handvaten etc., verhoogde toiletzetting, incontinentiemateriaal, andere PH059_UseAidsOther: open vraag bij “andere” hulpmiddelen			
GBD 2021	Global Burden of Disease database – Global Burden of Diseases, Injuries, and risk factors study	2021	Leeftijdscategorieën per 5 jaar & opsplitsing 70+ etc.	Impairments: ● Anemia (mild, moderate, severe), ● epilepsie (treated, moderate, severe), ● Guillain-Barré syndrome, ● hearing loss (mild, moderate, moderate severe, severe, profound, complete), ● hart failure (treated, mild, moderate, severe), ● infertility (primary, secondary),	Secundaire data: numeriek en percentage	Onduidelijk	https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

				● developmental intellectual disability (borderline, mild, moderate, severe, profound), ● Pelvic inflammatory disease (moderate, severe), ● blindness and vision loss (presbyopia, moderate, severe, blindness)			
EHIS	European Health Interview Survey	2018					
HIS	Gezondheidsenquête België	2018	HC_01: age (in years)	SH03: Long term limitation SH03_1: Long term limitations (GALI-indicator) SH03_2: Long term limitations in the elderly (GALI-indicator) IL01: Confined to bed IL02: Confined to chair IL03: Confined to house/flat			

				IL04: Difficulty to walk 500 meters IL05: Difficulty to walk up/down a flight of stairs IL06: Wearing glasses/contact lenses IL07: Difficulty to see a face at 4 meters distance IL08: Difficulty to see a face at 1 meter distance IL09: Wearing a hearing aid IL10: Difficulty to hear in a quiet room IL11: Difficulty to hear in a noisier room IL12: Difficulty remembering or concentrating IL13: Difficulty communicating IL14: Difficulty in biting or chewing hard food			

				IL1501: Difficulty in getting in and out of bed IL1502: Difficulty in getting in and out of a chair IL1503: Difficulty in dressing and undressing IL1504: Difficulty in bathing and showering IL1505: Difficulty in washing hands and face IL1506: Difficulty in feeding oneselves IL1507: Difficulty in using toilets IL16: Having help in performing personal care activities IL17: Need help in performing personal care activities IL1801: Difficulty in preparing meals IL1802: Difficulty in using the telephone			

				IL1803: Difficulty in shopping IL1804: Difficulty in managing medication IL1805: Difficulty in light housework IL1806: Difficulty in occasional heavy housework IL1807: Difficulty in financial/administrative tasks IL19: Having help in performing domestic activities IL20: Need help in performing domestic activities (berekende indicatoren) IL_1: Severity of restrictions in mobility IL_2: Restrictions in mobility			

				IL_3: Severity of restrictions in mobility in the elderly population IL_4: Restrictions in mobility in the elderly population IL_5: Severity of functional restrictions in the elderly population IL_6: Functional restrictions in the elderly population IL_7: Severity of restrictions in personal care activities in the elderly population IL_8: Restrictions in personal care activities in the elderly population IL_9: Getting help in personal care activities in the elderly population IL_10: Needing help in personal care activities in the elderly population IL16_1: Severity of restrictions in domestic			

				activities in the elderly population IL17_1: Restrictions in domestic activities in the elderly population IL19_1: Getting help in domestic activities in the elderly population IL20_1: Needing help in domestic activities in the elderly population QL01: Problem in mobility QL01_1: Reporting any problem in mobility QL02: Problem in self-care QL02_1: Reporting any problem in self-care QL03: Problem in the performance of the usual activities QL03_1: Reporting any problem in the performance of the usual activities			

Bijlage 3: Vergelijking van de Gezondheidsenquête met HIS en WGSS

Washington group short set (WGSS)	**EHIS (international)**	**Gezondheidsenquête 2018**	
		Gestelde vragen	Berekende indicatoren
VIS_SS: Do you have difficulty seeing, even if wearing glasses? *[1: no, no difficulty; 2:yes, some difficulty; 3: yes, a lot of difficulty; 4: cannot do at all]*	PL.1: Do you wear glasses or contact lenses? *[1: yes; 2: No; 3: I'm blind or cannot see at all]*	IL.06: Draagt u een bril of contactlenzen?	
	Toelichting interviewer: Please answer the following questions according to your normal use of glasses or contact lenses PL.3: Can you see the face of someone 4 metres away (across a road?) *[1: Yes, with no difficulty; 2: With some difficulty; 3: With a lot of difficulty; 4: Not at all]*	IL.07: Heb je moeite om het gezicht van iemand te herkennen op een afstand van 4 meter, dat is ongeveer de overkant van de straat?	
	PL.2: Can you see newspaper print? *[1: Yes, with no difficulty; 2: With some difficulty; 3: With a lot of difficulty; 4: Not at all]*	IL.08: Hebt u moeite om het gezicht van iemand te herkennen op een afstand van 1 meter, dat is ongeveer een armlengte?	

HEAR_SS: Do you have difficulty hearing, even if using a hearing aid? *[1: no, no difficulty; 2:yes, some difficulty; 3: yes, a lot of difficulty; 4: cannot do at all]*	PL.4: Do you wear a hearing aid? *[1: yes; 2: no; 3: I am profoundly deaf]*	IL.09: Draagt u een hoorapparaat?	
	PL.5: Can you hear what is said in a conversation with several people? *[1: yes, with no difficulty; 2: with some difficulty; 3: with a lot of difficulty]*	IL.10: Heb je moeite om te horen wat iemand zegt als het gesprek plaats vindt in een stille ruimte? (bij normaal gebruik van een hoorapparaat?) IL.11: Heb je moeite om een gesprek met een andere persoon te volgen in een lawaaierige ruimte (bij normaal gebruik van een hoorapparaat)?	
MOB_SS: Do you have difficulty walking or climbing steps? *[1: no, no difficulty; 2: yes, some difficulty; 3: yes, a lot of difficulty; 4: cannot do at all]*	PL.6: Can you walk 500 metres on a flat terrain without a stick or other walking aid or assistance? *[1: yes, with no difficulty; 2: with some difficulty; 3: with a lot of difficulty; 4: not at all]*	IL.04: Heb je moeite om 500 meter op een vlak terrein te wandelen zonder stok, een ander hulpmiddel of hulp?	IL_2: Restrictions in mobility IL_1: Severity of restrictions in mobility IL_4: restrictions in mobility in the elderly population IL_3: severity of restrictions in mobility in the elderly population
	PL.7: can you walk up and down a flight of stairs without a stick, other walking aid, assistance or using the	IL.06: Heb je moeite om een trap op- en af te gaan zonder stok of ander hulpmiddel,	

	banister? *[1: yes, with no difficulty; 2: with some difficulty; 3: with a lot of difficulty; 4: not at all]*	zonder de trapleuning te gebruiken en zonder hulp?	
COG_SS: Do you have difficulty remembering or concentrating? *[1: no, no difficulty; 2: yes, some difficulty; 3: yes, a lot of difficulty; 4: cannot do at all]*		IL.12: Heb je moeite om dingen te onthouden of je te concentreren?	
COM_SS: Using your usual (customary) language, do you have difficulty communicating, for example understanding or being understood? *[1: no, no difficulty; 2:yes, some difficulty; 3: yes, a lot of difficulty; 4: cannot do at all*]		IL.13: Heb je moeite om te communiceren, dit wil zeggen om je verstaanbaar te maken of om anderen te verstaan?	
SC_SS: Do you have difficulty with self-care, such as washing all over or dressing? *[1: no, no difficulty; 2: yes, some difficulty; 3: yes, a lot of difficulty; 4: cannot do at all]*		(beperkingen bij ADL) IL.15: Ik zal een lijst voorlezen van enkele dagelijkse activiteiten die mensen doen. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meerdere van deze activiteiten zelf te doen?: IL.15.01.: In en uit bed stappen	IL_8: restrictions in personal care activities in the elderly population IL_7: severity of restrictions in personal care activities in the elderly population

		IL.15.02.: Gaan zitten en opstaan uit een rolstoel IL.15.03.: Uzelf aan- en uitkleden IL.15.04.: In bad gaan of een douche nemen IL.15.05.: Uw handen en gezicht wassen IL.15.06.: met mes en vork eten IL.15.07.: het toilet gebruiken	
		IL.16: Als we alle dagelijkse activiteiten nemen waarvoor u moeite hebt om ze zelf te doen. Wordt u er gewoonlijk bij geholpen?	
		IL.17: Zou u er hulp bij kunnen gebruiken?	
		(beperking bij uitvoeren huishoudelijke activiteiten) IL.??: • Maaltijden klaarmaken • Telefoon gebruiken • Boodschappen doen • Medicatie beheren • Licht huishoudelijk werk doen • Nu en dan zwaar huishoudelijk werk doen	IL_10: Restrictions in domestic activities in the elderly population IL_9: severity of restrictions in domestic activities in the elderly population

		Geldzaken en dagelijkse administratie regelen	
		IL.14: Heb je moeite om hard voedsel, zoals bijvoorbeeld een appel te bijten en te kauwen?	

Bijlage 4: Vertaling doelgroepen naar surveyvragen

Doelgroep	Omschrijving toetstabel VAPH	Variabelen	Omschrijving variabele	waarden indien van toepassing
auditieve beperking - matig	slechthorenden met een matig gehoorverlies	lim_lt_horen_stil	Gelieve volgende vragen te beantwoorden volgens uw normaal gebruik van een hoorapparaat, d.w.z. wanneer u het draagt: Heb je moeite om te horen wat iemand zegt als het gesprek plaats vindt in een stille ruimte?	3 (veel moeilijkheden)
auditieve beperking - ernstig	slechthorenden met een ernstig gehoorverlies of doven	lim_lt_horen_stil	Gelieve volgende vragen te beantwoorden volgens uw normaal gebruik van een hoorapparaat, d.w.z. wanneer u het draagt: Heb je moeite om te horen wat iemand zegt als het gesprek plaats vindt in een stille ruimte?	4 (ik kan dit niet)
		lim_lt_hoorapp	Draagt u een hoorapparaat?	3 (ik ben volledig doof)
visuele beperking - slechtziend	moeite bij zien	lim_lt_ver_zien	Gelieve de volgende vragen te beantwoorden volgens uw normaal gebruik van een bril of van contactlenzen d.w.z. wanneer u ze draagt.: Heb je moeite om het gezicht van iemand te herkennen op een afstand van 4 meter, dit is ongeveer de overkant van de straat?	3 (veel moeilijkheden) of 4 (ik kan dit niet)
		lim_lt_dichtbij_zien	Gelieve de volgende vragen te beantwoorden volgens uw normaal gebruik van een bril of van contactlenzen d.w.z. wanneer u ze draagt.: Heb je moeite om het gezicht van iemand te herkennen op een afstand van 4 meter, dit is ongeveer de overkant van de straat?	3 (veel moeilijkheden) of 4 (ik kan dit niet)
	maar NIET blind	lim_lt_bril	Draagt u een bril of contactlenzen?	niet 3 (niet: ik ben blind)
visuele beperking - blinden	referentiewaarde gezichtsscherpte aan beste oog met optimale correctie minder	lim_lt_bril	Draagt u een bril of contactlenzen?	3 (ik ben blind)

	dan 1/20 of gezichtsveld 10° rond centrale fixatiepunt of minder			
matig functieverlies in onderste ledematen	Binnenshuis: zelfstandig stappen is enkel mogelijk mits ondersteuning door derden, loophulpmiddel en/of orthese of prothese of gebruik van steunpunten in de omgeving.	moeil_100m_wandelen	Omwille van een gezondheidsprobleem, hebt u moeilijkheden bij het uitvoeren van de volgende activiteiten? Houd geen rekening met moeilijkheden die volgens u niet langer dan 3 maanden zullen duren. : 100m wandelen	1 (ja, moeilijkheden)
	Buitenshuis: zelfstandig stappen over korte afstanden is enkel mogelijk mits ondersteuning door derden, loophulpmiddel en/of orthese, prothese.*			1 (ja, moeilijkheden)
	Voor verdere verplaatsingen of als orthese/prothese niet kan gebruikt worden, is rolstoel, orthopedische driewielfiets of scooter nodig.	lim_lt_500m_wandelen	Heb je moeite om 500 meter op een vlak terrein te wandelen zonder stok, een ander hulpmiddel of hulp?	4 (ik kan dit niet)
	Transfer Enkel mogelijk mits steun van derden, hulpmiddelen of gebruik van steunpunten	lim_activ_bed	Ik zal een lijst voorlezen van enkele dagdagelijkse activiteiten die mensen doen. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer van deze activiteiten zelf te doen?: In en uit bed stappen	3 (veel moeilijkheden)
	GEEN cognitieve beperking	lim_lt_concentreren	Heb je moeite om dingen te onthouden of je te concentreren?	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)
		lim_adl_medicatie	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : Medicatie beheren	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)

		lim_adl_admin	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : De geldzaken en dagelijkse administratie regelen	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)
ernstig of volledig functieverlies in onderste ledematen	Binnenshuis: rolstoel of scooter is noodzakelijk voor alle verplaatsingen gedurende minimaal een deel van de tijd.**	moeil_100m_wandelen	Omwille van een gezondheidsprobleem, hebt u moeilijkheden bij het uitvoeren van de volgende activiteiten? Houd geen rekening met moeilijkheden die volgens u niet langer dan 3 maanden zullen duren. : 100m wandelen	1 (ja, moeilijkheden)
	Buitenshuis: verplaatsingen zonder rolstoel of scooter zijn ernstig beperkt tot onmogelijk.**	lim_lt_500m_wandelen	Heb je moeite om 500 meter op een vlak terrein te wandelen zonder stok, een ander hulpmiddel of hulp?	4 (ik kan dit niet)
	Volledig: Binnenshuis en buitenshuis: rolstoel is noodzakelijk voor alle verplaatsingen.			
	transfer: Hulpmiddelen en aanpassingen nodig; persoon helpt zelf	lim_activ_bed	Ik zal een lijst voorlezen van enkele dagdagelijkse activiteiten die mensen doen. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer van deze activiteiten zelf te doen? : In en uit bed stappen	4 (ik kan dit niet)
	GEEN cognitieve beperking	lim_lt_concentreren	Heb je moeite om dingen te onthouden of je te concentreren?	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)
		lim_adl_medicatie	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)

			een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : Medicatie beheren	
		lim_adl_admin	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : De geldzaken en dagelijkse administratie regelen	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)
functieverlies in wervelzuil of bekken	kunnen niet zelfstandig zitten --> zitten nergens in variabelen --> bij onderste ledematen tellen			
personen met anatomische afwijkingen	bij onderste ledematen tellen!			
matig functieverlies in bovenste ledematen	Voorwerpen manipuleren en toestellen bedienen zijn enkel mogelijk mits gebruik van beperkte hulpmiddelen/aanpassingen zoals aangepaste schrijfhulpmiddelen, aangepast bestek, armondersteuning, afstandsbedieningen met grotere knoppen, aangepaste plaatsing van bedienknoppen, uitschuifbaar werkvlak, elektrificatie rolluiken. Voorwerpen manipuleren en toestellen bedienen zijn mogelijk mits gebruik van orthese of prothese. In bijzondere omstandigheden of	lim_adl_koken	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : De maaltijden klaarmaken	geen 1 (dus 2, 3 of 4) en gemiddelde >=3 en <4
		lim_adl_bellen	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : De telefoon gebruiken	
		lim_activ_kleden	Ik zal een lijst voorlezen van enkele dagdagelijkse activiteiten die mensen doen. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer van deze activiteiten zelf te doen? : Uzelf aan- en uitkleden	
		lim_activ_wassen	Ik zal een lijst voorlezen van enkele dagdagelijkse activiteiten die mensen doen. Kunt u aangeven of u gewoonlijk	

	bij specifieke activiteiten waarbij orthese of prothese niet kan gebruikt worden, zijn voorwerpen manipuleren en toestellen bedienen niet mogelijk.		moeite hebt om een of meer van deze activiteiten zelf te doen? : Uw handen en gezicht wassen		
		lim_activ_eten	Ik zal een lijst voorlezen van enkele dagdagelijkse activiteiten die mensen doen. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer van deze activiteiten zelf te doen? : Met mes en vork eten		
	GEEN cognitieve beperking	lim_lt_concentreren	Heb je moeite om dingen te onthouden of je te concentreren?	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)	
		lim_adl_medicatie	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : Medicatie beheren	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)	
		lim_adl_admin	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : De geldzaken en dagelijkse administratie regelen	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)	
ernstig functieverlies in bovenste ledematen	Voorwerpen manipuleren en toestellen bedienen zijn vrijwel onmogelijk, ook niet met gebruik van orthese of prothese. Ingrijpende hulpmiddelen/aanpassingen zijn noodzakelijk, ook met gebruik van orthese of prothese. Voorbeelden van 'ingrijpende	lim_adl_koken	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : De maaltijden klaarmaken	geen 1 (dus 2, 3 of 4) en gemiddeld 4	

	hulpmiddelen/aanpassingen' zijn een eetapparaat en omgevingsbediening bediend via een handbediende schakelaar. + Volledig: Voorwerpen manipuleren en toestellen bedienen zijn onmogelijk zonder hulp van derden, ook niet met gebruik van orthese of prothese. Om de activiteit te kunnen uitvoeren zijn ingrijpende hulpmiddelen/aanpassingen met alternatieve bedieningen nodig zoals een eetapparaat of omgevingsbediening bediend via kin-, hoofd- of oogbediende schakelaar.	lim_adl_bellen	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : De telefoon gebruiken		
		lim_activ_kleden	Ik zal een lijst voorlezen van enkele dagdagelijkse activiteiten die mensen doen. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer van deze activiteiten zelf te doen? : Uzelf aan- en uitkleden		
		lim_activ_wassen	Ik zal een lijst voorlezen van enkele dagdagelijkse activiteiten die mensen doen. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer van deze activiteiten zelf te doen? : Uw handen en gezicht wassen		
		lim_activ_eten	Ik zal een lijst voorlezen van enkele dagdagelijkse activiteiten die mensen doen. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer van deze activiteiten zelf te doen? : Met mes en vork eten		
	GEEN cognitieve beperking	lim_lt_concentreren	Heb je moeite om dingen te onthouden of je te concentreren?	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)	
		lim_adl_medicatie	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : Medicatie beheren	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)	

		lim_adl_admin	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : De geldzaken en dagelijkse administratie regelen	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)	
ernstig verlies van de inspanningstolerantie	niet in staat om: gedurende langere periodes rechtop te staan om bijvoorbeeld huishoudelijke taken uit te voeren;	lim_adl_licht_hhwerk	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : Licht huishoudelijk werk doen	4 (ik kan dit niet)	
	en een hoogteverschil van 1 verdieping te overbruggen met de trap, ondanks rustpauzes;	lim_lt_klimmen	Heb je moeite om een trap op- en af te gaan zonder stok of een ander hulpmiddel, zonder de trapleuning te gebruiken en zonder hulp?	4 (ik kan dit niet)	
	en zich te voet te verplaatsen over een afstand langer dan 300 m.	lim_lt_500m_wandelen	Heb je moeite om 500 meter op een vlak terrein te wandelen zonder stok, een ander hulpmiddel of hulp?	4 (ik kan dit niet)	
	NIET gebonden aan stoel of bed (geen variabele voor) --> transfer wel mogelijk	lim_activ_bed	Ik zal een lijst voorlezen van enkele dagdagelijkse activiteiten die mensen doen. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer van deze activiteiten zelf te doen? : In en uit bed stappen	2 (geen problemen)	

personen met een verstandelijke handicap of ernstige stoornissen van de mentale functies	stoornissen van één of meerdere van de volgende ICF-functies: Algemene mentale functies: Bewustzijn Oriëntatie Intellectuele functies Globale psychosociale functies Temperament en persoonlijkheid Energie en driften Slaap Specifieke mentale functies: Aandacht Geheugen Psychomotorische functies Stemming Perceptie Denken Hogere cognitieve functies Mentale functies gerelateerd aan taal Mentale functies gerelateerd aan rekenen Bepalen sequentie bij complexe bewegingen Ervaren van zelf en tijd	lim_lt_concentreren	Heb je moeite om dingen te onthouden of je te concentreren?	3 (veel moeilijkheden) of 4 (kan ik niet)	
		lim_adl_medicatie	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : Medicatie beheren	3 (veel moeilijkheden) of 4 (kan ik niet)	
		lim_adl_admin	Ik zal nu een laatste lijst voorlezen van enkele huishoudelijke activiteiten. Kunt u aangeven of u gewoonlijk moeite hebt om	3 (veel moeilijkheden) of 4 (kan ik niet)	

			een of meer dan deze activiteiten zelf te doen? : De geldzaken en dagelijkse administratie regelen		
	GEEN motorische beperking	lim_lt_500m_wandelen	Heb je moeite om 500 meter op een vlak terrein te wandelen zonder stok, een ander hulpmiddel of hulp?	1 (geen moeilijkheden) of 2 (beperkte moeilijkheden)	
communicatieve beperking	Om voor het VAPH te voldoen aan de beschrijving van deze doelgroep, moet een persoon ten eerste een ernstige (primaire of secundaire) spraak- of taalstoornis of een neurocognitieve stoornis in het domein van de taal hebben. Bovendien moet aan volgende voorwaarde voldaan zijn: De communicatieve beperking is ernstig. Dat wil zeggen dat de persoon zich in verschillende dagelijkse situaties niet functioneel kan uiten. De communicatieve beperking is definitief. Dat betekent dat ze niet of onvoldoende verholpen kan worden door middel van therapie of technieken. De communicatieve beperking zorgt voor een participatieprobleem. De persoon kan zijn noden onvoldoende uiten, kan niet of onvoldoende deelnemen aan sociale activiteiten ...	lim_lt_com	Heb je moeite om te communiceren, dit wil zeggen om je verstaanbaar te maken of om anderen te verstaan?	3 (veel moeilijkheden) of 4 (kan ik niet)	

	NIET owv gehoorproblemen niet verstaan	lim_lt_horen_stil	Gelieve volgende vragen te beantwoorden volgens uw normaal gebruik van een hoorapparaat, d.w.z. wanneer u het draagt: Heb je moeite om te horen wat iemand zegt als het gesprek plaats vindt in een stille ruimte?	2, 3 of 4 (>1)	

Bijlage 5: Interviewleidraad Expert-interviews data noden

Achtergrond

- Doel onderzoek
- Doel interview
- Opname
- Informed consent
- Non-disclosure

Toelichting cijfers

[a.d.h.v. slides]

Bespreking

Algemeen

1. Wat is je eerste gedacht na het horen van deze cijfers?
    - Wat herken je?
    - Welke cijfers verrasten je?
2. Wat neem jij mee uit deze cijfers?

Aandachtspunten interpretatie cijfers

In een volgende stap van de analyses gaan we van de ruwe cijfers rond doelgroepen naar het aantal personen dat een bepaald type hulpmiddel aanvraagt. We weten dat er heel wat aandachtspunten zijn bij het interpreteren van de voorgestelde cijfers. Deze zou ik graag met jou overlopen.

3. Met welke punten moeten we volgens jou rekening houden? *[laten noteren voor zichzelf] [Per aandachtspunt]*
    - Wat houdt dit aandachtspunt concreet in?
    - Welke invloed heeft dit aandachtspunt op de cijfers?
    - Heb je hier cijfers, rapporten, wetgeving … over? / Kunnen we hierover iets terugvinden?

Te bespreken aandachtspunten (als zelf niet mee komen):

- *Non-take-up: We weten dat niet iedere persoon die tot een doelgroep behoort, ook effectief hulpmiddelen aanvraagt.*
    - *i. Wat zijn de redenen hiervoor?*
    - *ii. Welke drempels spelen er?*
    - *iii. Hoe groot is het effect hiervan?*
    - *iv. Cijfers over te vinden?*
    - *v. Wat helpt om dat wel te doen?*
- *Bijkomende voorwaarden om hulpmiddel te mogen aanvragen*
    - *i. Welke voorwaarden?*
    - *ii. Staan zij ergens vermeld?*
    - *iii. Rationale achter deze voorwaarden?*
- *Geen zin meer om met bepaalde technologische hulpmiddelen te leren werken*
    - *i. Voor wie is dit het geval?*
    - *ii. Cijfers over?*
    - iii. Alternatieven hiervoor?

4. *Heb je nog andere aanvullingen of aandachtspunten?*

Toelichting vervolg onderzoek

[a.d.h.v. slides]

Bijlage 6: Aggregatie van 61 doelgroepen voorgesteld naar 7 geaggregeerde doelgroepen

Doelgroep voorgesteld	Doelgroep aggregatie
Blinden	Visuele beperking
Doofblinden	Auditieve beperking
Personen met anatomische afwijkingen (bovenbeenamputatie, dysmelie, disproportionele dwerggroei ...)	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de bovenste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in beide onderste en een ernstig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in beide onderste en een ernstig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in beide onderste en een matig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in beide onderste en een matig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in beide onderste en een volledig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in beide onderste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in één bovenste lidmaat	Functieverlies in de bovenste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in een onderste en een ernstig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in een onderste en een matig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in een onderste en een volledig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in één onderste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in een onderste lidmaat en een ernstig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in een onderste lidmaat en een matig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig functieverlies in rug, wervelzuil of bekken	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een ernstig verlies van de inspanningstolerantie	Ernstig verlies van de inspanningstolerantie
Personen met een ernstige communicatieve beperking	Communicatieve beperking
Personen met een ernstige communicatieve beperking en een ernstig functieverlies in beide bovenste ledematen	Communicatieve beperking
Personen met een ernstige communicatieve beperking en een matig functieverlies in beide bovenste ledematen	Communicatieve beperking
Personen met een ernstige communicatieve beperking en een volledig functieverlies in beide bovenste ledematen	Communicatieve beperking
Personen met een matig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de bovenste ledematen
Personen met een matig functieverlies in beide onderste en een ernstig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een matig functieverlies in beide onderste en een ernstig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een matig functieverlies in beide onderste en een matig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een matig functieverlies in beide onderste en een matig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een matig functieverlies in beide onderste en een volledig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een matig functieverlies in beide onderste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een matig functieverlies in één bovenste lidmaat	Functieverlies in de bovenste ledematen
Personen met een matig functieverlies in een onderste en een ernstig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een matig functieverlies in een onderste en een matig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een matig functieverlies in een onderste en een volledig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een matig functieverlies in één onderste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een matig functieverlies in een onderste lidmaat en een ernstig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een matig functieverlies in een onderste lidmaat en een matig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een matig functieverlies in rug, wervelzuil of bekken	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een verstandelijke handicap	Verstandelijke beperking
Personen met een verstandelijke handicap en een ernstige communicatieve beperking	Communicatieve beperking
Personen met een volledig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de bovenste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in beide onderste en een ernstig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in beide onderste en een ernstig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in beide onderste en een matig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in beide onderste en een matig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in beide onderste en een volledig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in beide onderste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in één bovenste lidmaat	Functieverlies in de bovenste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in een onderste en een ernstig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in een onderste en een matig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in een onderste en een volledig functieverlies in een bovenste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in één onderste lidmaat	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in een onderste lidmaat en een ernstig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met een volledig functieverlies in een onderste lidmaat en een matig functieverlies in beide bovenste ledematen	Functieverlies in de onderste ledematen
Personen met ernstige fecale of fecale en urinaire incontinentie	Incontinentie
Personen met ernstige incontinentie	Incontinentie
Personen met ernstige stoornissen van de mentale functies	Verstandelijke beperking
Personen met ernstige stoornissen van de mentale functies en een ernstige communicatieve beperking	Communicatieve beperking
Slechthorenden met een ernstig gehoorverlies of doven	Auditieve beperking
Slechthorenden met een matig gehoorverlies	Auditieve beperking
Slechtzienden	Visuele beperking