

Non-take-up van de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap

Ervaringen van ouders met kinderen
met een gedragsstoornis

Elsen Dorien

R0672473

Masterproef aangeboden tot
het behalen van de graad

MASTER IN HET SOCIAAL WERK EN SOCIAAL
BELEID

Promotor: Prof. Dr. Wim Van Lancker
Verslaggever: Prof. Dr. Wim Van Oorschot

Aantal woorden: 19.032

Academiejaar 2017-2018

Voorwoord

In dit voorwoord grijp ik de mogelijkheid aan om iedereen te bedanken die mij geholpen heeft bij het schrijven van deze masterproef. Om te beginnen heb ik enorm veel hulp gekregen van mijn promotor Prof Dr. W. Van Lancker. Dankzij hem is mijn interesse in het fenomeen ‘non-take-up’ noemenswaardig gegroeid.

Vervolgens wil ik mijn copromotor Julie Vinck bedanken voor het delen van haar kennis en ervaringen betreffende mijn onderwerp. Ook het ettelijke keren nalezen van mijn thesis en haar opbouwende feedback hebben me enorm geholpen. Met dank aan de begeleiding en feedback van mijn promotor en copromotor is deze masterproef tot stand gekomen.

Niet te vergeten, wil ik alle respondenten bedanken die met zoveel enthousiasme hun ervaringen met mij hebben gedeeld. Dankzij hun medewerking en ervaringen heb ik de kans gekregen om deze thesis te schrijven.

Tot slot wil ik mijn medestudenten, vrienden en familie bedanken voor alle steun in deze soms erg moeilijke tijden. Zij stonden altijd klaar met motiverende woorden wanneer ik het even niet meer zag zitten. Zonder deze personen zou ik deze thesis nooit tot een goed einde hebben kunnen brengen.

Abstract

Ouders met gehandicapte kinderen hebben meer kans om in de armoede te verzeilen dan gezinnen met gezonde kinderen. Hoewel de overheid extra voordelen voor deze doelgroep organiseert, kan de uitwerking ervan begrensd worden door het fenomeen non-take-up.

Het verschijnsel ‘non-take-up’ is de laatste jaren een populair onderzoeksonderwerp geworden. Oorzaken worden in de literatuur gesitueerd op het beleids-, uitvoerings- en cliëntniveau. Met deze masterproef tracht ik een bijdrage te leveren aan het huidige onderzoek over niet-gebruik in België, specifiek betreffende het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap of aandoening. Er wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve studie op basis van diepte-interviews om de ervaringen van ouders met kinderen met een gedragsstoornis in kaart te brengen en beleidsaanbevelingen naar voren te schuiven. Interviews werden afgenomen bij zowel ouders die de verhoogde kinderbijslag ontvangen, als diegenen waarbij het is afgenomen of afgekeurd en ouders die deze nooit hebben aangevraagd. Dit laat toe om de drempels die de ouders ervaren bij de aanvraagprocedure van de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap of aandoening bloot te leggen. In overeenstemming met de literatuur worden er drempels ervaren op de drie niveaus (beleids-, uitvoerings- en cliëntniveau). Vooral het gedrag van de controleartsen op het uitvoeringsniveau en het gebrek aan goede en duidelijke informatie op het niveau van de cliënt zijn belangrijke factoren van het niet-gebruik. Tot slot worden enkele aanbevelingen die de ouders aangeven geformuleerd om het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag aan te pakken. Verbeterde informatieverstrekking, samenwerking tussen verschillende diensten, een toegankelijker medisch onderzoek en een vragenlijst die afgestemd is op het type van de handicap van het kind kunnen volgens de ouders het niet-gebruik aanzienlijk verminderen.

Inhoud

Voorwoord.....	2
Abstract	3
Lijst met afkortingen	7
Inleiding.....	9
1 Handicap	12
2 Beleidslandschap voor kinderen met een handicap in België	13
2.1 Verhoogde kinderbijslag	13
2.1.1 Aanvraag voor verhoogde kinderbijslag.....	14
2.1.2 Evaluatie per pijler.....	15
2.2 Hervormingen verhoogde kinderbijslag.....	17
2.3 Extra's voor kinderen met een handicap.....	19
3 Theoretisch gedeelte.....	22
3.1 Non- take-up van rechten.....	22
3.1.1 Kadering begrip 'non-take-up'	22
3.1.2 Soorten niet-gebruik	23
3.1.3 Theoretische modellen van NTU.....	24
3.1.4 Oorzaken NTU	26
3.1.4.1 Cliëntniveau.....	27
3.1.4.2 Beleidsniveau	32
3.1.4.3 Uitvoeringsniveau	33
3.1.5 Oplossingen voor de non-take-up.....	36
3.2 Besluit theoretisch kader: hypothesen.....	38
4 Onderzoeksmethode	40
4.1 Kwalitatieve onderzoeksmethodologie	40
4.1.1 Onderzoekspopulatie	41
4.1.2 Dataverzamelmethode.....	42
4.2 Instrumentarium en analysemethode	44
5 Onderzoeksresultaten	45

5.1	Onderzoeksvraag 1: Wat zijn de drempels die de ouders ervaren bij de procedure van de verhoogde kinderbijslag?	45
	5.1.1 Inleiding.....	45
	5.1.2 Cliëntniveau.....	46
	5.1.2.1 Informatiegebrek, onvoldoende kennis en verkeerde vaststellingen	46
	5.1.2.2 Stigmatisering.....	48
	5.1.2.3 Eerdere ervaringen/ ervaringen van anderen	49
	5.1.3 Uitvoeringsniveau.....	51
	5.1.3.1 Gedrag controleartsen.....	52
	5.1.3.2 Lange behandelingstermijn van de procedure	54
	5.1.3.3 Herziening	55
	5.1.3.4 Povere communicatie	56
	5.1.4 Beleidsniveau.....	57
	5.1.4.1 Ingewikkelde en onduidelijke wetgeving.....	57
	5.1.4.2 Zelf het initiatief tot aanvragen	59
5.2	Onderzoeksvraag 2: Welke aanbevelingen formuleren de ouders met een kind met een gedragsstoornis om het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag te verminderen?	61
	5.2.1 Inleiding.....	61
	5.2.2 Nood aan goede informatieverstrekking.....	61
	5.2.3 Een web van verschillende diensten	63
	5.2.4 Medisch onderzoek controlearts FOD	64
	5.2.5 Vragenlijst aanpassen	65
6	Besluit	68
7	Discussie	72
8	Bibliografie	75
9	Bijlagen	81
9.1	Bijlage 1: Overzicht vragenlijst aanvraagprocedure verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap/aandoening.....	81

9.2	Bijlage 2: Behandelingstermijn aanvraag per regio	87
9.3	Bijlage 3: Brief uitnodiging onderzoek.....	88
9.4	Bijlage 4: Informent consent.....	90
9.5	Bijlage 5: Topic-vragenlijst	92
9.6	Bijlage 6: Planning masterproef.....	102

Lijst met afkortingen

ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ASS	Autismespectrumstoornis
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
DG Personen met een handicap	Directeur-generaal Personen met een handicap
FAMIFED	Federaal agentschap voor de kinderbijslag
FOD	Federale Overheidsdienst
IT	Integratietegemoetkoming
IVT	Inkomensvervangende tegemoetkoming
KPC	Kinderpsychiatrisch Centrum
LSA	Limburgse Stichting Autisme
NRTH	Niet-rechtstreeks toegankelijke hulp
NTU	Non-take-up
OCD	Obsessive Compulsive Disorder

OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
ODD	Oppositional Defiant Disorde
PAB	Persoonlijk Assistentiebudget
RTH	Rechtstreeks toegankelijke hulp
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VN	Verenigde Naties

Inleiding

Het aantal personen met een handicap stijgt jaarlijks. Naar een schatting van de Verenigde Naties (VN) zijn er momenteel wereldwijd rond de 650 miljoen personen met een handicap, dit betekent dat tien procent van de bevolking een handicap heeft. De stijging kan te maken hebben met factoren zoals oorlog, ongezonde leefomstandigheden, gebrek aan kennis over handicaps of net het ontwikkelen van kennis en het bijgevolg vaker diagnosticeren. Verder is er bekend dat een groot deel van de personen met een handicap leven in minder ontwikkelde landen, waardoor deze personen minder toegang hebben tot voorzieningen zoals gezondheidszorg. Er zou zelfs een aanschouwelijk verband zijn tussen armoede en een handicap. Dit betekent dat het risico om een handicap te ontwikkelen groter is voor een gezin dat in armoede leeft (UNRIC, 2007).

Hierbij aansluitend is het lichamelijk welbevinden en de gezondheidszorg één van de belangrijke levensdomeinen. Gezondheid is een belangrijk element van het bestaan en is allesbepalend (Doyal & Gough, 1991). De overheid financiert de gezondheidszorg en voor de financiële ondersteuning in tijden van gebrekkige gezondheid worden er zowel vervangingsuitkeringen als aanvullende uitkeringen voorzien (Bogaerts, 2008). Zo'n aanvullende uitkering voor kinderen met een handicap of aandoening is de verhoogde kinderbijslag in België. Dit is een maandelijkse uitkering om tegemoet te komen in de extra kosten die een kind met een handicap met zich meebrengt. Er wordt een bedrag toegekend aan de handicap afhankelijk van de zwaarte ervan. De uitkering is een aanvullend recht, wat betekent dat het aangevraagd moet worden vooraleer het in ontvangst genomen wordt (Famifed, 2017). Hierdoor wordt er vermoed dat er ook in zekere mate sprake zal zijn van niet-gebruik (Vinck, Lebeer & Van Lancker, 2018). Niet-gebruik wordt in de literatuur ook wel non-take-up genoemd (NTU). Volgens van Oorschot (1995) betekent dit de situatie waarbij personen of huishoudens die aanspraak maken op een tegemoetkoming deze tegemoetkoming niet ontvangen, dit kan om verscheidene redenen zijn.

De NTU is moeilijk op te sporen, daarom is het van belang een onderscheid te maken tussen de gebruikers en niet-gebruikers (Wildeboer Schut & Hoff, 2007). De oorzaken van de NTU kunnen heel divers van aard zijn. Deze zullen besproken worden op basis van twee modellen, het dynamic model of benefit receipt en het multilevel model (van Oorschot, 1996). Een gebrek aan informatie, misvattingen omtrent het voordeel, de complexiteit van het systeem, gebrek aan vermogen om zich te verplaatsen, gebrek aan tijd of het onvermogen om een weg te vinden door het systeem kunnen tot NTU leiden. Daarnaast kunnen sociale barrières zoals stigmatisering, eigenwaarde of een gebrek aan vertrouwen ook meespelen (Eurofound, 2015; Tempelmans, Houkes & Prins, 2011).

Onderzoeken naar de tegenhanger van NTU, namelijk misbruik zijn er voldoende (van Oorschot, 1991). Daarentegen zijn onderzoeken die specifiek gericht zijn naar de NTU en specifiek naar de NTU van de verhoogde kinderbijslag bij kinderen met een handicap maar in beperkte mate aanwezig. Onderzoek naar NTU is belangrijk omdat dit een effect heeft op het beleid. Hierbij aansluitend beweren Van Oorschot (1995) en Fuchs (2007) wanneer het niet-gebruik hoog is, dit een tekortschieten van het beleid impliceert. Dit doordat het gevoerde beleid de doelgroepen of doelstellingen niet voldoende bereikt waardoor het niet-gebruik van een uitkering kan stijgen.

Uit het onderzoek van Vinck et al. (2018) blijkt dat er een oververtegenwoordiging is in het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag bij kinderen met autismespectrumstoornis (ASS), intellectuele en psychologische stoornissen. Hierdoor zal er in deze thesis de focus gelegd worden op kinderen met autisme en andere gedragsstoornissen, om zo een bijdrage te kunnen leveren aan de bestaande literatuur. Meer bepaald gaat aan de vraagzijde onderzocht worden welke moeilijkheden de ouders ervaren bij het aanvragen van de verhoogde kinderbijslag en welke verbeterpunten zij naar voren schuiven om het niet-gebruik tegen te gaan. De eerste onderzoeksvraag focust op de moeilijkheden in de aanvraagprocedure en luidt als volgt: *Wat zijn de drempels die ouders met een kind met een gedragsstoornis ervaren bij de procedure van de verhoogde*

kinderbijslag? Daarnaast zal vanuit het perspectief van de vraagzijde op zoek worden gegaan naar hoe de NTU verminderd kan worden. Hieruit vloeit de tweede onderzoeksvraag: *Welke aanbevelingen formuleren de ouders met een kind met een gedragsstoornis om het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag te verminderen?* Hiervoor wordt gebruik gemaakt van dertien semigestructureerde diepte- interviews met ouders die de verhoogde kinderbijslag al dan niet ontvangen.

De masterproef wordt opgedeeld in vijf hoofdstukken. Vooraleer er overgegaan wordt naar het eerste thema zal er eerst kort een kadering gegeven worden van het begrip handicap. Daarna wordt in het eerste hoofdstuk het beleidslandschap voor kinderen met een handicap in België geschetst. In het tweede hoofdstuk wordt de theoretische kennis over NTU weergegeven waarbij een koppeling met de literatuur gemaakt wordt. In dit hoofdstuk zijn de oorzaken van NTU een belangrijke insteek. Er zal een opdeling gemaakt worden op basis van twee modellen, het dynamisch model en het multilevel model (van Oorschot, 1996). In het derde hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet gekaderd waarin de keuze van onderzoeksmethode verduidelijkt zal worden. Het vierde hoofdstuk bevat de bespreking van de onderzoeksresultaten in functie van de onderzoeksvragen. Deze masterproef sluit af met een conclusie en discussie van de bevindingen.

1 Handicap

Om te beginnen is het interessant om de definitie van een handicap te kaderen. Verwarrend is dat in de wet- en regelgeving het begrip ‘handicap’ soms wel en soms niet omschreven wordt. In het Verdrag van de VN inzake de rechten van personen met een handicap, staat een handicap omschreven als: *“een langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuigelijke beperking die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op de voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving”* (VN, 2006, Art.1).

Deze definitie past binnen het sociaal model om naar een handicap te kijken. Dit model stelt inclusie centraal. De samenleving doet er alles aan zodat de personen met een handicap optimaal kunnen functioneren zoals ieder andere persoon. Het sociaal model heeft echter niet altijd de dominante kijk op een handicap bepaald. Vroeger werd handicap voornamelijk vanuit een moreel perspectief bekeken. Dit moreel perspectief ziet handicap als ‘hoe verklaar je dat een persoon een functiebeperking ontwikkeld of ermee geboren wordt, en de ander niet? De ‘waaromvraag’ staat in dit model centraal. Voor de verklaring van de handicap wordt er verwezen naar goddelijke kracht. Deze manier van kijken is omgeschakeld naar het medisch model omdat de geneeskunde steeds belangrijker wordt. In het medisch model wordt er meer de nadruk gelegd op het herstellen van een handicap of het ondersteunen ervan door hulpmiddelen. Het medisch model vindt dat de gehandicapten zich moeten aanpassen aan de maatschappij en wanneer zij dit niet kunnen naar beschutte werkplaatsen of het buitengewoon onderwijs moeten gaan. De verschillende modellen staan naast elkaar en zijn complementair (GRIP, 2015; Steyaert, 2016).

2 Beleidslandschap voor kinderen met een handicap in België

In dit onderdeel wordt er gekeken naar hoe het beleid er momenteel uitziet voor kinderen met een handicap in België. Als eerste wordt er gekeken naar hoe de verhoogde kinderbijslag georganiseerd is in België. Hierbinnen zal er kort ingegaan worden op de theorie van de basiskinderbijslag en de verhoogde kinderbijslag. Daarna wordt er beschreven hoe het recht aangevraagd kan worden en hoe het recht geëvalueerd wordt. Als tweede zullen de hervormingen met betrekking tot de (verhoogde) kinderbijslag gekaderd worden. Tot slot worden de andere voordelen waar kinderen met een handicap recht op hebben behandeld en zal het onderwijssysteem voor kinderen met een handicap beschreven worden.

2.1 Verhoogde kinderbijslag

De verhoogde kinderbijslag is een toeslag bovenop de gewone kinderbijslag die geldt voor kinderen met een handicap of een aandoening. Om deze extra uitkering te ontvangen, moeten kinderen eerst de basiskinderbijslag krijgen en nadien moet hun handicap worden beoordeeld door dokters van de Federale Overheidsdienst (FOD). Iedere werknemer of gelijkgestelde die één of meer kinderen heeft, heeft recht op de basiskinderbijslag. Om aanspraak te kunnen maken op de kinderbijslag moet er een aanvraag ingediend worden via het kinderbijslagfonds. Het recht wordt geopend in de maand na de geboorte en wordt uitbetaald de maand volgend daarop.

Naast de kinderbijslag dat elk kind minimum tot het 18^e levensjaar krijgt en maximum verlengbaar is tot het 25^e levensjaar indien het kind nog studeert, kan de uitkering aangevuld worden met een leeftijdstoelage, een sociale toeslag of een toeslag voor kinderen met een handicap of aandoening (Famifed, 2017).

De verhoogde kinderbijslag geldt voor kinderen met een handicap of een aandoening tussen de 0 en 21 jaar. Vanaf 21 jaar vervalt het recht op de verhoogde kinderbijslag en kan er afhankelijk van het inkomen beroep worden gedaan op andere tegemoetkomingen, zoals de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) en integratietegemoetkoming (IT) (FOD Sociale Zekerheid, 2014).

2.1.1 Aanvraag voor verhoogde kinderbijslag

Om beroep te kunnen doen op de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap moeten de ouders verschillende stappen doorlopen.

De aanvraagprocedure voor de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap begint bij een aanvraag die ingediend moet worden bij het kinderbijslagfonds of het sociaal verzekeringsfonds, deze gaan later bij goedkeuring ook de verhoogde kinderbijslag uitbetalen. Na de aanvraag wordt er vervolgens een brief opgestuurd afkomstig van de DG Personen met een Handicap, dit is een onderdeel van de FOD, waarin de volgende stappen beschreven staan. Wanneer de brief ontvangen is, mag er via 'MyHandicap' een online aanvraag ingediend worden voor de evaluatie van de handicap, met een deel over de familiesituatie en een deel over de medische situatie dat door een arts ingevuld dient te worden. Hierna zullen de ouders uitgenodigd worden voor een medisch onderzoek door een controlearts van de FOD. Wanneer er problemen opduiken gedurende het aanvraagproces kan er altijd contact opgenomen worden met: het ziekenfonds of maatschappelijk werkers van de DG Personen met een Handicap. Per brief wordt de persoon met de handicap op de hoogte gebracht, met eventueel uitleg waarom hij/zij wel of geen recht heeft. Deze beslissing is vaak slechts voor bepaalde duur, dit is het geval wanneer de arts denkt dat de medische situatie nog kan verbeteren of verslechteren, vaak voorkomend bij kinderen. Het DG Personen met een Handicap zal het betreffende kinderbijslagfonds of sociaalverzekeringsfonds op de hoogte brengen van het resultaat. De behandelingsstermijn voor een aanvraag kan per regio verschillen (zie

bijlage 2: behandelingstermijn aanvraag per regio) (FOD Sociale Zekerheid, 2017).

2.1.2 Evaluatie per pijler

De beoordeling van de handicap wordt gedaan door een arts van de FOD. Deze kent het kind een score toe op een 36-puntenschaal, samengesteld uit drie pijlers.

- Voor de eerste pijler wordt er gekeken naar het medische aspect van de handicap of aandoening. De nadruk wordt gelegd op de lichamelijke en geestelijke gevolgen. Hier kunnen maximum zes punten worden toegekend.
- Bij de tweede pijler worden de gevolgen van de handicap bekeken in functie van de deelname van het kind aan het dagelijkse leven. Hieronder wordt een onderscheid gemaakt tussen leren, opleiding en, -sociale integratie; - communicatie; - mobiliteit en; - verplaatsing;- en zelfverzorging. Er kan per onderdeel een maximum van drie punten toegekend worden. Het maximum aantal punten voor de tweede pijler is twaalf.
- De derde pijler houdt rekening met de gevolgen voor het gezin. Hieronder wordt een onderscheid gemaakt tussen: opvolging van de behandeling thuis; - verplaatsing voor medisch toezicht en behandelingen; en, - aanpassingen aan de leefwijze en het leefmilieu. Per rubriek kunnen tot drie punten toegekend worden. Het totaal aantal punten voor deze rubriek wordt verdubbeld, maximaal kunnen er achttien punten worden toegekend in de derde pijler (FOD SZ Directie-generaal Personen met een handicap, 2017).

De arts stelt dus geen diagnose, maar kent aan iedere pijler punten toe. Er ontstaat recht op een toeslag als het kind minstens vier punten behaalt in pijler één of minstens zes punten in de drie pijlers samen. Het bedrag voor de kinderen met een aandoening of beperking is afhankelijk van de ernst van de gevolgen van de aandoening. Tabel 1:

bedrag per maand, geeft een overzicht van de ernst van de handicap met een bijhorend bedrag per maand.

Aantal punten	Bedrag per maand
Minstens 4 punten in de 1ste pijler en minder dan 6 punten over de drie pijlers	€ 80,75
6 - 8 punten over de drie pijlers en minder dan 4 punten in de 1ste pijler	€ 107,55
6 - 8 punten over de drie pijlers en ten minste 4 punten in de 1ste pijler	€ 414,28
9 - 11 punten over de drie pijlers en minder dan 4 punten in de 1ste pijler	€ 250,97
9 - 11 punten in de drie pijlers en ten minste 4 punten in de 1ste pijler	€ 414,28
12 - 14 punten over de drie pijlers	€ 414,28
15 - 17 punten over de drie pijlers	€ 471,07
18 - 20 punten over de drie pijlers	€ 504,71
+ 20 punten over de drie pijlers	€ 538,36

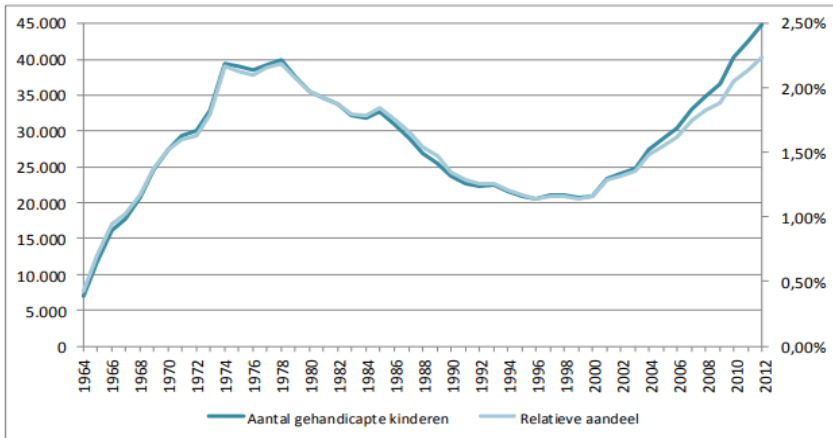
Bron: Famifed (2016)

Tabel 1: bedrag per maand

2.2 Hervormingen verhoogde kinderbijslag

Het systeem van de verhoogde kinderbijslag is in 2003 gewijzigd. Het doel van die verandering was om de toegankelijkheid te verbeteren en meer diversiteit binnen het systeem te brengen. Voordat er sprake was van het systeem van de drie pijlers, ontstond er pas een recht op de verhoogde kinderbijslag als het kind minstens 66% lichamelijk of geestelijk gehandicapt was, gebaseerd op een ongeschiktheidsgraad. Het nieuwe systeem was in een eerste stap enkel geldig voor kinderen die geboren waren na 1 januari 1996. Nadien werd het nieuwe systeem ook toegepast voor kinderen geboren vanaf 1 januari 1993 en vanaf mei 2009 ook voor diegene die geboren zijn voor 1 januari 1993 (Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers, 2013).

Vanaf 1 mei 2009 behoren alle nieuwe aanvragen en aanvragen voor herzieningen automatisch tot het nieuwe evaluatiesysteem. Uit de focusstudie in 2013 van de Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers blijkt dat de hervormingen van de verhoogde kinderbijslag een positieve invloed hebben op het aantal mensen dat de verhoogde kinderbijslag ontvangt. Onderstaande figuur geeft een overzicht van de evolutie van het aantal kinderen met een handicap en hun aandeel tegenover de totale populatie van rechtgevendende kinderen tot en met 25 jaar sinds 1964 (Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers, 2013).



Bron: RKW, cijfers werknemersstelsel

Figuur 1: Evolutie van het aantal kinderen met een handicap t.o.v. het aantal rechtgevende

Voor 1964 bestond er nog geen verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap en werden deze kinderen ook niet altijd geregistreerd als een kind met een handicap. Hierdoor is er een fikse stijging vanaf het jaar 1964. Daarna is er terug een daling van het aantal rechtgevende kinderen met recht op verhoogde kinderbijslag. Deze daling was enerzijds het gevolg dat er vanaf 1975 het getuigschrift alleen van de huisarts niet meer volstond maar een medisch onderzoek door een erkende arts van het Rijksinstituut voor ziekte-en invaliditeitsverzekering nodig was. Anderzijds werd de leeftijd vanaf 1987 voor verhoogde kinderbijslag beperkt tot 21 jaar. Sinds de periode rond 2000 is er terug sprake van een stijging, de sterke toename is er gekomen door de invoering van het nieuwe evaluatiesysteem door de hervorming in 2003 (Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers, 2013)

Sinds de zesde staatshervorming is de kinderbijslag langzamerhand overgeheveld naar de regio's. In Vlaanderen werd beslist dat ieder kind in de toekomst hetzelfde basisbedrag zal krijgen, waar wel ruimte blijft voor sociale correcties. Momenteel is het Federaal agentschap voor de kinderbijslag (FAMIFED) nog verantwoordelijk voor het uitbetalen van de kinderbijslag, dit zal stilaan overgeschakeld worden naar Kind & Gezin (FAMIFED, 2018). Het gevolg hiervan voor kinderen met een handicap wordt besproken in §2.3. Sinds 1 juli 2016 is er een wijziging in de aanvraagprocedure voor de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap of aandoening. Er heeft een verschuiving plaatsgevonden van een papieren vragenlijst naar een onlineprocedure. Dit gebeurt via MyHandicap, hier dient men zich in te loggen met de elektronische identiteitskaart en de pincode. Via MyHandicap kan het dossier van de persoon met een handicap geraadpleegd worden, een aanvraag ingediend worden voor andere voordelen en veranderingen gemeld worden wanneer de toestand van de persoon met een handicap wijzigt (FOD Sociale zekerheid, 2018).

2.3 Extra's voor kinderen met een handicap

Kinderen met een beperking kunnen ook nog extra ondersteuning krijgen op regionaal niveau. In Vlaanderen dienen kinderen met een handicap erkend te worden bij het VAPH willen ze gebruik maken van voorzieningen of extra hulpmiddelen. In de andere regio's bestaat een soortgelijke instelling: 'Agence pour une Vie de Qualité' (AViQ) voor de Franse gemeenschap, 'Service Personne Handicapée Autonomie recherchée' in de Duitstalige gemeenschap en Pahre in het Brusselse gewest (Gehandicaptenbeleid in België: een overzicht, 2013). Hierna wordt gefocust op Vlaanderen.

Kinderen met een erkende handicap op Vlaams niveau kunnen gebruik maken van gesubsidieerde zorginstellingen zoals residentiële voorzieningen, semi-residentiële of ambulante zorg, of van financiële ondersteuning bij het aankopen van middelen zoals bijvoorbeeld een rolstoel of om aanpassingen aan het huis te doen. Er wordt sinds 1

maart 2014 een onderscheid gemaakt tussen rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) en niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (NRTH) binnen het hulpverleningsaanbod van het VAPH. Rechtstreeks toegankelijke hulp betekent dat de betrokkenen onmiddellijk terecht kunnen bij een organisatie zonder dat ze een VAPH-erkenning nodig hebben, een voorbeeld hiervan is het Centra voor Algemeen Welzijnswerk. Bij niet-rechtstreeks toegankelijk hulp daarentegen is er toelating nodig door de intersectorale toegangspoort om tot bij een dienst te geraken (Vlaanderen, 2017). Om deze erkenning in Vlaanderen te krijgen ook wel bekend als een identificatienummer, gaat een multidisciplinair team van het VAPH de kinderen beoordelen (VAPH, 2016).

Uit het onderzoek van Vinck et al. (2018) komt naar voren dat 42% van de gehandicapte kinderen een erkenning hebben op federaal niveau, wat betekent dat zij de verhoogde kinderbijslag ontvangen. 21% van de gehandicapte kinderen hebben enkel een erkenning op Vlaams niveau, dit betekent dat zij gebruik maken van de gesubsidieerde voorzieningen van het VAPH of een financiële tegemoetkoming kunnen aanvragen voor bepaalde hulpmiddelen. Dit is verrassend want dit betekent dat 21% een financiële uitkering mislopen van de FOD. Slechts 37% is erkend op zowel Vlaams als federaal niveau. Nu de kinderbijslag een Vlaamse bevoegdheid aan het worden is, wordt er beoogd in het Vlaams Actieplan Autisme: beleidsprogramma 2018 – 2019, om deze systemen beter op elkaar af te stemmen. Dit kan ook als gevolg hebben dat het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag zal dalen (Vlaanderen, 2018).

Daarnaast kan een kind met een handicap aangepast onderwijs krijgen voor extra ondersteuning. Om toegang te krijgen tot het buitengewoon onderwijs is er nog een andere instantie betrokken dan het VAPH of FOD. Enkel de Centra voor Leerlingenbegeleiding zijn bevoegd om inschrijvingsverslagen op te maken (Vlaamse overheid, 2018).

Sinds 2014 zijn er door het M-decreet heel wat verschuivingen binnen het onderwijs, betreffende het decreet van 21 maart 2014 over maatregelen voor leerlingen met specifieke onderwijsbehoeften.

Hierin wordt aangegeven hoe Vlaamse scholen moeten omgaan met leerlingen die door een beperking niet in staat zijn om de lessen in het reguliere onderwijs te volgen. Met het M-decreet wordt inclusief onderwijs nagestreefd, dit betekent eerst gewoon onderwijs en dan pas bijzonder onderwijs. (Grote lijnen van het M-decreet, 2018). Voor kinderen met autisme en andere gedragsstoornissen is er door het M-decreet een nieuw type buitengewoon onderwijs ingericht. Het type 'basisaanbod' zal het type 1 (voor kinderen met een lichte verstandelijke handicap) en type 8 (voor kinderen met ernstige leerstoornissen) geleidelijk vervangen. Dit betekent dat kinderen naar het type basisaanbod toe kunnen indien zij specifieke onderwijsbehoeften hebben en er geen redelijke aanpassingen meer mogelijk zijn in het gewoon onderwijs. Ook is er het nieuwe type 9, dit is voor kinderen met autisme die geen verstandelijke beperking hebben en door de redelijke aanpassingen in het gewone onderwijs niet terechtkunnen (Vlaanderen, 2015).

3 Theoretisch gedeelte

In dit onderdeel zal eerst het fenomeen ‘non-take-up’ gekaderd worden. Om te beginnen zal er kort ingegaan worden op de soorten niet-gebruik die in de theorie beschreven zijn, waarna de theoretische modellen van de NTU geformuleerd worden. Vervolgens zullen de oorzaken van NTU besproken worden aan de hand van het multilevel model (van Oorschot, 1995). Hierbinnen wordt een onderverdeling gemaakt tussen het cliëntniveau, het niveau van het beleid en het uitvoeringsniveau. Tot slot zullen er op basis van de literatuur enkele oplossingen geformuleerd worden om het niet-gebruik van een voordeel te verminderen.

3.1 Non- take-up van rechten

3.1.1 Kadering begrip ‘non-take-up’

De NTU van rechten is een fenomeen dat steeds meer toeneemt. Er wordt niet verkregen waar mensen krachtens de wetgeving wel recht op zouden hebben, ook wel onderconsumptie genoemd (van Oorschot, 1995). NTU kan zich voordoen bij uitkeringen in de vorm van cash geld en bij diensten in natura. De toekenning van het recht gebaseerd op een inkomenstoets of op basis van categorieën bepalen wie er toegang heeft tot het systeem (Eurofound, 2015). Zo is de verhoogde kinderbijslag een voorbeeld van een uitkering in de vorm van cash geld die onder de categoriaal selectieve systemen valt. Het ontvangen van een inkomensgarantie voor ouderen is daarentegen afhankelijk van het inkomen

NTU is in de literatuur volgens van Oorschot (1995) omschreven als de situatie waarbij personen of huishoudens die aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming deze tegemoetkoming niet ontvangen. Wanneer er gesproken wordt over de NTU van rechten, kunnen er

drie soorten fouten onderscheiden worden. Vooreerst is er de type 1A-fout, dit betekent dat er een onvolledige take-up is. Dit houdt in dat individuen die recht hebben op een uitkering geen aanvraag doen. Daarnaast is er de type 1B-fout, ook wel verwerpingsfouten genoemd. Hierbij krijgen individuen die wel in aanmerking komen, geen uitkering door fouten bij de screeningprocedure. Tot slot is er de type 2-fout, ook wel toekenningsfouten genoemd. Dit impliceert dat individuen die niet in aanmerking komen, toch een uitkering krijgen (Bouckaert & Schokkaert, 2011). Niet-gebruik is de algemene tegenhanger van misbruik en oneigenlijk gebruik, dit betekent dat er in beide gevallen niet de juiste personen of huishoudens bereikt worden. Hoewel bij niet-gebruik het bereik van de regeling te pover is, zijn er bij misbruik en oneigenlijk gebruik personen en huishoudens die de voorziening ontvangen zonder dat zij er recht op hebben (Wildeboer Schut & Hoff, 2007).

3.1.2 Soorten niet-gebruik

Er zijn diverse soorten van NTU die kunnen voorkomen worden. van Oorschot (1995) maakt om te beginnen een onderscheid tussen primaire en secundaire vormen van niet-gebruik. Primair niet-gebruik verwijst naar het niet aanvragen van een tegemoetkoming, terwijl secundair verwijst naar het niet ontvangen van een uitkering nadat deze aangevraagd werd. De secundaire vorm zou volgens van Oorschot (1995) veroorzaakt worden door het gedrag van de aanvrager of door fouten bij de administratie. Hierbij aansluitend formuleren Van Mechelen & Janssens (2017) een derde vorm, het tertiaire niet-gebruik. Dit wordt beschreven als de situatie dat kwetsbare mensen geen recht hebben op een uitkering vanwege een subsidiariteitsbeginsel dat door de lidstaat is vastgesteld. Een voorbeeld hiervan is dat in België personen een vast adres moeten hebben om in aanmerking te kunnen komen voor een leefloon.

Daarnaast wordt er een onderscheid gemaakt tussen volledig en gedeeltelijk niet-gebruik. Volledig niet-gebruik betekent dat de gerechtigde persoon geen uitkering ontvangt. Bij gedeeltelijk niet-

gebruik daarentegen ontvangt de gerechtigde persoon slechts een deel van wat hij zou moeten ontvangen. Permanent en tijdelijk niet-gebruik, heeft als betekenis dat er ofwel nooit een tegemoetkoming verkregen werd ofwel slechts tijdelijk een uitkering niet verkregen werd. Onder het type van tijdelijk niet-gebruik wordt er gesproken over mogelijk vertraagd en frictioneel niet-gebruik. Vertraagd niet-gebruik betekent dat een gerechtigd persoon pas na een verloop van tijd beroep gaat doen op een tegemoetkoming. Frictioneel niet-gebruik ontstaat door de tijd die de administratie nodig heeft om een aanvraag te verwerken. In afwachting tot de goedkeuring van het claim krijgt de gerechtigde persoon de tegemoetkoming niet.

3.1.3 Theoretische modellen van NTU

Vooraleer potentieel gerechtigden overgaan tot een aanvraag doorlopen zij een aantal stappen. Kerr stelt dat er zes drempels doorlopen dienen te worden, vooraleer zij gebruik kunnen maken van het voordeel. De zes drempels zijn: een waargenomen financiële behoefte, kennis over het bestaan van het recht, ervan uitgaan recht te hebben op het voordeel, het nut van het voordeel inzien, een positieve houding hebben ten opzichte van het voordeel en tot slot de verwachting dat het financiële te kort zich niet op korte termijn zelf zal oplossen (Kerr, 1982a, b).

Er zijn heel wat kritieken geformuleerd op het model van Kerr (1982a, b). Zo is er bijvoorbeeld kritiek over de volgorde van de drempels en over dat er enkele fundamentele factoren ontbreken bij het model. Op basis van deze kritieken heeft van Oorschot (1996) een alternatief model ontwikkelt. Hij conceptualiseert NTU als een ‘dynamic model of benefit receipt’, dit model bestaat uit drie stadia waar er in elk stadium drempels kunnen optreden. In het model gaat de aanvrager gedurende de fasen de kosten gaan afwegen met de voordelen. van Oorschot (1996) verwijst hierbij naar drie stadia. Ten eerste is er ‘the threshold stage’, hier moeten de individuen verschillende barrières overwinnen. Een belangrijk aspect hierin is dat de potentieel gerechtigden weten dat de regeling bestaat, dat zij zichzelf ook als

gerechtigden beschouwen en denken hiervoor in aanmerking te komen. Ten tweede is er 'the trade-off stage', hier zijn zowel de proceskosten, sociale en psychologische kosten van belang. Ook kan in deze fase stigmatisering een belangrijke rol spelen. De gerechtigden gaan in deze fase een afweging maken of de kosten die een aanvraag met zich meebrengt opweegt tegen de voordelen die ze eruit kunnen halen. Als er beslist wordt dat de kosten het waard zijn om het voordeel aan te vragen zal er overgegaan worden naar de derde fase. Dus ten derde is er 'the application stage', hier wordt de aanvraag gedaan en kan deze dus ook afgewezen worden. In deze fase kunnen mensen afhaken gedurende de aanvraag of loopt er iets mis tijdens de aanvraag omdat ze niet voldoende ingelicht zijn wat er allemaal bij de aanvraag toegevoegd moet worden om deze volledig te krijgen.

Op basis van het dynamic model zal er kort een overzicht gegeven worden over het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag uit het onderzoek van Vinck et al. (2018). In de 'threshold stage' is het belangrijk om NTU te voorkomen dat de ouders geïnformeerd worden over het bestaan van het voordeel. Dit kan via belangengroepen, het sociale netwerk van de ouders, sociale diensten van ziekenhuizen of ziekenfondsen, bijzonder onderwijs, centra voor leerlingenbegeleiding, diagnostische centra, revalidatiecentra, huisartsen en specialisten, Kind en Gezin en het internet. Vinck et al. (2018) verwijzen naar de differentiatie aan informatiekanalen. Bijvoorbeeld sommige ouders blijken wel geïnformeerd te zijn via de school en anderen dan weer niet. Daarnaast wordt er in het onderzoek aangegeven dat de naam 'verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap' nogal afschrikkend werkt voor ouders en een bredere naam aangewezen is omdat er ook andere gezondheidsproblemen zoals kanker onder vallen. Ook komt naar voren dat de betekenis van de drie pijlers niet altijd even duidelijk zijn.

In de 'trade-off stage' is er een wisselende mening van de experts over de herziening van de verhoogde kinderbijslag. Ook de wachttijd wordt als vervelend ervaren. Er wordt aangegeven dat de aanvraagprocedure complex is met betrekking tot de administratie die erbij komt kijken net als de terminologie, waar verduidelijking voor

nodig is. Sommige ouders worstelen met het feit dat hun kind gehandicapt is. De aanvraagprocedure kan voor het kind ook erg traumatiserend zijn, bovendien zijn de extra onderzoeken die hierbij komen kijken erg belastend voor zowel de ouders als de kinderen.

In de ‘application stage’ worden vooral ergernissen over de onduidelijkheid van de vragenlijst van de FOD geuit, ook de veelheid aan administratie en verslagen die hierbij komen kijken kunnen als belasting ervaren worden. Wanneer de ouders op medisch onderzoek moeten gaan met hun kind moeten zij dit op een vastgelegde datum doen, dit kan ouders weerhouden om te gaan. Ook dient zo een dergelijk onderzoek voorbereid te worden waardoor dit een drempel kan zijn voor kwetsbare gezinnen. Daarnaast geven de ouders aan slechte ervaringen te hebben gehad met de controlearts, dit gaat vooral over onvriendelijkheid, tijdsgebrek en de onwetendheid over de soort handicap die beoordeeld moet worden. Hierdoor werd er door sommigen aangegeven dat ASS bijvoorbeeld niet zo snel erkend werd dan een visuele handicap (van Oorschot, 1996; Vinck et al., 2018).

3.1.4 Oorzaken NTU

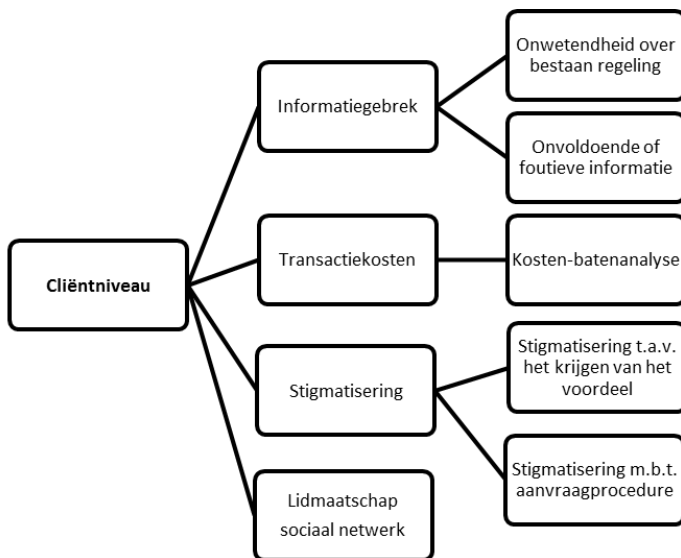
Het begrip NTU is een heterogeen begrip, dit betekent dat meerdere mensen uiteenlopende voordelen niet opnemen en dit om diverse redenen. Verscheidene onderzoeken verwijzen naar het feit dat de oorzaken van het niet-gebruik divers van aard kunnen zijn (Eurofound, 2015; Tempelmans et al., 2011; van Oorschot, 1995).

Het is van belang om het niet-gebruik aan te pakken, hiervoor is het volgens Steenssens (2014) genoodzaakt om de oorzaak van de NTU te achterhalen. Deze oorzaken kunnen volgens van Oorschot (1989, 1995) gesitueerd worden bij verschillende actoren op basis van het ‘multilevel influence model’. Binnen dit model worden de oorzaken opgesplitst in drie niveaus: de cliënt, het beleid en de uitvoering. Het is niet zo dat de oorzaken netjes af te bakenen zijn binnen één van de drie niveaus, het is een complex gegeven, wat betekent dat de oplossing voor het niet-gebruik niet zomaar een kant en klaar

antwoord heeft. De drie niveaus beïnvloeden elkaar (van Oorschot, 1989, 1995). Het cliëntniveau zal een rechtstreekse invloed hebben op de NTU van een tegemoetkoming. Op het uitvoeringsniveau kunnen de administratieve medewerkers zowel op een directe en indirecte manier een invloed hebben op het niet-gebruik. Een directe invloed op niet-gebruik kan bijvoorbeeld ontstaan door onvoldoende/foute informatie te geven. Een indirecte invloed kan ontstaan door bijvoorbeeld de langdurige procedure. Het niveau van het beleid gaat geen directe invloed uitoefenen op de NTU van tegemoetkomingen maar de wetten kunnen wel een indirecte invloed uitoefenen op andere niveaus.

3.1.4.1 Cliëntniveau

In de literatuur wordt er grotendeels gefocust op het niveau van de cliënt om NTU te verklaren: zo wordt er grotendeels gebaseerd op vier oorzaken: informatiegebrek, transactiekosten, stigmatisering en lidmaatschap van sociale netwerken. In figuur 2 wordt een eigen overzicht gegeven van de factoren die op basis van de literatuur geformuleerd zijn (Currie, 2004; Eurofound, 2015; Hernanz, Maltherbet & Pellizzari, 2004; van Oorschot, 1995; Wildeboer Schut & Hoff, 2007).



Figuur 2: oorzaken op cliëntniveau

Ten eerste is er het gebrek aan informatie, dit wordt door verschillende auteurs als hoofdoorzaak aangeduid (Eurofound, 2015; van Oorscot, 1995, Wildeboer Schut & Hoff, 2007). van Oorscot (1995) wijst op twee verschillende vormen van gebrek aan kennis die kunnen leiden tot niet-gebruik. Enerzijds kan het gaan over het feit dat de personen helemaal geen weet hebben van de regeling. Anderzijds is er de situatie dat er onvoldoende of foutieve informatie gegeven wordt maar dat de personen dus wel op de hoogte zijn van het bestaan van het recht. Informatie krijgen is echter niet gelijk aan deze ook begrijpen (van Oorscot, 1995). Dit aspect kan beïnvloed worden door zowel het uitvoeringsniveau als het niveau van het beleid. Op beleidsniveau betekent dit, dat wanneer het beleid dat gevoerd wordt onduidelijk en complex is, dit als gevolg kan hebben dat de inhoud onvoldoende begrepen wordt door de cliënten en dat er onduidelijkheid heerst over de eigen gerechtigheid van een uitkering met niet-gebruik als een mogelijk gevolg. Op het niveau van de uitvoering speelt het probleem dat de informatie niet tot bij de personen komt die dit nodig hebben,

wat betekent dat de personen zelf op zoek moeten gaan naar informatie (van Oorschot, 1995). De risico's van het niet-gebruik worden steeds groter naargelang de tijd die ligt tussen het vernemen van de informatie, de informatie lezen, deze begrijpen, onthouden en tot slot iets doen met de informatie (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2016).

Ten tweede kunnen de transactiekosten die bij een aanvraagprocedure komen kijken het niet-gebruik doen stijgen. Indien het gaat om kleine tegemoetkomingen is de kans groot dat er sprake is van niet-gebruik (Currie, 2004; Hernanz et al., 2004; van Oorschot, 1989; Warin, 2014). Er wordt een afweging gemaakt tussen de voordelen die het recht de gebruiker opbrengt en de kosten die dat voor de gebruiker zou teweegbrengen, ook wel een kosten-baten analyse genoemd (Wildeboer Schut & Hoff, 2007). Wanneer de kosten te hoog oplopen ten aanzien van het voordeel, kan dit aanleiding geven tot het niet aanvragen van een tegemoetkoming. De voordelen zullen afgewogen worden op basis van de duur van het recht en de hoeveelheid van het geldelijk voordeel (Currie, 2004; Eurofound, 2015; Hernanz et al., 2004; Van Mechelen & Janssens, 2017; van Oorschot, 1995). Personen kunnen ook bewust kiezen voor het niet aanvragen van een uitkering, wanneer het proces van aanvraag en goedkeuring lang duurt. Ook de verschillende papieren die bijvoorbeeld bij een aanvraagprocedure komen kijken kan een invloed hebben om al dan niet een aanvraag te doen voor het voordeel. Ook wordt er een stijging in het niet-gebruik vastgesteld wanneer er geen zekerheid is dat de persoon een uitkering zal ontvangen (Hernanz et al., 2004). Hernanz et al. (2004) verwijzen naar de relatieve waarde van het voordeel en niet de absolute waarde. Hiermee wordt een afweging gemaakt per persoon/huishouden. Zo zullen personen in kleinere steden volgens Hernanz et al. (2004) minder gebruik maken van de voordelen omdat de kosten dan al hoog gaan oplopen ten opzichte van de voordelen. Dit omdat de kans groter is dat de potentieel gerechtigden zich moeten verplaatsten naar grotere steden voor een medisch onderzoek.

Ten derde is stigmatisering een factor die het niet-gebruik van een uitkering kan doen stijgen. Rechthebbenden die zelf tot een groep

behoren waar in de samenleving een vooroordeel over heerst, beschouwen het indienen van een aanvraag als vooroordeelbevestigend (Wildeboer Schut & Hoff, 2008). Een stigma wordt door Goffmann (1963) gedefinieerd als: *'a situation 'when a person possesses (or is believed to possess) some attribute or characteristic that conveys a social identity that is devalued in a particular social context'* (Goffman, 1963). Stigma is geworteld in een vorm van reciprociteit. Ook de criteria 'verdienste' speelt een belangrijke rol bij de graad van stigmatisering. Er wordt gekeken of de aanvrager beschouwd wordt als iemand die het verdient. Hierbij aansluitend is het van belang dat een stigma kan diversifiëren tussen de landen en over diverse voordelen heen. Het stigma zal lager zijn als de aanvrager recht heeft op het voordeel en wordt gezien als een persoon die het voordeel verdient (Baumberg, 2016).

In de literatuur zijn er auteurs die het belang van stigma benadrukken (Baumberg, 2016), terwijl er andere auteurs zoals Currie (2014) geen direct verband zien tussen de angst voor stigmatisering en het aanvragen van een tegemoetkoming. Baumberg (2016) heeft een effectonderzoek gedaan omtrent het stigma bij het opnemen van welvaartsvoordelen. Hij maakt in zijn onderzoek een onderscheid tussen het persoonlijke stigma en stigmatisatie. Kort omschreven is het persoonlijke stigma het eigen gevoel van een persoon en stigmatisatie is dan de perceptie die andere mensen hebben, deze hoeven niet noodzakelijk samen op te treden. Tevens is er ook een stigma dat kan optreden bij de aanvraagprocedure om een recht te verkrijgen. Dit laatste stigma kan eventueel ontstaan vanuit privacy problematiek, de vernederende ervaring van lange wachttijden en het neerbuigend gevoel hoe er naar de aanvragers gekeken wordt. Er blijkt ook uit het onderzoek van Baumberg (2004) dat 20,4% denkt dat ze zich moeten schamen om een voordeel aan te vragen en 27,2% vindt dat anderen zich moeten schamen om het voordeel aan te vragen. Wanneer het over mensen met een beperking gaat is het persoonlijk stigma 10,3% en de stigmatisatie 17%. We kunnen hieruit veronderstellen dat er bij de verhoogde kinderbijslag voor personen met een handicap minder sprake zal zijn van stigmatisering.

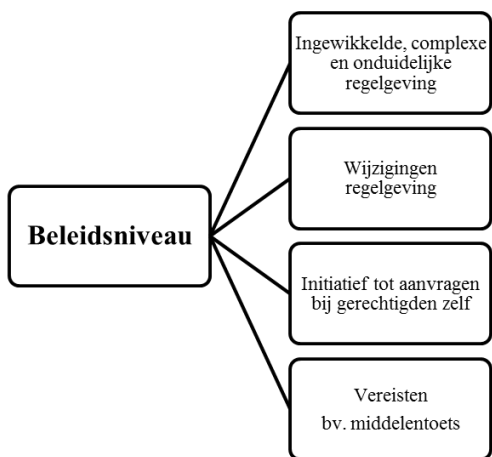
Hernanz et al. (2004) benadrukt dat het sociale stigma dat een persoon ervaart door gebruik te maken van een uitkering, een beweegreden is voor bewust niet-gebruik van een uitkering. Dus niet alleen het gebruiken van een uitkering kan leiden tot stigmatisering maar ook het aanvragen van een uitkering. Bovendien benadrukt van Oorschot (1995) dat stigma ook een langetermijneffect kan hebben. Vroegere negatieve ervaringen met het aanvragen van tegemoetkomingen kan een effect hebben op het aanvraaggedrag in de toekomst, dus ook een hogere kans hebben op niet-gebruik.

Tot slot kunnen de sociale netwerken ook een belangrijke rol spelen bij het aanvragen van een uitkering. Indien personen deel uitmaken van een groep waarin de andere leden een uitkering ontvangen, kan dit het gedrag van het groepslid beïnvloeden. Met gevolg dat het niet-gebruik kan afnemen indien er in de groep de nodige informatie met elkaar gedeeld wordt. Dus wanneer er opgemerkt wordt dat gelijksoortige personen het recht ook niet aanvragen of als er beoordeeld wordt dat zij niet gerechtigd zijn, kan er gekozen worden om ook geen aanvraag meer te gaan indienen. Het uitwisselen van informatie kan ook bevorderend zijn voor de NTU wanneer mensen geen lid zijn van een groep. Dit betekent dat de negatieve waarnemingen verder gaan dan de gebruiker zelf (Currie, 2004; Warin, 2014). Onderzoek toont aan dat mensen die al vertrouwd zijn met het aanvragen van een uitkering, de stap sneller zullen zetten om opnieuw een uitkering aan te vragen dan voor mensen voor wie het allemaal nieuw is (Currie, 2004).

Uit onderzoeken blijkt dat NTU groter is bij bevolkingsgroepen die hogere kosten met zich meebrengen zoals bijvoorbeeld eenoudergezinnen, gezinnen met een migratieachtergrond en laagopgeleiden. Ook indien de personen geen vast adres of bankrekening hebben of indien zij financiële spanningen ervaren, kan de kans op niet-gebruik toenemen (Eurofound, 2015; Van Mechelen & Janssens, 2017).

3.1.4.2 Beleidsniveau

Beleidsmakers spelen een doorslaggevende rol bij NTU. Zij bepalen de wettelijke en organisatorische aspecten hoe de uitvoerders en cliënten moeten handelen (Steenssens, 2014). De literatuur haalt vier verschillende oorzaken aan op het niveau van het beleid, een eigen overzicht op basis van de literatuur is terug te vinden in figuur 3 (Currie, 2004; Eurofound, 2015; Fuchs, 2007; Hernanz et al., 2004; van Oorscot, 1989, 1995; Warin, 2014).



Figuur 3: oorzaken op beleidsniveau

Om te beginnen is het belangrijkste aspect op beleidsniveau dat in verscheidene literatuur terugkomt het afnemen van een bestaansmiddelentoets, dit is vaak enkel terug te vinden in bijstandsregelingen. Wanneer er een middelentoets wordt toegepast, stijgt het risico op niet-gebruik (Fuchs, 2007; van Oorscot, 1989; Wildeboer Schut & Hoff, 2007). Hierbij aansluitend verwijst Currie (2004) ernaar dat een middelentoets het gevolg is van een direct en indirect effect van de samenstelling van een regeling. Het directe effect gaat over het feit dat het niet mogelijk is om naar een voltooide ‘targeting’ te streven, hierdoor gaan er altijd mensen zijn die niet

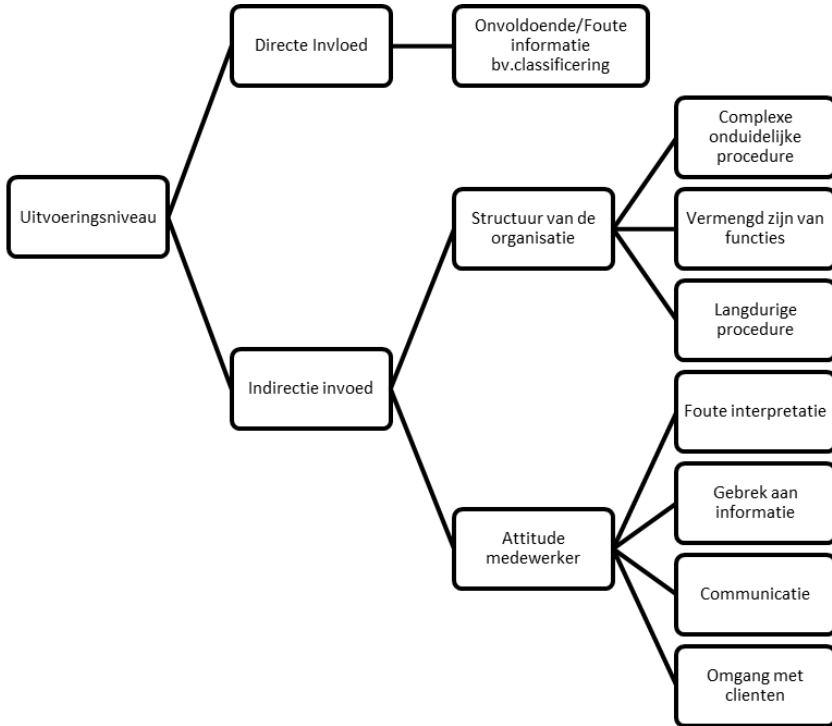
krijgen waar ze wettelijk gezien wel recht op hebben. Het indirecte effect is dat een middelentoets stigmatiserend kan werken, met als gevolg dat de drempel om een aanvraag in te dienen verhoogd wordt (Currie, 2004; Hernanz et al., 2004; van Oorschot, 1995).

Verder kan NTU op het beleidsniveau het gevolg zijn van een ingewikkelde regelgeving. Dit is het geval als de richtlijnen van het gevoerde beleid complex en onduidelijk zijn waardoor zowel de burgers als de uitvoerende medewerkers de regels moeilijk kunnen interpreteren. De vraag of een persoon gerechtigd is of niet, kan zo moeilijk beantwoord worden en is afhankelijk van de persoon die de uiteindelijke beslissing neemt (Eurofound, 2015; van Oorschot, 1995). Ook indien de wetgeving regelmatig wordt aangepast in de tijd en tussen de regio's kan dit zorgen voor niet-gebruik. Meer bepaald betekent dit ook dat de criteria waaraan rechthebbenden moeten voldoen kunnen wijzigen. Zo kunnen personen die eerst wel in aanmerking kwamen niet meer in aanmerking komen voor de tegemoetkoming (Hernanz et al., 2004; Warin, 2014).

Tot slot zijn andere oorzaken op het beleidsniveau die een invloed kunnen hebben op het niet-gebruik van een regeling: een beleid dat gericht is op stigmatiseerde gebruikers, indien het initiatief tot aanvragen aan de betrokkenen zelf wordt overgelaten, de uitkeringen een aanvullend karakter hebben (van Oorschot, 1995). De literatuur wijst uit dat er op beleidsniveau naast een bestaansmiddelentoets, zelf het initiatief nemen om het recht aan te vragen, het meest doorweegt op het niet-gebruik (van Oorschot, 1989; Wildeboer Schut & Hoff, 2007).

3.1.4.3 Uitvoeringsniveau

In de literatuur wordt het uitvoeringsniveau besproken, dit zowel op een directe als indirecte manier. In figuur 4 worden de oorzaken op uitvoeringsniveau weergegeven in een eigen figuur. Deze onderverdeling werd gemaakt aan de hand van de oorzaken die de auteurs in de literatuur weergaven (Eurofound, 2015; Steenssens, 2014; van Oorschot, 1995).



Figuur 4: oorzaken op het niveau van de uitvoering

Het uitvoeringsniveau is sterk afhankelijk van het beleidsniveau. De regels die bepaald worden op het beleidsniveau hebben een invloed op het uitvoeringsniveau. Zo kan er door een complexe wetgeving onduidelijkheid heersen op het niveau van de uitvoering, waardoor de potentieel gerechtigden geen eenduidig antwoord krijgen of zij al dan niet gerechtigd zijn op een uitkering (Eurofound, 2015; van Oorschot, 1995). De manier van werken op het niveau van de uitvoering kan het niet-gebruik zowel op een directe als een indirecte manier beïnvloeden.

Het uitvoeringsniveau heeft een directe invloed op het niet-gebruik, indien het gaat om administratieve aspecten. Van Oorschot (1995)

verwijst hierbij naar enerzijds een foutieve toekenning van gerechtigdheid of ingeval het bedrag waarop men recht heeft slechts gedeeltelijk wordt uitgekeerd of anderzijds indien de betrokkenen onvoldoende informatie krijgen. Bovendien kan het classificeren van potentieel gerechtigden door medewerkers op het niveau van de uitvoering ook een oorzaak voor niet-gebruik vormen. De medewerkers kunnen foutieve beslissingen nemen over de gerechtigdheid. Uit onderzoek blijkt dat het krijgen van een tegemoetkoming beïnvloed kan worden door de medewerker op uitvoeringsniveau, deze beslist of de gebruiker als verdienstelijk of onverdienstelijk geclassificeerd wordt (van Oorschot, 1995).

Daarnaast kan het uitvoeringsniveau ook een indirecte invloed hebben op het niet-gebruik van een regeling. Er kan hierbinnen een onderscheid gemaakt worden tussen de werking van de administratie en de manier van werken van de medewerkers op het niveau van de uitvoering. De werking van de administratie kan in gedrang komen door het bestaan van ontmoedigende procedures en behandelingswijzen, zoals ingewikkelde formulieren. Deze kunnen een oorzaak vormen voor het niet-gebruik op het niveau van de uitvoering. Het niet-gebruik kan eventueel een gevolg zijn van moeilijk taalgebruik in documenten, hierdoor kan er geen aanvraag gedaan worden voor een uitkering of kan men ergens vastlopen. Daarnaast kunnen er binnen de structuur moeilijkheden optreden. Zo kan er samenwerking nodig zijn tussen verschillende instanties waarbij gegevens uitgewisseld dienen te worden. De meeste problemen binnen dit niveau, situeren zich bij middenengetoetste uitkeringen. Bij een middelentoets hebben de medewerkers vaak een dubbele functie, enerzijds een controlefunctie en anderzijds een ondersteunende functie. Dit kan als gevolg hebben dat cliënten de medewerkers niet vertrouwen waardoor er niet-gebruik kan optreden. Ook kunnen betrokkenen ontmoedigd worden omtrent de behandelingstermijn die lang kan duren (Eurofound, 2015; Steenssens, 2014; van Oorschot, 1995). Tot slot kunnen ook de beheerders op het niveau van de uitvoering een grote invloed uitoefenen op wat er effectief ontvangen wordt. Het kan zijn dat uitvoerders vergissingen maken in de beoordeling over wie recht heeft

op een uitkering. Ook is de mate waarin de medewerkers op uitvoeringsniveau de potentieel gerechtigden als verdienstelijk of onverdienstelijk beschouwen een belangrijke factor voor het niet-gebruik van een uitkering. Hierbij is het van belang dat de gebruikers voldoende geïnformeerd zijn zodat zij het besef hebben wanneer er een foutieve toekenning gebeurt door de medewerkers. Om dit mogelijk te maken is er communicatie met de cliënten nodig om ervoor te zorgen dat de cliënten over voldoende informatie beschikken. Indien de potentieel gerechtigde zich op een vernederende manier behandelt voelt, bestaat de kans dat hij afhaakt tijdens de aanvraagprocedure (van Oorschot, 1995).

3.1.5 Oplossingen voor de non-take-up

In de Europa 2020 strategie wordt ernaar gestreefd om 20 miljoen mensen uit de armoede te halen tegen 2020 (Eurofound, 2015). De NTU verminderen, kan hierbij van groot belang zijn. Vanuit een sociaal beleidsperspectief kan tijdelijk niet-gebruik als een minder ernstig probleem worden beschouwd dan niet-opname over een langere periode (Bruckmeier & Wiemers, 2011).

Uit verscheidene onderzoeken omtrent de NTU zijn er grotendeels drie belangrijke aspecten naar voor gekomen die het niet-gebruik zouden kunnen verminderen en dus de opname van de welvaartsvoordelen zou doen stijgen (Eurofound, 2015; Fuchs, 2007; Hernanz et al., 2004; Tempelmans et al., 2011). Om te beginnen moet er de focus gelegd worden op de verbetering en vereenvoudiging van de administratieve procedures. Hieronder is het van belang om niet alleen de mensen te informeren over hun rechten maar ook aan te geven hoe ze hier toegang toe kunnen krijgen. Het is van belang dat de aanvraagprocedure voor een recht vereenvoudigd wordt. Baumberg (2016) haalt dit in zijn onderzoek ook aan om het stigma te doen verminderen aangezien al eerder tot uiting kwam dat het stigma een belangrijke factor kan spelen bij het niet-gebruik van een uitkering. Zo geeft hij aan dat de structuur van het systeem veranderd dient te worden zodat de drempel om een voordeel aan te vragen verlaagd

wordt. Ook de voorlichting is van belang, meer publicatie maken van de rechten waarop personen beroep op kunnen doen, dit kan op websites zijn, brochures etc. Hierbij dient er rekening gehouden te worden met de kenmerken van de doelgroep die betrokken wordt, de informatiekanaal kunnen verschillen per doelgroep. Van Mechelen & Janssens (2017) wijzen hierbij op de informatie die eenvoudig moet zijn voor de betrokkenen met een voorkeur van een visuele voorstelling. Ook is de ondersteuning van belang, dit door bepaalde instanties op te richten die mensen begeleiden gedurende heel het proces.

Daarnaast zou de uitvoering van de verschillende regelingen geïntegreerd moeten worden. De mogelijkheid moet gecreëerd worden om de interacties tussen verschillende professionele instanties te optimaliseren. Dit omdat personen vaak recht hebben op verschillende voordelen. Een zwakke integratie tussen de regelingen betekent dat de verschillende uitvoeringsorganen nauwelijks kennis hebben van rechten die cliënten zouden kunnen hebben bij andere regelingen. Dit zorgt ervoor dat zij niet gaan doorverwijzen of geen informatie geven. Bestanden van verschillende organisaties zouden aan elkaar gekoppeld moeten worden. Een sterke mate van integratie zou de kans op niet gebruik doen dalen. Bijvoorbeeld één centraal punt waar alle rechten van de persoon worden bekeken (Eurofound, 2015; Fuchs, 2007; Hernanz et al., 2004; Tempelmans et al., 2011).

Als derde oplossing is het versterken van empirisch bewijsmateriaal en onderzoek een cruciale factor. Dit is belangrijk om de beleidsmakers te kunnen informeren over de maatregelen die het meeste effect hebben om NTU te verminderen (Eurofound, 2015; Fuchs, 2007; Hernanz et al., 2004; Tempelmans et al., 2011). Hierbij aansluitend is het volgens Warin (2014) van belang om de sociale erkenning aan de ontvangende zijde te bevorderen, zodat het gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen verbeterd kan worden. Dit omdat ervaringen gedeeld worden met andere gerechtigden waardoor men kan afzien van een eventuele aanvraag (Warin, 2014).

Tot slot verwijst Baumberg (2016) nog naar twee andere manieren om een stigma te verminderen. Het stigma kan verminderd worden indien de politiek en de media niet of minder stigmatiserend optreedt. Ook zou er geen stigma mogen gekleefd worden op het aanvragen van het voordeel, hierbij is het van belang dat de potentieel gerechtigden met meer respect behandeld worden.

3.2 Besluit theoretisch kader: hypothesen

Zoals eerder al gezegd is de verhoogde kinderbijslag een aanvullend recht, wat betekent dat er geen recht verkregen wordt als het niet aangevraagd wordt (van Oorschot, 1995). Om de verhoogde kinderbijslag aan te vragen dient er een hele procedure gevolgd te worden. Bijgaand wordt door het gegeven beleid op basis van de literatuur verwacht dat informatieproblemen en het stigma die bij een aanvraag komen kijken mogelijke drempels kunnen zijn van de NTU (Currie, 2004; Eurofound, 20115). Een stigma is zoals eerder vermeld een belangrijk aspect bij personen met een handicap omdat de manier waarop er naar een handicap gekeken wordt allesbepalend kan zijn (Baumberg, 2004). De eerste assumptie luidt als volgt: er wordt verwacht dat op cliëntniveau het informatieprobleem en de angst voor stigma belangrijke drempels kunnen zijn voor het aanvragen van een tegemoetkoming.

Het beleid dat gevoerd wordt met betrekking tot de verhoogde kinderbijslag is gegeven de theorie een complex systeem dat sinds 2003 veranderd is. Voor het aanvragen van het recht, dient er een hele weg afgelegd te worden (Hernanz et al., 2004; Warin, 2014). Op basis hiervan is de tweede assumptie geformuleerd: er wordt verwacht dat er door de complexiteit van de regelgeving voor de gerechtigden het een moeilijke weg is om het recht te kunnen krijgen. Hierbij aansluitend zijn er ingewikkelde formulieren die ingediend moeten worden vooraleer het beoordelingsproces kan starten, deze formaliteiten zijn opgelegd door het uitvoeringsniveau die dit bij wet

heeft vastgelegd (Eurofound, 2015; van Oorschot, 1989, 1995; Steensens, 2014).

Aangezien doorheen de theorie en literatuur tot uiting kwam dat het krijgen van informatie een belangrijk aspect is om over te kunnen gaan tot het aanvragen, wordt als laatste assumptie geformuleerd: er wordt verwacht dat ouders aanbevelen dat er een goede informatiestroom nodig is zodat niemand meer door de mazen van het net glipt.

4 Onderzoeksmethode

4.1 Kwalitatieve onderzoeksmethodologie

Om een antwoord te vinden op de twee onderzoeksvragen: *Wat zijn de drempels die ouders met een kind met een gedragsstoornis ervaren bij procedure van de verhoogde kinderbijslag?* en *Welke aanbevelingen formuleren de ouders met een kind met een gedragsstoornis om het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag te verminderen?*, is er geopteerd voor een kwalitatief onderzoek. Dit om een duidelijk beeld te krijgen over de ervaringen, oorzaken en determinanten die er spelen bij het eventuele niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag. Er wordt gepeild naar de persoonlijke ervaringen van de ouders (Roose & Meuleman, 2014).

Het voordeel van een kwalitatief onderzoek in dit onderzoek is de mogelijkheid om diepgaande en rijke informatie te verzamelen over waar precies de drempels liggen bij de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap. Toch heeft een kwalitatieve onderzoeksmethodologie ook heel wat nadelen. Om te beginnen met betrekking tot de geldigheid van het onderzoek. Door de kleine omvang van het onderzoek met een te beperkte groep respondenten is het niet mogelijk om de resultaten te veralgemenen naar heel de populatie. Dit is voor dit onderzoek niet onmiddellijk een groot nadeel omdat er gefocust wordt op één specifiek aspect. Kwalitatief onderzoek is breder en minder gebonden aan specifieke regels dan kwantitatief onderzoek. Dit kan enerzijds als voordeel hebben dat er hierdoor diepere informatie bekomen kan worden, anderzijds heeft dit als nadeel dat de bekomen informatie voor interpretatie vatbaar is wat de betrouwbaarheid van het onderzoek kan beperken. Dit maakt dat het beoordelen van de juistheid van de metingen bij kwalitatief onderzoek veel moeilijker is. Daarnaast kunnen er interviewer effecten optreden, wat als gevolg kan hebben dat de respondenten zich laten meeslepen in het oordeel van de interviewer en sociaal wenselijke antwoorden mogelijk zijn (Roose & Meuleman, 2014).

Dit onderzoek werd uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde interviews, dit betekent dat de interviews afgenomen zijn met behulp van een topiclijst. Het is een open onderzoeksmethode waarbij er de mogelijkheid is om verduidelijking te vragen. Kenmerkend voor semigestructureerde interviews is dat zowel de respondent als de onderzoeker nog een eigen inbreng aan het interview kunnen geven. De interviews werden face-to-face afgelegd, dit is belangrijk om de persoonlijke ervaringen van de ouders in kaart te brengen. Het is cruciaal dat er een vertrouwenssfeer is tussen de respondent en de interviewer omdat het over een gevoelig onderwerp gaat (Roose & Meuleman; 2014).

4.1.1 Onderzoekspopulatie

Omwille van de drempels die spelen bij de ouders van een kind met een handicap om een tegemoetkoming aan te vragen, is ervoor gekozen om deze ouders te interviewen, omdat zij diegenen zijn die de aanvraag doen. Door ouders te interviewen kunnen mogelijke problemen die zij ervaren op andere niveaus verduidelijkt worden. Zoals eerder vermeld zal er een afbakening gemaakt worden in de thesis om ouders te interviewen die kinderen met autisme en andere gedragsstoornissen hebben. Hieronder vallen kinderen met autisme, leerstoornissen, intellectuele problemen, gedragsstoornissen, psychologische moeilijkheden, ontwikkelingsstoornissen etc. Vermits de groep van niet-gebruikers moeilijk te vinden is omdat er van deze groep geen gegevens bestaan, is er zowel geopteerd om ouders te bevragen die geen aanvraag hebben ingediend voor de verhoogde kinderbijslag als ouders die de verhoogde kinderbijslag ontvangen en ouders waarvan de aanvraag is afgekeurd.

Om respondenten te zoeken voor het onderzoek werden verschillende kanalen gebruikt: diensten voor gehandicapten, scholen, centra voor leerlingenbegeleiding, ziekenhuizen, opvanginitiatieven, facebookgroepen en zelfhulpgroepen. Na ettelijke pogingen kwam er weinig respons van deze organisaties, vaak met steeds dezelfde melding 'wij mogen geen informatie vrijgeven'. Om toch meer

respondenten te kunnen verzamelen is er overgegaan op de sneeuwbal methode. Hier werd voor gekozen omdat het niet-gebruik een verborgen populatie is en omdat deze personen vaak verbonden zijn met elkaar via netwerken. Dit kan wel als nadeel hebben dat de steekproef beperkt blijft tot een subgroep van de populatie met als gevolg dat het een vertekend beeld kan opleveren. Dit is geprobeerd te voorkomen door gebruik te maken van verschillende vertrekpunten. Uiteindelijk werden twee respondenten benaderd door de sneeuwbal methode.

4.1.2 Dataverzamelmethode

De interviews werden afgenomen tussen 22 februari en 24 maart 2018. De respondenten werden eerst gecontacteerd via facebook of per brief (zie bijlage 3: Brief uitnodiging onderzoek), nadien werd er telefonisch een afspraak vastgelegd. Om praktische redenen werd er gekozen voor respondenten uit de provincie Vlaams-Brabant (rond Leuven en Brussel) en Limburg. Voordat het interview van start ging werd door de respondent een informed consent ondertekend, dat de anonimiteit en duidelijkheid schetst van het onderzoek. Hiermee werd ook toestemming gegeven om het interview op te nemen met een dictafoon. Een voorbeeld van een gebruikte informed consent voor dit onderzoek is te vinden in bijlage 4. De duur van de interviews varieerden tussen 34 en 78 minuten. In totaal werden dertien respondenten bevraagd waarvan drie respondenten twee kinderen met een handicap hebben waardoor er in wat volgt gesproken zal worden in termen van aantal kinderen. In totaal gaat het dus om zestien kinderen met een handicap. Er wordt voor vijf kinderen de verhoogde kinderbijslag ontvangen, één kind ontvangt nu IVT en IT, één kind waarbij na de herziening de verhoogde kinderbijslag is afgenomen, twee kinderen waarvoor de aanvraag is afgekeurd, één kind waarvoor de aanvraag nog lopende is en de overige zes kinderen hebben nooit een aanvraag ingediend, dit om diverse redenen. Een gedetailleerder overzicht van de respondenten en het aantal kinderen met een handicap is terug te vinden in tabel 5.

Code	Aantal kinderen beperking	Beperking	Leeftijd	Aantal respondenten	Erkend door VAPH	Verhoogde kinderbijslag	Duur interview	Datum interview
R1	Kind 1	Kernautisme	10 jaar	moeder	Ja	Ja	59:53	23 februari 2018
	Kind 2	ASS, dyslexie en dyscalculie	12 jaar		Nee (afgenomen)			
R2	Kind 1	ASS, hoogbegeafd en syndroom van Asperger	15 jaar	moeder	Nee	Ja	1:01:13	1 maart 2018
R3	Kind 1	ASS	15 jaar	moeder	Ja	Nee (afgewezen)	48:42:00	2 maart 2018
	Kind 2	ASS	9 jaar		Nee			
R4	Kind 1	ASS	24 jaar	moeder	Ja	Ja gehad nu I/VT en IT	1:18:24	3 maart 2018
	Kind 2	ASS	17 jaar	vader oudste dochter	nee	Ja sinds oktober 2017		
R5	Kind 1	ASS , Gilles de la Tourette	16 jaar	moeder	Ja	Ja	1:17:14	8 maart 2018
R6	Kind 1	Onbekende ontwikkelingsstoornis	2,5 jaar	moeder	Nee	Nee	45:43:00	9 maart 2018
R7	Kind 1	ADHD, ADD, dyscalculie en dyslexie	9 jaar	moeder	Nee	Nee	36:23:00	9 maart 2018
R8	Kind 1	ASS, ODD, OCD en GLUT1 deficientie syndroom	4 jaar	moeder	Nee	Nee	39:23:00	15 maart 2018
R9	Kind 1	ASS, ADHD en agressief gedrag	8 jaar	vader moeder	Nee	Nee (aanvraag loopt)	48:18:00	15 maart 2018
R10	Kind 1	ASS en hoogbegeafd	20 jaar	moeder	Ja	Nee	56:17:00	17 maart 2018
R11	Kind 1	ASS en ADHD	8 jaar	moeder	Nee	Nee (afgewezen)	41:18:00	21 maart 2018
R12	Kind 1	ASS	7 jaar	moeder	Nee	Ja	34:43:00	23 maart 2018
R13	Kind 1	ASS en hoogbegeafd	1,6 jaar	moeder	Nee	Nee	58:30:00	24 maart 2018

Tabel 5: respondentenlijst

4.2 Instrumentarium en analysemethode

In deze thesis is er sprake van een combinatie van deductie en inductie. Op het einde van het theoretisch gedeelte werden enkele assumpties geformuleerd op basis van de gevonden literatuur. Deze assumpties zullen vervolgens deductief getoetst worden. Deductie houdt in een stap van het algemene, de theorie naar het concrete, de empirie. Ook wordt er in het onderzoek gebruik gemaakt van inductie, omdat het nieuwigheden naar boven wil brengen met betrekking tot de drempels die ouders met een kind met een gedragsstoornis ervaren bij de verhoogde kinderbijslag. Inductie betekent dat er uit verschillende concrete observaties een meer algemene regel gehaald wordt (Roose & Meuleman, 2014). Door het perspectief van de ouders, de vraagzijde, te onderzoeken wordt er beoogd nieuwe inzichten te verkrijgen.

De geluidsopnames van de interviews werden getranscribeerd naar een geschreven tekst met behulp van het programma 'Express Scribe'. Transcripties zijn ge-decontextualiseerde, artificiële constructies van de werkelijke interviews. Dit betekent dat door het uitschrijven van de informatie heel wat informatie verloren is gegaan, zoals de context (Roose & Meuleman, 2014). Opvallende aspecten zoals bijvoorbeeld een lange stilte of een ergernis werden in de transcripties vermeld om ervoor te zorgen dat er zo weinig mogelijk informatie verloren zou gaan. Zo werd er ook gewerkt met leestekens om de gevoelens van de respondenten zoveel mogelijk te kaderen.

Voor het analyseren van de interviews werd er gebruik gemaakt van een codeboek. Op basis van de literatuur werden er verschillende topics geconstrueerd die de betekenis van de informatie zo goed mogelijk weergeeft. De topiclijst werd opgesteld met behulp van het multilevel model (van Oorschot, 1995). De informatie die er uit de diepte-interviews voortkwam is gecategoriseerd met behulp van de topics. Nadien werd de informatie in de verschillende topics gekoppeld aan de theorie om nadien een vergelijking te maken met de gevonden literatuur.

5 Onderzoeksresultaten

In dit deel van de masterproef worden de belangrijkste onderzoeksresultaten besproken in functie van de twee onderzoeksvragen: *Wat zijn de drempels die de ouders ervaren bij de procedure van de verhoogde kinderbijslag?* en *Welke aanbevelingen formuleren de ouders met een kind met een gedragsstoornis om het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag te verminderen?* Uit het onderzoek blijkt dat drie van de zestien kinderen met een gedragsstoornis zowel erkend zijn op federaal als Vlaams niveau. Daarentegen zijn er zes van de zestien kinderen enkel erkend op federaal niveau en zes van de zestien kinderen enkel erkend op Vlaams niveau. (zie tabel 5: respondentenlijst)

5.1 Onderzoeksvraag 1: Wat zijn de drempels die de ouders ervaren bij de procedure van de verhoogde kinderbijslag?

5.1.1 Inleiding

In dit deel worden de drempels besproken die de ouders ervaren bij het wel/ niet aanvragen van de verhoogde kinderbijslag. Bouckaert en Schokkaert (2001) spreken er in de literatuur over dat het niet-gebruik door verschillende drempels veroorzaakt kan worden met het gevolg dat de personen hun recht op het voordeel niet uitoefenen. Het is van belang om deze NTU te bestrijden, hiervoor is het volgens Steenssens (2014) genoodzaakt om de oorzaak hiervan te achterhalen. De oorzaken kunnen opgedeeld worden volgens het multilevel model in het cliëntniveau, het uitvoeringsniveau en het beleidsniveau waar er een beïnvloeding tussen de drie niveaus kan zijn (van Oorschot, 1989; 1995). Tot slot kunnen de oorzaken van het niet-gebruik zich bevinden in één van de drie stadia van ‘het dynamic model’ van Oorschot (1996). In elk stadium kunnen er drempels optreden.

5.1.2 Cliëntniveau

De oorzaak van het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag blijkt vooral te wijten aan het cliëntniveau, hoofdzakelijk ligt de oorzaak bij het gebrek aan informatie over de regeling. Hieruit volgt dat er foute vaststellingen gemaakt kunnen worden over de gerechtigheid door de respondenten. Deze oorzaak wordt beïnvloed door zowel het uitvoeringsniveau als het beleidsniveau. Verder zal er ingegaan worden op de stigmatisering die de respondenten ervaren bij het aanvragen van de verhoogde kinderbijslag. Daarna wordt er een koppeling gemaakt met de ervaringen, hieronder zijn zowel de eerdere ervaringen van de respondenten van belang als de ervaringen van anderen in bijvoorbeeld sociale netwerken.

5.1.2.1 Informatiegebrek, onvoldoende kennis en verkeerde vaststellingen

Betrokkenen worden niet voldoende geïnformeerd over het bestaan van het voordeel en over de werking ervan (van Oorschot, 1989). De respondenten duiden het gebrek aan informatie aan als grootste ergernis. Zij zeggen zichzelf geïnformeerd te moeten hebben of zijn door anderen geïnformeerd geweest, grotendeels ervaren de ouders dus een gebrek aan duidelijke informatie (R1, R2, R4, R6, R7, R9, R10, R11, R12, R13). Zo zegt een van de respondenten: *“Het is alles zelf uitzoeken, wat, waar, hoe en wie...”* (R1) De oorzaak hiervan wordt grotendeels gelegd bij de medewerkers op uitvoeringsniveau, namelijk de specifieke instanties die in contact komen met kinderen met een handicap. Twee respondenten wisten zelfs niet van het bestaan van het voordeel (R6, R9). Zo vertelt een respondent: *“Het is het eerste wat we ervan horen dat er verhoogde kinderbijslag bestaat door uw onderzoek, dat is net het probleem.”* (R6) Zo zou er volgens de ouders bij het vaststellen van de diagnose ogenblikkelijk informatie over de verhoogde kinderbijslag gegeven moeten worden. Vier respondenten (R3, R4, R5, R11) zijn door een specifieke instantie (zoals het CLB, KPC, UZ Leuven, bijzonder onderwijs, etc.) ingelicht over het bestaan van de verhoogde kinderbijslag maar twee (R4, R11)

hiervan vonden dat dit niet voldoende uitgebreid was of dat de informatie te laat kwam.

Het gebrek aan informatie en de verscheidenheid aan informatiekanaalen wordt in het 'dynamic model of benefit receipt' van Oorschot (1996) als een drempel aangegeven in de 'threshold stage'. Zo blijkt bijvoorbeeld dat sommige respondenten geïnformeerd zijn door het CLB en anderen weer niet.

Geen weet hebben van de regeling, onvoldoende of foutieve informatie van de regeling zou volgens van Oorschot (1995) als gevolg kunnen hebben dat zij zelf conclusies trekken over het wel of niet gerechtigd zijn voor de uitkering maar hieromtrent is onvoldoende onderzoek voorhanden. Als het beleid dat gevoerd wordt onduidelijk en complex is, kan de inhoud verkeerd begrepen worden door de personen. Ook kan er onduidelijkheid heersen over de gerechtigdheid op een uitkering, wat als gevolg kan hebben dat er sprake is van niet-gebruik (van Oorschot, 1995). Respondenten verwijzen naar de onduidelijkheid van de beoordeling van de controleartsen van de FOD. Zo zegt een van de respondenten: *"Ik moest gewoon zeggen waarom ik vond dat hij daar recht op had mja dat kan iedereen toch zo verwoorden dat het zo lijkt dat je daar recht op hebt."* (R12) Opvallend is dat de ouders foute vaststellingen hebben over het gerechtigd zijn op de verhoogde kinderbijslag. Dit omdat zoals eerder vermeld het merendeel van de respondenten niet geïnformeerd is door een professionele instantie. De respondenten geven aan dat indien zij weet hadden van het bestaan van de regeling, van oordeel waren geen recht hierop te hebben of dat er onduidelijk is of zij er nu recht op hebben of niet (R3, R4, R7, R8, R13). Zo vertelt een van de respondenten: *"Ik heb nog altijd het gevoel dat wij dat toch niet gaan krijgen omdat hij niet echt gehandicapt is he. Hij heeft autisme dat lijkt geen handicap."* (R13)

Vervolgens kan de vragenlijst om een aanvraag in te dienen voor de verhoogde kinderbijslag foutief worden ingevuld door de ouders omdat zij niet over de juiste kennis beschikken, wat kan leiden tot niet-gebruik. Indien de respondenten de vragenlijst zelf invullen, duiden

zij eerder op het feit dat zij zelf een afweging moeten maken hoe de vragen op de vragenlijst geïnterpreteerd moeten worden (R4, R5, R8, R9) ofwel laten de respondenten bepaalde vragen die onduidelijk zijn open (R5). Zo geeft een respondent aan: *“Ja, nu weet ik natuurlijk na die aantal keren wel wat ik het beste moet invullen. Maar de eerste keer toen ik het moest invullen dan denk ik gewoon dat je veel te weinig invult omdat je niet weet welke argumenten je kan aanhalen”*. (R4) Een andere respondent vertelt: *“Ik wist soms echt niet hoe ik sommige vragen moest interpreteren of hoe ik het moest uitleggen”*. (R8) Drie ouders hebben hulp gezocht bij een specifieke instantie om de vragenlijst in te vullen (R1, R3, R11).

5.1.2.2 Stigmatisering

Een andere belangrijke factor die een invloed kan hebben op het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag volgens verschillende auteurs is stigmatisering (Baumberg, 2016; Wildeboer Schut & Hoff, 2008). Door de respondenten worden twee soorten stigma's aangehaald. Om te beginnen identificeren de meeste ouders van kinderen met gedragsstoornissen zich niet met de term 'handicap' in de benaming, zij hebben daardoor het gevoel dat ze moeten bewijzen dat autisme wel een beperking is en hebben hierdoor het gevoel niet serieus genomen te worden (R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9, R10, R11, R13). Er wordt door de respondenten vaak de vergelijking gemaakt met een fysieke handicap, dat het bij deze categorie makkelijker is om aan te tonen dat er 'iets scheelt met het kind'. De verwarring met betrekking tot gerechtigheid omtrent de benaming wordt ook als een drempel gezien in het 'dynamic model of benefit receipt' meer bepaald in de 'threshold stage'. Daarnaast is er nog een ouder die een ander soort stigma ervaart. Zij vraagt de verhoogde kinderbijslag niet aan omwille van het stigma dat errond hangt, namelijk het ontvangen van de uitkering (R13). Zo geeft deze respondent aan: *“Dat woord handicap viel bij de verhoogde kinderbijslag dus daarmee dat ik een beetje de bal afhoud. Ik heb het gevoel dat autisme ook niet echt onder een handicap hoort. Stel dat X een job wilt en stel dat ze dan te weten komen dat hij ooit verhoogde kinderbijslag heeft gehad, misschien heeft dat een invloed dan.”* (R13) Anderen geven het stigma omtrent

het ontvangen van de uitkering wel aan maar duiden dit niet aan als een oorzaak voor het niet-gebruik.

5.1.2.3 Eerdere ervaringen/ ervaringen van anderen

In de literatuur benadrukt van Oorschot (1995) dat vroegere negatieve ervaringen met het aanvragen van tegemoetkomingen een effect kunnen hebben op het aanvraaggedrag in de toekomst, dus er ook een hogere kans op niet-gebruik kan optreden. Er wordt meermaals vermeld dat eerdere ervaringen van de ouders met het aanvragen van de verhoogde kinderbijslag een invloed hebben op hun gedrag nu. De vroegere negatieve ervaringen van de respondenten gaan vooral over de controlearts van de FOD, de lange wachttijd (R1, R3, R4, R12) en over de miscommunicatie bij de overgang naar het nieuwe systeem in mei 2003 (R4). Enkel voor één respondent is de negatieve ervaring in het verleden bepalend om nu geen nieuwe aanvraag meer in te dienen (R3).

Vervolgens kunnen de sociale netwerken ook een belangrijke rol spelen in het aanvragen van een uitkering. Zo vertelt een van de respondenten: *“Ik hoor heel vaak dat ASS alleen niet voldoende is om verhoogde kinderbijslag aan te vragen.”* (R13) Indien personen deel uitmaken van een groep waarin de andere leden een uitkering ontvangen, kan dit het gedrag van het groepslid beïnvloeden. Met gevolg dat het niet-gebruik kan afnemen indien er in de groep de nodige informatie onder elkaar verspreid wordt (Currie, 2004; Warin, 2014). De ervaringen van de respondenten in verband met het lidmaatschap zijn gemengd. Er wordt door de respondenten de verwijzing gemaakt naar de facebookgroep ‘autismespectrumstoornis’ of naar soortgelijke forums. Enerzijds zorgt het lidmaatschap van deze groep er eerder voor dat er niet-gebruik optreedt dan dat het afneemt (R3, R8, R10, R13). In de groepen worden ervaringen gedeeld, meestal negatieve, waardoor de ouders afschrikken om een aanvraag in te dienen. Zo haalt een respondent aan: *“Op facebook ben ik bij zo een groep van autisme en daar heb ik dat dan voor de eerste keer gezien. En dan ben ik dat zowat beginnen volgen en dan zag ik wat ze allemaal moesten doen en hun negatieve reacties en toen had ik zoiets*

van: nee, daar begin ik echt niet aan hoor!” (R10) Anderzijds zijn er toch ook een aantal respondenten die via de facebookgroep of door een gesprek met een ouder aan te gaan, mensen willen stimuleren om toch een aanvraag te doen. Zo geven de ouders die al veel ervaringen hebben bij het aanvragen van de verhoogde kinderbijslag bijvoorbeeld advies aan anderen op facebook of in verenigingen hoe zij moeten omgaan met een aanvraag en hoe ze zich moeten gedragen tijdens het medisch onderzoek. Dit om de mensen een duwtje in de rug te geven om toch een aanvraag in te dienen en de kans te verhogen dat zij goedgekeurd worden voor de verhoogde kinderbijslag (R1, R3, R4).

Daarnaast wordt in de literatuur gesproken over mensen die ervoor kiezen om geen aanvraag in te dienen wanneer zij opmerken dat gelijksoortige personen het recht niet aanvragen of afgekeurd worden bij de aanvraag (Currie, 2004; Warin, 2014). Zo wordt er door de respondenten regelmatig een vergelijking gemaakt met anderen, zowel met kennissen of broers/zussen om dan zelf te kunnen beoordelen of zij er eventueel recht op zouden hebben of niet (R1, R3, R4, R7). Wanneer een kind met een gelijksoortige handicap afgekeurd wordt voor de verhoogde kinderbijslag zal er sneller beslist worden om dan geen aanvraag in te dienen. Zo vertelt een respondent: “*We hadden zoiets van bij ons andere dochter (Y) hadden we al 3 pogingen nodig gehad en naar ons gevoel was de zelfredzaamheid van X beter dan die van Y*” (R4). Dit sluit aan met het ‘dynamic model of benefit receipt’ van Oorschot (1996), hij verwijst in de ‘threshold stage’ naar potentieel gerechtigden die zichzelf als waargenomen gerechtigden moeten zien vooraleer zij overgaan tot een aanvraag, een aantal respondenten maken door de vergelijking de beslissing het kind niet als gerechtigd te zien en dus geen of een laattijdige aanvraag in te dienen.

Onderzoek toont aan dat mensen die al vertrouwd zijn met het aanvragen van een uitkering, de stap sneller zullen zetten om opnieuw een uitkering aan te vragen dan voor mensen voor wie het allemaal nieuw is (Currie, 2004). Door de respondenten wordt net het tegendeel aangehaald. Net doordat de respondenten weten hoe het eraan toegaat, hebben de ouders eerder een soort afkeer gekregen om opnieuw een

aanvraag in te dienen. Er wordt aangekaart dat er slechte ervaringen zijn geweest met de controledokter (R1, R3, R4) of dat de hele administratieve kant die erbij komt kijken enorm belastend is waardoor het psychologisch heel zwaar kan worden (R1, R3).

Tot slot hebben heel wat auteurs het in de literatuur ook over de kosten-baten analyse. Er wordt aangegeven dat indien er sprake is van kleine tegemoetkomingen de kans groot is dat er niet-gebruik gaat optreden (Currie, 2014; Hernanz et al. 2004; van Oorscot, 1989; Warin, 2014). De bedragen voor de verhoogde kinderbijslag kunnen oplopen van 80 euro tot 500 euro per maand (Famifed, 2016). Toch geeft het merendeel van de respondenten aan dat zij niet willen ontlopen waar zij wel degelijk recht op hebben (R1, R2, R4, R5, R7, R9, R12). Zo vertelt een van de respondenten: *“Als we er recht op zouden hebben dan gaan we er gebruik van maken he. Het zou stom zijn om het niet te doen.”*(R9) Ook zeggen een aantal respondenten hiervan het geld wel goed te kunnen gebruiken (R2, R3, R7). Eén respondent heeft horen zeggen van anderen dat het maar een klein bedrag is en beslist hiervoor niet heel de aanvraagprocedure te doorlopen (R10).

5.1.3 Uitvoeringsniveau

Hieronder worden de oorzaken op het uitvoeringsniveau besproken zoals deze worden ervaren door de respondenten. Deze zullen vervolgens gelinkt worden aan de theorie om zo de kennis over de NTU te bevorderen. Het uitvoeringsniveau en het beleidsniveau hangen sterk samen, wat betekent dat het uitvoeringsniveau sterk afhankelijk is van het beleidsniveau. De regels die bepaald worden op het beleidsniveau hebben een invloed op het uitvoeringsniveau (Eurofound, 2015).

Om te beginnen zal het gedrag van de controleartsen gekaderd worden waaronder de vernederende werking van het medisch onderzoek een belangrijk aspect vormt voor de respondenten. Daarna wordt de lange behandelingstermijn van een aanvraagprocedure besproken en wat

hier de invloed van is op de NTU. Ook de herziening is een belangrijke factor voor het niet-gebruik van een uitkering. Tot slot wordt de povere communicatie tussen de diensten besproken waaronder de respondenten een gebrek aan uitleg aanhalen bij het ontvangen van de uiteindelijke beslissing van de FOD.

5.1.3.1 *Gedrag controleartsen*

Op het uitvoeringsniveau kunnen medewerkers volgens de literatuur op diverse manieren bijdragen aan het versterken of verminderen van niet-gebruik (van Oorschot, 1995). Voor de respondenten spelen de controleartsen van de FOD een belangrijke rol op het niveau van de uitvoering. Wanneer er een aanvraag gedaan wordt door de ouders voor de verhoogde kinderbijslag, moet het kind nog op een extra controle bij dokters van de FOD. Dit blijkt een grote ergernis te zijn bij de respondenten waarbij er getwijfeld wordt aan de capaciteit van deze beslissende artsen. Zo zegt een respondent: *“Dat is mijn grote ergernis, want als je voor de verhoogde kinderbijslag gaat dan is het een externe arts van de FOD die dat attest in twijfel trekt daar kan ik echt kwaad van worden.”* (R2)

De meeste respondenten vinden het medisch onderzoek bij de controlearts van de FOD onnuttig. Zij hebben het gevoel dat de controleartsen kinderen met autisme niet serieus nemen en willekeurig een beslissing maken over het wel of niet gerechtigd zijn. Zo geeft een van de respondenten aan: *“Soms denk ik gewoon dat ze papiertjes trekken van die gaan we het geven en die niet.”* (R11) Ook hebben de respondenten het gevoel dat door het medisch onderzoek het nut van de vragenlijst naar de achtergrond verdwijnt want er heerst het gevoel dat deze niet bekeken wordt door de controleartsen (R1, R2, R3, R4, R5, R8, R9, R10, R11, R12). Zo vertelt een respondent: *“Die mensen bekijken dat niet eens, je komt daar en dat dossier ligt daar en dan stellen ze je een vraag en dan zei ik van dat staat toch heel duidelijk in het dossier.”*(R3)

Acht van de negen respondenten die de aanvraagprocedure hebben doorlopen, vinden dat de controlearts hen op een slechte manier

behandelt waardoor ze negatieve ervaringen overhouden aan het bezoek. Ouders hebben het gevoel dat zij niet gehoord worden door de controlearts (R1, R2, R3, R4, R11, R12). Hierbij aansluitend wordt vooral het tijdsgebrek (R2, R3, R5, R11) en de onvriendelijkheid van de controlearts op de voorgrond geplaatst door de ouders (R2, R3, R12). Zo stelt een respondent: *“Dat is de meest onvriendelijke vrouw die ik al ooit gezien heb.”* (R2) Een andere respondent vertelt: *“Ik kreeg als antwoord van de controlearts: ‘mevrouw als u denkt dat wij tijd hebben om dat te lezen dus dan heb je al zoiets van waarom moet ik daar dan al mijn tijd in steken...’* (R3) Hierbij aansluitend wordt er verwezen naar het laag zelfbeeld van kinderen met autisme en door die medische onderzoeken heerst er de angst bij de ouders dat het zelfbeeld nog meer achteruit zal gaan. Ervaringen van ouders met een controlearts merken op dat er steeds vragen gesteld worden om de negatieve aspecten van het kind naar boven te brengen (R1, R2, R3, R4, R12). Zo geeft een respondent aan: *“Weet je, je moet daar naartoe gaan en je moet je kind zwart maken terwijl uw kind naast u zit.”* (R2)

Het medisch onderzoek en de manier waarop het medisch onderzoek plaatsvindt wordt door de respondenten als een belangrijke oorzaak van het niet-gebruik aangeduid (R1, R3, R8, R10, R12, R13). Dit omdat zij het echt niet zien zitten om weeral al die onderzoeken te moeten ondergaan (R10, R13) of wordt er zelfs door de respondenten aangehaald een verzoek in te dienen voor een andere controlearts (R1, R12). Een van de respondent zegt: *“Ik wilde het haar niet aandoen al die onderzoeken, dat is misschien nog de grootste reden.”* (R10)

Wanneer er een koppeling gemaakt wordt met het ‘dynamic model of benefit receipt’ van Oorschot (1996) blijkt het gedrag van de controlearts naar de kinderen toe een belangrijke drempel te zijn in de ‘trade-off stage’, de focus op de negatieve aspecten kan volgens de respondenten een traumatiserend effect hebben op de kinderen. Daarnaast blijkt in de thesis net zoals in het onderzoek van Vinck et al. (2018), dat de onvriendelijkheid, tijdsgebrek en de gebrekkige kennis van de controleartsen belangrijke drempels vormen in de ‘application stage’. Zo werd er door de meeste aangegeven dat de controlearts onvoldoende kennis heeft over ASS en andere

gedragsstoornissen. Dit kan gelinkt worden met het feit dat de meeste respondenten slechts één of twee punten kregen in de eerste pijler.

5.1.3.2 Lange behandelingstermijn van de procedure

Een factor die volgens verschillende auteurs een invloed kan hebben op het niet-gebruik is de lange behandelingstermijn van een aanvraag (Eurofound, 2015; Steenssens, 2014; van Oorschot, 1995). De respondenten maken duidelijk dat de behandelingstermijn vanaf de indiening van de aanvraag t.e.m. de beslissing lang kan aanslepen. Opvallend is dat zelfs de respondenten die nog geen aanvraag hebben ingediend, toch het idee hebben dat de wachttijd bij de FOD meestal langdurig is (R3, R6, R7, R8, R10, R11, R13). Het idee over de lange wachttijsten komt van eerdere ervaringen bij de FOD of van ervaringen van anderen. Toch blijkt de lange wachttijd vooraleer er een beslissing valt voor de meeste respondenten geen reden om geen aanvraag in te dienen (R3, R5, R6, R7, R9). De reden die hiervoor aangegeven wordt is dat de uitbetaling van de verhoogde kinderbijslag toch met terugwerkende kracht werkt (R3, R4, R5). De twee respondenten die de diagnose van hun kind of de informatie over de verhoogde kinderbijslag pas op latere leeftijd gekregen hebben, zien de wachttijd bij de verhoogde kinderbijslag wel als één van de redenen om de verhoogde kinderbijslag niet meer aan te vragen (R10, R13). Dit is een voorbeeld van ‘frictioneel niet-gebruik’, waarbij er bij de administratie een hele tijd over gaat om een aanvraag te verwerken en hierdoor de respondenten het nut om het voordeel aan te vragen niet meer inzien (van Oorschot, 1995). Zo geeft een van de respondenten aan: *“Dus ale de diagnose is gesteld op 13 jaar, toen wist ik het. 2 jaar daarna was ik te weten gekomen dat de verhoogde kinderbijslag bestond. Ale dan is het de moeite niet om het aan te vragen.”* (R10)

Wachttijden en wachttijsten worden door enkele respondenten wel als een drempel ervaren maar dan zijn het eerder de wachttijsten voor andere organisaties zoals voor LSA, de kinderpsychiater, een afspraak voor de erkenning van de diagnose of een aanvraag voor een Persoonlijke Assistentiebudget (PAB) (R1, R3, R4, R6, R8, R9, R10, R13).

5.1.3.3 Herziening

Vervolgens wordt er op het niveau van de uitvoering beslist door de controleartsen voor welke termijn de toekenning van het voordeel is. Zo wordt er door respondenten aangehaald dat indien je om de zoveel jaar opnieuw alles dient aan te vragen dat enorm veel energie vergt. Vaak heerst er ook de angst bij de respondenten wat de herziening teweeg zal brengen. Zo worden vragen gesteld: gaat hij/zij meer punten krijgen of gaat de verhoogde kinderbijslag dan afgenomen worden omdat hij bijvoorbeeld minder medicatie neemt? (R1, R2, R5, R12)

Er bestaan diverse meningen onder de respondenten over de herziening voor de verhoogde kinderbijslag. Zo vinden een aantal respondenten de herziening schandalig, zij zien het nut er niet van in want met autisme wordt je geboren zeggen zij (R1, R2, R3). Anderen ervaren een dubbel gevoel bij de herziening, omdat zij het nut van de controle wel inzien dat de situatie om de zoveel jaar herbekeken wordt maar niet dat het hele dossier opnieuw ingevuld dient te worden of dat er bijvoorbeeld een langere termijn moet tussen zitten voor een herziening (R4, R6, R8, R10, R11). Zo vertellen twee respondenten:

[...] Het probleem is ale het zijn 2 kanten, stel dat je op jonge leeftijd een goedkeuring krijgt op basis van een beperkt aantal dingen. Maar in de loop van de jaren komen er andere dingen boven ale andere problemen op dat moment kan het ook weer een nadeel hebben dus het is een heel moeilijk verhaal. In dat opzicht vind ik de herziening wel logisch, maar langs de andere kant geeft het ons een gevoel van het is altijd vanaf 0 dat je terug beoordeeld moet worden dus eigenlijk heb je niks erkenning, dat gevoel heb je dikwijls [...]. (R4)

[...] Ik had toen iets van dat is al 6 jaar aan een stuk dat ik eigenlijk een redelijk normaal kind had in hun ogen en toen hij 12 jaar was, was hij opeens geen normaal kind meer. En als ik dan ga moeten teruggaan als hij 18 jaar is dan is het misschien niet meer ale begrijp je. Dat is iets waar ik het op dat moment echt heel moeilijk mee heb

gehad van nu hebben we opeens op 12 jaar wel een gehandicapt kind en al die jaren ervoor heb ik hetzelfde kind gehad [...]. (R5)

Binnen de ‘trade-off stage’ van het ‘dynamic model of benefit receipt’ van Oorschot (1996) wordt de herziening als een last ervaren, vooral de administratie die er steeds opnieuw bij komt kijken. Zo geeft een respondent aan: *“Bij een herziening moet je wachten totdat ze de papieren opsturen en dan heb je zes weken de tijd om ze terug ingevuld op te sturen. Dat is onmogelijk als je een psychiater erbij wilt halen.” (R4)* Tot slot zullen er in de tweede onderzoeksvraag concrete aanbevelingen worden gegeven door de respondenten om dit drempelpunt aan te pakken.

5.1.3.4 Povere communicatie

Door enkele respondenten wordt de ergernis van de miscommunicatie tussen de verschillende diensten aangehaald (kinderpsychiater, KPC, CLB, etc.). Nu moet er nog te vaak dezelfde informatie aan verschillende diensten opnieuw verteld worden (R2, R8). Zo hebben de respondenten het gevoel dat zij bij te veel verschillende instanties een aanvraag moeten doen voor een bepaald voordeel. Een respondent (R1) verwijst bijvoorbeeld naar de Vlaamse Zorgverzekering die bij de mutualiteit dient aangevraagd te worden, hulpmiddelen die bij het VAPH aangevraagd moeten worden en de verhoogde kinderbijslag bij het kinderbijslagfonds. Ook blijkt er volgens de respondenten geen duidelijkheid bij de instanties wie in aanmerking komt voor de verhoogde kinderbijslag en wie niet. Tot slot hebben de respondenten het gevoel dat er een gebrek aan kennis over de verhoogde kinderbijslag heerst bij de instanties (R1, R2, R4, R7, R8). Zo zegt een respondent: *“Ik heb daar dan naartoe gebeld en die zeiden van je komt daar totaal niet voor in aanmerking. En dan bij de huisdokter zeiden ze van jawel daar kom je wel voor in aanmerking en ja nu weten we het ook niet meer he.” (R7)*

Daarnaast wordt door de respondenten het gebrek aan communicatie bij de administratie aangehaald. Hierbij wordt een verwijzing gemaakt

naar de beoordeling van de handicap aan de hand van de drie pijlers. Zo vertellen twee respondenten:

Op de brief staat eigenlijk niks op, gewoon komt niet in aanmerking voor verhoogde kinderbijslag (R11).

Ik kreeg dan de brief van 1 punt op pijler 1 en 3 punten op pijler 2 en 1 punt op pijler 3, dat is allemaal chinees he, ik heb dan gebeld naar de ziekenkas maar zij wisten ook niet wat het betekende. Dat is voor elke mens individueel zeggen ze. Maar ja wie moet je daarvoor contacteren om te weten wat het betekent en als je naar FOD gaat bellen ja dan hang ik uren aan de lijn (R12).

5.1.4 Beleidsniveau

Op het beleidsniveau halen de respondenten twee drempels aan die een invloed kunnen hebben op het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag. Ten eerste wordt er verwezen naar de ingewikkelde en onduidelijke wetgeving rond de verhoogde kinderbijslag waarbij het begrip ‘handicap’ besproken wordt, de complexiteit van de vragenlijsten en de onduidelijkheid van de beoordeling aan de hand van de drie pijlers. Ten tweede wordt het initiatief dat volledig wordt overgelaten aan de potentieel gerechtigden besproken, wat als gevolg kan hebben dat heel wat personen het recht mislopen.

5.1.4.1 Ingewikkelde en onduidelijke wetgeving

van Oorschot (1989,1995) verwijst in de literatuur dat een ingewikkelde en complexe regelgeving een belangrijke oorzaak is van het niet-gebruik. Vooral de onduidelijke voorwaarden betreffende een regeling worden aangehaald wat betekent dat de personen zelf moeten uitzoeken of ze nu recht hebben op het voordeel of niet. De respondenten uit het onderzoek beamen deze complexiteit omtrent de regelgeving van de verhoogde kinderbijslag. Om te beginnen kan de term ‘handicap’ in de naam van de uitkering aanleiding geven tot misvatting en foute interpretatie van gerechtigheid van het voordeel

(R6, R8, R9, R10, R13). Door de respondenten wordt de onwetendheid aangehaald dat kinderen met autisme en andere gedragsstoornissen ook recht zouden hebben op de verhoogde kinderbijslag. Deze verwarring ontstaat omdat de term verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap, niet onmiddellijk doet denken aan kinderen met autisme, psychiatrische stoornissen, syndroom van Asperger, ADHD, ADD, ODD, dyslexie, dyscalculie, etc. Zo beduidt een respondent: *“Ik zou ook eerder denken als ik de verhoogde kinderbijslag hoor dat het is voor gehandicapten. Ik zou nooit denken dat het ook geldt voor kinderen met ASS en ADHD, ja de gedragsstoornissen eigenlijk.”* (R9) Dit kan het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag doen stijgen. Opvallend is dat ook in verschillende Belgische wetgevingen soms wel en soms niet een definitie voor het begrip ‘handicap’ beschreven staat.

Hierbij aansluitend zou de term ‘handicap’ een stigmatiserend effect kunnen hebben voor de respondenten. De term ‘handicap’ heeft nog te vaak een negatieve weerklank. Vooral voor personen met een mentale beperking of personen met een psychische problematiek zou dit gevoelig liggen. Zo werd door enkele respondenten voorbeelden aangehaald dat zij hun kind niet een stigma willen bezorgen door de verhoogde kinderbijslag aan te vragen (R2, R5, R7, R13). Zo vertelt een van de respondenten: *“Ik moest dat ook niet hebben he dat verhoogd kindergeld, dat kind gaat een stempel gedrukt krijgen.”* (R5)

Vervolgens wordt door de respondenten die de vragenlijst ooit hebben ingevuld de complexiteit hiervan benadrukt (R1, R4, R5, R8). Er wordt door de ouders die de vragenlijst zelfstandig hebben ingevuld aangegeven dat de vragen onduidelijk zijn en dat er zelf een invulling aan de vragen gegeven dient te worden (R4, R5). Zo vertelt een respondent: *“De eerste keer toen ik de vragenlijst moest invullen dan denk ik gewoon dat je veel te weinig invult omdat je niet weet welke argumenten je kan aanhalen.”* (R4) Vooral de beperkte mogelijkheid om een antwoord neer te schrijven wordt door velen als een hindernis ervaren. Anderen kregen voor het invullen van de vragenlijst hulp van een professionele instantie zoals het CLB, LSA en het KPC.

Ook betreffende de respondenten (R1, R2, R4, R8, R11) die al persoonlijke ervaring hebben met MyHandicap wordt door enkele de complexiteit ervan benadrukt (R1, R2, R4, R11). Er worden zowel problemen aangekaart met het aanmelden van verschillende browsers als met het lezen van de identiteitskaart. Zo zegt een van de respondenten: *“Ik ben er ene keer proberen op te gaan, maar wij hebben een Mac en die zegt dat uw ID-kaart niet veilig is dus we geraken er niet op.”* (R2) Daarentegen vinden vele respondenten de overgang naar een elektronische vragenlijst en opvolging van het dossier online een goede evolutie aangezien de samenleving aan het digitaliseren is (R6, R7, R8, R12, R13).

Tot slot wordt er voor de beoordeling van de handicap door het FOD gebruikgemaakt van de drie pijlers. Door de respondenten wordt het puntensysteem met de drie pijlers over het algemeen wel gezien als een goed systeem omdat er ergens een grens getrokken moet worden. Hierover bestaan door de respondenten diverse meningen. Sommigen vinden het een goed en duidelijk systeem (R1, R2, R3, R4, R8) en anderen weten eigenlijk niet wat er met de drie pijlers bedoeld wordt (R5, R6, R7, R9, R11, R12). Grotendeels zijn diegenen die nog nooit in aanraking gekomen zijn met het aanvragen van de verhoogde kinderbijslag, de ouders die niet weten wat er met de drie pijlers bedoeld wordt maar ook ouders die zelfs de verhoogde kinderbijslag krijgen of een mislukte poging achter de rug hebben weten vaak niet waarvoor de drie pijlers staan (R5, R11 en R12).

5.1.4.2 Zelf het initiatief tot aanvragen

Als tweede drempel op het beleidsniveau wordt in de literatuur aangekaart dat het niet-gebruik vergroot wordt doordat het voordeel uit eigen initiatief aangevraagd moet worden (van Oorschot, 1989, 1995). De respondenten verwijzen ook naar de problematiek van het zelf aanvragen van het voordeel. Vaak wordt er verwezen naar dat er al een lange intensieve periode gepasseerd is om duidelijkheid te krijgen over de diagnose, dat het zelf aanvragen van de verhoogde kinderbijslag dan psychologisch te veel wordt (R4, R10, R13). Wat als gevolg heeft dat een aantal respondenten het voordeel niet aanvragen.

Zo vertelt een van de respondenten: *“Voor ons was al alleen de diagnose krijgen zolang en zo vermoeiend en stel u voor dat we die aanvraag voor verhoogde kinderbijslag ook nog moesten doen.”* (R13) Ook kan er een hele tijd zitten tussen het moment dat men de diagnose krijgt en een aanvraag voor verhoogde kinderbijslag indient (R3, R4). Dit is een voorbeeld van ‘vertraagd niet-gebruik’, waarbij er pas na een bepaalde tijd een tegemoetkoming aangevraagd wordt terwijl hij/zij er al langere tijd gerechtigd op was (van Oorschot, 1995).

Met ons X is dat dus wel zo van daar hebben we lang gewacht met het aan te vragen omdat je niet direct veel extra papieren erbij had. Ze zat in bijzonder onderwijs dus je kon niet direct aantonen dat ze kiné of ergo ofzo had. Ze krijgt die dingen allemaal op school ja pf we hadden zoiets van dit gaat ons toch niet lukken... We dachten dat we geen poot hadden om op te staan. (R4)

Ook wordt er verwezen naar dat heel wat mensen door het zelf aanvragen van de regeling geld mislopen omdat zij niet overgaan tot een aanvraag (R2, R4). Zo verwijst een respondent: *“Wat ook onderschat wordt is dat autisme vaak met erfelijke factoren te maken heeft. Dat wil zeggen dat ouders en andere mensen in de familie ook niet zo vlot zijn.”* (R4) Respondenten die de drempel omtrent het zelf aanvragen van het voordeel hebben overwonnen en een aanvraag hebben ingediend komen terecht in de ‘application stage’, dit is de laatste fase in het ‘dynamic model of benefit receipt’. Dit was het geval bij negen van de zestien respondenten.

5.2 Onderzoeksvraag 2: Welke aanbevelingen formuleren de ouders met een kind met een gedragsstoornis om het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag te verminderen?

5.2.1 Inleiding

De tweede onderzoeksvraag gaat over de aanbevelingen die de ouders formuleren om het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap of aandoening te verminderen. In de literatuur werden er al door enkele auteurs aanbevelingen geformuleerd om het niet-gebruik te verminderen (Eurofound, 2015; Fuchs, 2007; Hernanz et al., 2004; Tempelmans et al., 2011) (zie §3.1.5). De respondenten formuleren vier aanbevelingen om de oorzaken van het niet-gebruik aan te pakken.

5.2.2 Nood aan goede informatieverstrekking

De eerste aanbeveling heeft betrekking op de onwetendheid van de regeling dat de respondenten ervoeren zoals bleek in het beantwoorden van de vorige onderzoeksvraag. De grootste en belangrijkste aanbeveling van de respondenten is dat de informatie moet doorstromen tot bij de ouders die kinderen met een beperking hebben en dus aanspraak kunnen maken op de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap/aandoening. De meerderheid van de respondenten zegt dat er een groot gebrek is aan geschikte informatie op maat van de ouders. In de literatuur wordt aangegeven dat niet enkel het geven van informatie belangrijk is maar ook hoe de ouders toegang kunnen krijgen tot het recht. Er wordt de vraag gesteld wie nu precies verantwoordelijk is voor het bieden van informatie over de verhoogde kinderbijslag aan de ouders. Opmerkelijk is dat de vier respondenten (R3, R4, R5, R11) die wel geïnformeerd zijn door een specifieke instantie, telkens door een andere instantie ingelicht zijn (UZ Leuven, KPC, CLB en het bijzonder onderwijs).

Om dit probleem op te lossen bevelen de respondenten aan om de informatie te geven rond de periode wanneer de diagnose gesteld wordt, dus veel sneller dan vergeleken met de huidige gang van zaken. Zo zou eenduidige informatie over de verschillende instanties heen al veel onduidelijkheid oplossen. Organisaties die volgens de respondenten verantwoordelijk zijn voor het verschaffen van informatie zijn: de school, het CLB, de kinderpsychiater, het ziekenhuis, het KPC en het COS. Er wordt bijvoorbeeld voorgesteld om de informatie via brochures en affiches kenbaar te maken. (R2, R12, R13) Zo geeft een respondent aan als voorbeeld: *“Want als je naar de tandarts gaat en je moet een beugel hebben en je brengt je papiertjes binnen op de ziekenkas en dan krijg je standaard toegestuurd waar je recht op hebt bijvoorbeeld een medicoplan en dat vind ik dat hierbij ook zou moeten zijn.”*(R12) Om cliënten juiste informatie te kunnen geven, is het nodig dat ook sociaal werkers, dokters, psychologen die in aanraking komen met kinderen met een handicap op de hoogte zijn van de verhoogde kinderbijslag en de voorwaarden die hierbij komen kijken. Daaropvolgend sluiten enkele respondenten zich aan bij de literatuur. Ook al weten ze van het bestaan van de verhoogde kinderbijslag, enkelen geven aan niet weten waar ze precies moeten zijn om dit recht aan te vragen. Zo benadrukt een respondent: *“Iemand zou moeten zeggen je moet naar die persoon gaan en die zal het dan in gang zetten. Maar ze sturen je in een rondje en je komt de hele tijd bij dezelfde persoon terug en je hebt het nog niet.”* (R7)

Tot slot is het ook van belang dat de ouders weten dat de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap/aandoening ook geldt voor kinderen met autisme en andere gedragsstoornissen. Om deze onbekendheid te doen verdwijnen wordt er door de respondenten weer een verwijzing gemaakt naar de instanties die een diagnose stellen, dat het hun verantwoordelijkheid is dat de potentieel gerechtigden geïnformeerd worden. Of dat de tegemoetkoming meer toegankelijker wordt voor kinderen met autisme en andere gedragsstoornissen. Zo beveelt een van de respondenten aan: *“De benaming dat een beetje afschrikt ale vooral voor ons. Het zou beter een tegemoetkoming voor*

een leer of ontwikkelingsstoornis noemen. Want ik zeg het mijne man zou nog niet zeggen van het is een handicap. (R13)

5.2.3 Een web van verschillende diensten

De tweede aanbeveling betreft de miscommunicatie en de overgang van cliënten tussen hulpverleners. Er wordt beoogd deze overgang naadloos te laten verlopen, hiervoor is er volgens de respondenten meer samenwerking nodig tussen de verschillende diensten. De samenwerking tussen de diensten zal volgens de respondenten ook tot gevolg hebben dat de vragenlijst die ingevuld dient te worden door de ouders niet meer zoveel papierwerk zal vergen, want dit blijkt ook een ergernis te zijn van de respondenten. Zo geeft een respondent aan: *“Het moeilijkste vind ik dat je altijd achter de psychologen en de psychiaters moest aangaan voor al de attesten.”* (R2) Zo bevelen enkele ouders aan dat een koppeling van dossiers tussen de verschillende diensten mits toestemming van de ouders een goede oplossing zou zijn waardoor de communicatie tussen de diensten automatisch vlotter zal verlopen (R1, R2, R8, R11) Zo maakt een respondent een vergelijking: *“Als ze in het ziekenhuis een foto trekken dan kunnen ze dat overal zien. Dus ik snap niet dat als ik mijn goedkeuring geef dat die verslagen door de diensten mogen verzonden worden dan hoef ik dat toch niet telkens te doen?”* (R2)

Het merendeel van de respondenten stellen vragen waarom ze zelf de verhoogde kinderbijslag moeten aanvragen. Zij vragen zich af wat er met de informatie gebeurt die opgesteld wordt bij het toekennen van de diagnose. De aanbeveling die hierbij aansluit volgens de respondenten is dat de aanvraagprocedure voor de verhoogde kinderbijslag automatisch opgestart dient te worden door de specialisten onderling wanneer de diagnose gesteld wordt. Dit zou een oplossing bieden voor het probleem dat het zelf aanvragen van de uitkering met zich meebrengt, de onwetendheid betreffende het bestaan van de uitkering en om de communicatie en samenwerking tussen de verschillende diensten te optimaliseren (R1, R2, R3, R4, R5, R10, R11, R12, R13). Zo duidt een respondent aan: *“Van zodra de*

diagnose gesteld wordt, moet de psychiater er een goed dossier van opmaken en het overdragen aan het ziekenfonds zodat zij alles in gang zetten.” (R10) Dit zou volgens de respondenten een oplossing bieden voor de drempels die door de respondenten ervaren worden op het beleidsniveau, namelijk het zelf moeten aanvragen van de tegemoetkoming. Het zelf aanvragen van een tegemoetkoming blijkt zoals eerder gezegd een grote ergernis te zijn. Wanneer de ouders het initiatief om een uitkering aan te vragen niet meer zelf dienen te doen, zullen er minder kinderen met een handicap door de mazen van het net glijpen en zal met gevolg het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag dalen.

5.2.4 Medisch onderzoek controlearts FOD

Vermits er al eerder tot uiting kwam dat stigmatisering van belang kan zijn voor het niet-gebruik, is het belangrijk om te kijken hoe een stigma verminderd kan worden. Om te beginnen kwam bij de analyse van de eerste onderzoeksvraag reeds aan bod dat het medisch onderzoek van een controlearts van de FOD als een drempel ervaren wordt door veel ouders en dus eventueel een oorzaak zou kunnen zijn van niet-gebruik. Indien de controleartsen meer tijd zouden vrijmaken en vriendelijker zouden zijn tijdens het medisch onderzoek, zou dit als gevolg hebben dat de respondenten zich met meer respect behandeld voelen en het medisch onderzoek niet meer als een extreme drempel ervaren wordt. Daarnaast is er volgens de respondenten bij de beoordeling van de handicap door de controleartsen een grote variatie aan puntentoekenning. Drie respondenten (R2, R3, R11) hebben zelfs het gevoel dat er willekeurig bepaald wordt wie dat een toekenning krijgt voor de verhoogde kinderbijslag en wie niet. Zo haalt een respondent (R2) aan: *“Ik denk ook dat het zoiets is van ‘ik gooi een muntje op’ vandaag heb ik zin of geen zin.”* Om dit probleem op te lossen wordt er door enkele respondenten bijvoorbeeld voor de beoordeling verwezen naar een multidisciplinair team die de graad van de handicap beoordeelt of naar instanties die dicht bij het kind staan zoals de kinderpsychiater, de school of een thuisbegeleidingsdienst (R1, R2, R3, R5, R10, R12, R13). Zo wordt er vermeden dat de

beslissing afhankelijk is van één persoon. Het multidisciplinair zou dan bestaan uit een arts, (sociaal) verpleegkundige, maatschappelijk werkers, het CLB, thuiszorgdienst, LSA etc. die een volledig beeld krijgen van de nood aan ondersteuning voor het gezin.

Zo werd er ook al eerder vermeld dat het medisch onderzoek voor het kind erg gefocust is op de negatieve aspecten. Respondenten ervaren deze medische onderzoeken door de controlearts als traumatiserend voor hun kinderen. Zo wordt er door een respondent aangegeven: *“Van mij mogen ze alles weten, ik wil daar open over zijn maar ik wil mijn kinderen er niet mee confronteren, zij moeten er niet bij zijn. Dat werkt op uw kind zijn zelfbeeld, kinderen met ASS hebben al dikwijls een laag zelfbeeld.”*(R3) Volgens Warin (2004) is het van belang dat de sociale erkenning aan de kant van de vraagzijde wordt versterkt. Door de respondenten worden verschillende manieren aangehaald: een apart gesprek met de ouder en een apart gesprek met het kind of geen medische onderzoeken en al zeker niet door een externe arts van de FOD, want verslagen van de kinderpsychiater zouden moeten volstaan.

Voor de problemen die de herziening met zich meebrengt wordt er voorgesteld om de herziening voor ieder kind te koppelen aan de leeftijdstoets van de basiskinderbijslag (R6, R7, R10, R11). Dit zijn namelijk belangrijke momenten waarop de toestand van het kind kan veranderen. Idealiter vinden de respondenten dat de herziening niet nodig is, zo ondersteunen zij ook dat kinderen met een ernstige fysieke beperking dan ook de goedkeuring krijgen voor onbepaalde duur. Hierbij aansluitend is het interessant om een koppeling te maken met de behandelende arts van het kind, deze zal aangeven wanneer een herziening noodzakelijk is.

5.2.5 Vragenlijst aanpassen

Tot slot heeft de laatste aanbeveling betrekking op het aanpassen van de vragenlijst. Betreffende de complexiteit van de vragenlijst worden er door de respondenten verscheidene voorstellen aangehaald. Om te

beginnen wordt er verwezen naar meer duidelijkheid betreffende welke instanties de verantwoordelijkheid op zich nemen om de potentieel gerechtigden te ondersteunen en begeleiden, een duidelijk aanspreekpunt zou hierbij verhelderend zijn (R1, R5, R8). Indien er vragen zijn tijdens de procedure kunnen zij terecht bij de verantwoordelijke instantie. Dit zou ervoor zorgen dat de respondenten hulp krijgen bij het invullen van de vragenlijst en het voorbereiden van het medisch onderzoek bij de controlearts van de FOD. Deze extra hulp zou volgens de respondenten ervoor zorgen dat het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap of aandoening zal dalen.

Daarnaast geven sommige respondenten aan dat het verhelderend zou zijn moesten er specifieke vragenlijsten zijn voor de soort beperking dat het kind heeft. Nu wordt er aangegeven dat sommige vragen niet van toepassing zijn op hun kind. Als voorbeeld voor specifieke vragenlijsten wordt er door vijf respondenten aanbevolen om aparte vragenlijsten te maken voor fysieke beperkingen, mentale beperkingen, auditieve beperken en cognitieve beperkingen (R2, R6, R7, R8, R9). Dit zou volgens de respondenten als gevolg hebben dat de vragenlijst dan een duidelijker beeld kan geven voor de controleartsen wat de graad van de handicap is. Zo vertelt een van de respondenten: *“Ik vind wel dat de onderzoeken of vragenlijsten aangepast moeten worden aan de beperking die ze moeten evalueren”* (R8). Een andere respondent zou het anders oplossen, zo vertelt de respondent: *“Ik zou misschien beter een interactieve vragenlijst op internet doen, zodat je bepaalde vragen moet overslaan zo zou ik het oplossen.”* (R9) Daarnaast zou de vragenlijst meer uitleg of zeker toch de mogelijkheid om meer uitleg bij een vraag te schrijven mogelijk moeten maken.

Tot slot zijn twee respondenten van mening dat een vragenlijst niet de goede methode is om de handicap te beoordelen (R10, R11). Zij vinden dat een persoonlijke beoordeling door een arts die specifieke kennis heeft van autisme of andere gedragsstoornissen beter zou zijn. Zo vertelt een van de respondenten: *“Ik vind een vragenlijst sowieso moeilijk, omdat dat altijd te beperkt is. Ik vind niet dat ze zo een*

serieuze dingen met een vragenlijst moeten gaan beoordelen. Een mens aan het woord laten en hoe ze iets ervaren en hoe het eraan toegaat. Je krijgt in een vragenlijst waarschijnlijk maar 1 of 2 regeltjes om te antwoorden en dat is veel te beperkt vind ik". (R10)

6 Besluit

Dit onderzoek wil inzicht verkrijgen in het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap/ of aandoening en een bijdrage leveren aan bestaand onderzoek omtrent niet-gebruik. Niet-gebruikers zijn een verborgen doelgroep. Hieromtrent is er besloten om met dit onderzoek zowel op zoek te gaan naar ervaringen van ouders die de procedure helemaal doorlopen hebben alsook de niet-gebruikers. Dit heeft als gevolg dat er een beter zicht wordt verkregen op waar de oorzaken van het niet-gebruik kunnen zitten en hoe dit precies aangepakt dient te worden.

Om een beter zicht te krijgen op waar het niet-gebruik zich precies voordoet en hoe dit aangepakt kan worden op individueel niveau, werden er twee onderzoeksvragen geformuleerd. In de eerste onderzoeksvraag werd op zoek gegaan naar de drempels die de ouders ervaren bij de procedure van de verhoogde kinderbijslag, deze onderzoeksvraag werd beantwoord op basis van het multilevel model en het dynamic model (van Oorschot, 1996). Met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag werden er drie assumpties geformuleerd.

Allereerst werd aangedragen dat op het cliëntniveau het informatieprobleem en de angst voor stigmatisering belangrijke drempels kunnen zijn. Deze verwachting werd grotendeels bevestigd in het onderzoek. De respondenten maken duidelijk dat het informatiegebrek een groot probleem is. Het gebrek aan informatie en de onduidelijkheid wie verantwoordelijk is om informatie te verschaffen wordt als een drempel ervaren in de ‘threshold stage’. Daarnaast blijkt dat ook het stigma om een uitkering aan te vragen vooral met betrekking tot gedragsstoornissen en psychische stoornissen meespeelt bij de ouders maar niet in die mate dat het een echte drempel vormt om de uitkering aan te vragen. De tweede assumptie heeft betrekking op de complexiteit van de regelgeving en de formulieren. Uit de interviews is voortgekomen dat de complexiteit van de regelgeving een belangrijke factor is waardoor het niet-gebruik kan stijgen. Zeker de verwarring omtrent de benaming van de

uitkering en de complexiteit en misinterpretatie van de vragenlijst en beoordeling spelen een grote rol. Zichzelf als gerechtigd zien is een drempel die overwonnen moet worden in de 'trade-off stage' vooraleer men over kan gaan tot het aanvragen van het voordeel. Andere oorzaken volgens de ouders worden hier kort samengevat.

Op het niveau van de wetgeving wordt er vervolgens als drempel aangegeven dat het initiatief om een uitkering aan te vragen overgelaten wordt aan de betrokkenen. Hierbij is het belangrijk dat de betrokkenen weten van het bestaan van het voordeel en hier faalt het waardoor er een groot deel van de potentieel gerechtigden de uitkering mislopen. Indien potentieel gerechtigden deze drempel overwinnen en een aanvraag indienen voor de verhoogde kinderbijslag komen zij terecht in de 'application stage'.

Op het niveau van de uitvoering wordt er om te beginnen door de respondenten de koppeling gemaakt met de controleartsen van het FOD. Zo wordt er een wantrouwig en respectloos gevoel aangekaart wat als gevolg heeft dat betrokkenen niet op medisch onderzoek willen gaan, wat het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag verhoogt. Het gedrag van de controleartsen naar de kinderen toe kan ook een drempel zijn binnen de 'trade-off stage', dit omdat het onderzoek een traumatiserend effect kan hebben op de kinderen. Daarentegen is de onvriendelijkheid, tijdsgebrek en gebrekkige kennis een drempel in de 'application stage'. Verder wordt de lange behandelingstermijn enkel aangegeven als oorzaak van niet-gebruik door de respondenten die op latere leeftijd van het kind wisten van het bestaan van de regeling. Ook de herziening van de verhoogde kinderbijslag wordt als drempel aangegeven. Vooral de angst en de administratie die de herziening met zich meebrengt wordt als belangrijke factor aangeduid. Dit wordt in de 'trade-off stage' als een last ervaren waardoor niet-gebruik kan optreden. Tot slot wordt er door de respondenten op het niveau van de uitvoering de gebrekkige communicatie aangehaald. Hierdoor heerst er bij de betrokkenen de ergernis steeds dezelfde informatie bij verschillende diensten te moeten vertellen. Dit kan als gevolg hebben dat het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag zal stijgen omdat

de ouders de energie niet meer hebben om telkens opnieuw hun verhaal te moeten doen.

In tegenstelling tot de literatuur, worden eerder factoren op het cliëntniveau aangeduid als belangrijke oorzaken van niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag. Zo wordt er als eerste aangegeven door de respondenten dat zij onvoldoende kennis hebben over de regeling en over de gerechtigdheid waardoor de vragenlijst foutief ingevuld kan worden. Dit alles heeft als gevolg dat er foute conclusies getrokken kunnen worden door de respondenten. De informatieverstrekking is niet enkel de verantwoordelijkheid van het niveau van de cliënt maar ook van de andere niveaus. Het beleidsniveau en het uitvoeringsniveau zijn verantwoordelijk voor het gebrek aan informatie. Als tweede wordt er een verwijzing gemaakt naar ervaringen over het aanvragen van de verhoogde kinderbijslag. Sociale netwerken spelen hierbij een belangrijke rol zowel op een positieve als een negatieve manier. Ook het vergelijken met anderen '(niet) gerechtigden' wordt als een situatie aangeduid die een belangrijke rol speelt. Dit is een drempel binnen de 'threshold stage' waardoor potentieel gerechtigden gaan beoordelen of zij zichzelf als waargenomen gerechtigden zien of niet. Ook het bekend zijn met de regeling door een eerdere aanvraag heeft als gevolg dat het niet-gebruik stijgt, dit in tegenstelling tot wat de literatuur zei.

Nu er een beter zicht is op wat de oorzaken volgens de ouders zijn betreffende het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag, is het belangrijk om deze oorzaken aan te pakken. Als laatste assumptie werd hierbij geformuleerd dat er een goede informatiestroom nodig is zodat niemand meer door de mazen van het net glipt. Deze assumptie wordt door de respondenten bevestigd. De nood aan goede informatie blijkt de belangrijkste aanbeveling te zijn. Vervolgens worden er nog drie andere aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot het verbeteren van de procedure van de verhoogde kinderbijslag. In het algemeen zou er volgens de respondenten een web van verschillende diensten gecreëerd moeten worden waardoor er geen miscommunicatie meer optreedt. Ook zal dit er volgens de respondenten voor zorgen dat dossiers worden doorgegeven waardoor

zij niet meer telkens opnieuw bij verschillende instanties moeten gaan aankloppen. Dit heeft als gevolg dat minder mensen het recht op een uitkering zullen mislopen. Hierbij aansluitend wordt er verwezen naar een automatische toekenning van de verhoogde kinderbijslag waarbij vanaf de diagnose de aanvraag gestart moet worden. Vervolgens wordt aangekaart dat er tijdens het medisch onderzoek door de controlearts van de FOD meer tijd vrijgemaakt dient te worden voor de patiënten en hen met meer respect te behandelen. Een betere en eerlijkere manier van beoordelen blijkt volgens de respondenten indien er een multidisciplinair team ingeschakeld wordt. Voor de problemen die de herziening met zich meebrengt wordt er zowel aanbevolen om een koppeling te maken met de leeftijdstoelage zoals bij de basiskinderbijslag als de herziening die aangegeven dient te worden door de behandelende arts van het kind. Het bestrijden van het niet-gebruik kan tot slot aangepakt worden door de vragenlijst aan te passen. Zo zouden gespecialiseerde instanties betrokken moeten worden bij de begeleiding gedurende het aanvraagproces. Specifieke vragenlijsten afhankelijk van de soort handicap wordt ook als een aanbeveling gegeven om de beoordeling van de handicap te verbeteren.

7 Discussie

Tijdens de periodes waarin het onderzoek liep deden zich heel wat problemen voor bij de FOD. Zopas is er een omschakeling gebeurd van een papieren vragenlijst naar een elektronische vragenlijst waardoor het moeilijk was om consistente informatie te verzamelen (Coemans, 2017). Zo hadden sommige respondenten al reeds ervaring met een online aanvraag en anderen niet. Ook door de administratieve problemen bij de FOD doorheen de tijd werden er heel wat ergernissen geuit door de respondenten tijdens de interviews, hierdoor vond de onderzoekster het moeilijk om in de rol van ‘onderzoeker’ te blijven.

In de aanbevelingen die de ouders formuleerden bleek dat een automatische toekenning een goede oplossing zou bieden om het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag te doen dalen. De Vlaamse regering heeft als doelstelling tegen 2019 een kruising te maken tussen de databanken zodat niemand nog de verhoogde kinderbijslag misloopt. Er wordt beoogd om de Vlaamse databanken aan elkaar te linken zodat er een beter zicht verkregen wordt op het aantal personen met een handicap en van hieruit een automatische toekenning vervolmaakt wordt. Dit wordt aangegeven als een ideaalsituatie door de ouders omdat zijzelf dan niet meer heel de procedure moeten aanvragen. Bij de ouders heerst er toch nog enige twijfel over de motieven van de Vlaamse regering omtrent de automatische toekenning. Zij willen het eerst zien en dan pas geloven. Hieruit blijkt dat er nood is aan verder onderzoek hoe er een koppeling gemaakt kan worden tussen de verschillende databanken en hoe de automatische toekenning hieruit zal voortvloeien. Het interviewen van medewerkers op het uitvoeringsniveau en het beleidsniveau zal hierbij verhelderend zijn (Lambrix, 2017).

Een volgende reflectie heeft betrekking op het medisch onderzoek van de controleartsen dat volgens de respondenten een belangrijke drempel vormt voor het aanvragen van de verhoogde kinderbijslag. Dit kan te maken hebben met het feit dat de ouders het gevoel hebben dat het medisch model nog steeds overheerst in de beoordeling van de

handicap, ook al zijn er sinds 2003 wijzingen gebeurd in de manier van beoordeling. Aangezien zoals eerder gezegd de samenleving meer en meer inclusie vooropstelt, wordt er beoogd dat er in de medische onderzoeken van de controleartsen meer gehandeld dient te worden vanuit het sociaal model. Om de drie pijlers beter te kunnen beoordelen zou een multidisciplinair team volgens de respondenten hiervoor een oplossing kunnen bieden. Het multidisciplinair team zal de sociale aspecten meer in kaart brengen waardoor het gevoel in de praktijk niet meer zal heersen dat het medisch model het voortouw neemt.

Een andere reflectie heeft betrekking op de respondentenselectie. Aanvankelijk was de bedoeling om enkel niet-gebruikers te interviewen. In de beginfase van de thesis is de onderzoekster op zoek gegaan naar niet-gebruikers maar aangezien de groep niet-gebruikers moeilijk te vinden is en vaak dezelfde oorzaken aanduidde voor niet-gebruik, namelijk het niet weten van het bestaan van de verhoogde kinderbijslag, werd er besloten om de groep uit te breiden. Door zowel gebruikers als niet-gebruikers te interviewen is er een verscheidenheid aan informatie uit de interviews gekomen. Een grote diverse groep niet-gebruikers zou voor verder onderzoek aanbevolen zijn.

De laatste reflectie houdt verband met de onderzoekster zelf. Wanneer er gereflecteerd wordt kan er besloten worden dat zij onvoldoende voorbereid was op de eerste interviews vooral met betrekking tot de wetgeving van de verhoogde kinderbijslag ontbrak zij aan kennis. Als voorbereiding heeft zij transcripten gelezen van bijvoorbeeld een interview met controleartsen van de FOD. De onderzoekster is van mening dat indien zij meer tijd had gestoken in het doornemen van de wetgeving zij minder uitleg diende te vragen over praktische elementen van de aanvraag tijdens de eerste interviews. Hierdoor is het ook moeilijk om professioneel over te komen.

Vervolgens werd er omwille van praktische redenen gekozen om enkel respondenten in Vlaams-Brabant en Limburg te zoeken. In Vlaams-Brabant en Limburg werd er gekozen voor locaties die goed te bereiken waren voor de onderzoekster. Ook werd de

sneeuwbalmethode toegepast om meer respondenten te vinden. Hierdoor kwam in de interviews vaak dezelfde controleartsen ter sprake, wat een effect kan hebben op de betrouwbaarheid en consistentie van de resultaten. Uiteindelijk was de woonplaats van de respondenten en de soort niet-gebruikers vooral afhankelijk van de respons van de ouders. Een andere drempel die ervaren werd door de onderzoekster was het afzeggen van geplande interviews. Driemaal was een interview gepland en werd het gecancelled door de respondent, slechts één van deze interviews heeft nog kunnen plaatsvinden, de andere twee respondenten hebben niets meer van zich laten horen. Hierdoor werd het aantal interviews vooral beperkt door het vinden van respondenten.

Tot slot werden in dit onderzoek zowel gebruikers als niet-gebruikers geïnterviewd. De onderzoekster heeft gepoogd zoveel mogelijk diversiteit tussen de respondenten te bereiken. Hierdoor bleven sommige factoren van niet-gebruik onderbelicht. Een onderzoek betreffende andere respondentengroepen zou bij een verder onderzoek aanbevolen zijn. Onder andere de ervaringen van respondenten waarbij de procedure nog lopende is, zou een meerwaarde geven aan dit onderzoek. Deze ervaringen zouden meer up-to-date informatie geven over waar precies de drempels op dit moment zich bevinden. Ook een uitbereiding van psychische stoornissen zou verhelderend zijn voor verder onderzoek aangezien dit vaak een verborgen populatie is.

8 Bibliografie

- Baumberg, B. (2016). The stigma of claiming benefits: a quantitative study. *Journal of Social Policy*, 45(2), 181-199.
doi:10.1017/S0047279415000525
- Bogaerts, K. (2008). *Bestaan er nog financiële vallen in de werkloosheid en in de bijstand in België*. Universeit Antwerpen: Centrum voor Sociaal Beleid. Geraadpleegd op 26 september 2017
- Bouckaert, N., & Schokkaert, E. (2011). Een eerste berekening van non-take-upgedrag bij leefloon. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 52 (4) , 603-627.
- Bruckmeier, K., & Wiemers, J. (2011). *A new targeting - a new take-up? Non-take-up of social assistance in Germany after social policy reforms*. Institute for Employment Research.
- Coemans, Y. (9 maart, 2017). Lange wachttijden voor verhoogde kinderbijslag: 'Niemand kan zeggen hoe het met mijn dossier staat'. *Knack*.
- Currie, J. (2004). *The take up of social benefits*. Cambridge: National bureau of Economic research.
- Doyal, L., & Gough, I. (1991). *Theory of human need*. Basingstoke : Macmillan.
- Eurofound. (2015). *Access to social benefits: Reducing non-take-up*. Luxembourg: Publications Offic of the European Union.
doi:10.2806/7077
- Famifed. (2016). *Een overzicht per entiteit van de kinderbijslag voor kinderen met een aandoening*. FAMIFED. Geraadpleegd op 17 oktober, 2017 via
https://vlaanderen.famifed.be/sites/default/files/publications/Focus2016_3_Een_overzicht_per_entiteit_van_de_kinderbijslag_voor_kinderen_met_een_aandoening.pdf

Famifed. (2017). *Basiskinderbijslag*. Geraadpleegd op 17 oktober, 2017 via Famifed:
<http://vlaanderen.famifed.be/nl/gezinnen/kinderbijslagen-en-toeslagen/basiskinderbijslag>

Famifed. (2018). *Hervorming van de kinderbijslag: stand van zaken*. Geraadpleegd op 14 april, 2018 via Federaal Agentschap voor de kinderbijslag:
<http://dg.famifed.be/nl/nieuws/hervorming-van-de-kinderbijslag-stand-van-zaken>

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, Directie-Generaal Personen met een handicap. (sd). *Verhoogde kinderbijslag*. Geraadpleegd op 16 oktober, 2017 via myhandicap:
<http://handicap.belgium.be/nl/mijn-rechten/verhoogde-kinderbijslag.htm>

FOD Sociale Zekerheid. (2014). *Inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming*. FOD Sociale Zekerheid. Geraadpleegd via
https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/brochure-it-ivt-nl_0.pdf

FOD Sociale Zekerheid. (2017). *Procedure van erkenning*. Geraadpleegd op 15 oktober, 2017 via Directie-generaal Personen met een handicap:
<http://handicap.belgium.be/nl/erkenning-handicap/procedure-erkenning.htm>

FOD SZ Directie-generaal Personen met een handicap. (2017). *Erkenning van de handicap*. Geraadpleegd op 9 november, 2017 via Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, Directie generaal Personen met een handicap:
<http://handicap.belgium.be/nl/erkenning-handicap/index.htm>

FOD SZ Directie-generaal Personen met een handicap. (2017). *Verhoogde kinderbijslag*. Geraadpleegd op 28 september, 2017 via Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, Directie generaal Personen met een handicap:

<http://handicap.belgium.be/nl/mijn-rechten/verhoogde-kinderbijslag.htm>

FODSZ. (2018). *Nieuwe onlinedienst My Handicap vervangt papieren aanvraagprocedure*. Geraadpleegd op 18 februari, 2018 via Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid: <https://socialsecurity.belgium.be/nl/nieuws/nieuwe-onlinedienst-my-handicap-vervangt-papieren-aanvraagprocedure-05-07-2016>

Fuchs, M. (2007). *Social assistance- no, thanks? Empirical analysis of non-take-up in Austria 2003. (Working Paper Nr. EM4/07)* Wenen: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Gehandicaptenbeleid in België (2013): een overzicht. Brussel: FODSZ.

Goffmann, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Prentice-Hall.

GRIP. (2015). *Disability Studies of aan onderzoek doen vanuit een recente kijk op handicap*. Brussel: GRIP vzw.

Grote lijnen van het M-decreet. (2018). Geraadpleegd op 27 maart, 2018 via Onderwijs Vlaanderen: <https://onderwijs.vlaanderen.be/nl/grote-lijnen-van-het-m-decreet>

Hernanz, V., Malherbet, F., & Pellizzari, M. (2004). Take-up of Welfare Benefits in OECD Countries: A Review of the Evidence (OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 17). Geraadpleegd via OECD website: <http://dx.doi.org/10.1787/525815265414>

Kerr, S. (1982a). Deciding about Supplementary Pensions: A Provisional Model. *Journal of Social Policy*, 11(4), 505-517.

- Kerr, S. (1982b). *Differential Take-up of Supplementary Pensions Final Report*. University of Edinburgh: Edinburgh: Department of Psychology.
- Lambrix, Y. (29 december 2017). Vanaf 2019 loopt niemand verhoogde kinderbijslag nog mis. Kruising databanken moet euvel verhelpen. *Het Belang van Limburg*.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad . (2016). *Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest*. Brussel: Thematisch katern van het Armoederapport van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2016.
- Regionaal Informatiecentrum van de Verenigde Naties (UNRIC). (2007). *Personen met een handicap: wat feiten op een rij*. Geraadpleegd op 22 oktober, 2017 via Regionaal Informatiecentrum van de Verenigde Naties (UNRIC): <http://www.unric.org/nl/nieuwsoverzicht/10091>
- Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers. (2013). *De kinderbijslag voor kinderen met een aandoening: tien jaar na de hervorming*. Brussel: Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers.
- Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers. (2013). *Jaarverslag 2013: cijfers*. Brussel: Tania Dekens. Geraadpleegd op 17 oktober, 2017 via <https://vlaanderen.famifed.be/sites/default/files/publications/Jaarverslag%202013.pdf>
- Roose, H., & Meuleman, B. (2014). *Methodologie van de sociale wetenschappen: een inleiding*. Gent: Academia Press.
- Samoy, E., & Lammertyn, F. (1998). *Sociaal beleid ten behoeve van mensen met een handicap*. Leuven/ Amersfoort: Acco.
- Steenssens, K. (2014). Proactief handelen als middel in de strijd tegen sociale onderbescherming. Een verkenning van de

concepten en de huidige beleidscontext. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 56(1), 21-64.

Steyaert, J. (2016). *1995 De samenleving heeft een handicap. Van handicap naar beperking, opkomst sociaal model.*

Geraadpleegd op 29 april, 2018 via Canon:

<https://www.canonsociaalwerk.eu/be/details.php?cps=47>

Tempelmans, C., Houkes, A., & Prins, J. (2011). *Niet-gebruik inkomensondersteunende maatregelen*. Amsterdam: SEO Economisch onderzoek.

Toeslag voor kinderen met een handicap of aandoening. (2016).

Geraadpleegd op 9 november, 2017 via Famifed:

<http://vlaanderen.famifed.be/nl/gezinnen/kinderbijslagen-en-toeslagen/toeslag-voor-kinderen-met-een-handicap-aandoening>

Van Mechelen, N., & Janssens, J. (2017). *Who is to blame? An overview of the factors contributing to the non-take-up of social rights*. University of Antwerp: Herman Deleeck Centre for Social Policy.

van Oorschot, W. (1989). Niet-gebruik van sociale zekerheid: Overzicht van een probleemveld: Samenvatting. *Commissie Onderzoek Sociale Zekerheid*. Geraadpleegd op 10 oktober, 2017 via https://pure.uvt.nl/portal/files/907855/NIET-GE_.PDF

van Oorschot, W. (1991). Non-take-up of social security benefits in Europe. *Journal of European Social Policy*, 1(1), 15-30. doi: 10.1177/095892879100100103

van Oorschot, W. (1995). *Realizing rights : a multi-level approach to non-take-up of means-tested benefits*. Aldershot: Ashgate.

van Oorschot, W. (1996). Modelling non-tak-up: The interactive model of multi-level influences and the dynamic model of benefit receipt. *New perspectives on the non-take-up of social benefits*, 7-59.

- VAPH. (2016). *Hoe een aanvraag indienen bij het VAPH?* Brussel. Geraadpleegd op 17 oktober, 2017 via https://als.be/sites/default/files/uploads/VAPH_brochure%20Aanvraag_webversie-25maart2016.pdf
- Verenigde Naties. (2006). Convention on the rights of persons with disabilities. (Nederlandse vertaling: Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. *Traktatenblad van het Koninkrijk der Nederlanders*, 5(2007, nr 1).
- Vinck, J., Lebeer, J., & Van Lancker, W. (2018). *Non-take up of the supplemental child benefit for children with a disability in Belgium: a mixed-method approach. Working Paper.* University of Antwerp: Herman Deleeck Centre for Social Policy.
- Vlaamse overheid. (2018). *Buitengewoon basisonderwijs.* Geraadpleegd op 27 maart, 2018 via Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/nl/onderwijs-en-wetenschap/onderwijsaanbod/buitengewoon-basisonderwijs>
- Vlaanderen. (5 april, 2015). *5 krachtlijnen van het M-decreet.* Geraadpleegd via klasse: <https://www.klasse.be/6916/6-krachtlijnen-m-decreet/>
- Vlaanderen. (2017). *Integrale Jeugdhulpverlening.* Geraadpleegd op 18 april, 2018 via Vlaanderen: <https://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/kinderen/integrale-jeugdhulpverlening>
- Vlaanderen. (2018). *Vlaams Actieplan Autisme: beleidsprogramma 2018 – 2019.*
- Warin, P. (2014). *What is the Non Take-up of Social Benefits?*
- Wildeboer Schut, J., & Hoff, S. (2007). *Geld op de plank: niet-gebruik van inkomensvoorzieningen.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1: Overzicht vragenlijst aanvraagprocedure verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap/aandoening

Overzicht vragen van de aanvraag Bijkomende Kinderbijslag

In dit overzicht vind je alle vragen uit de online vragenlijst in My Handicap. Afhankelijk van de gegeven antwoorden zullen sommige vragen wel of niet zichtbaar zijn in My Handicap. Dit document dient als hulp bij de voorbereiding van de intake maar kan niet gebruikt worden als aanvraagformulier. Enkel aanvragen die online via My Handicap worden ingediend kunnen behandeld worden door de DG Personen met een handicap.

1. Aanvraag

Product : Intake AFS

Transactienummer :

Datum van registratie :

Printdatum :

Vul onderstaande vragen zo volledig en nauwkeurig mogelijk in.

2. Persoonlijke gegevens van het kind

2.1. Identificatie en officieel adres

De gegevens die hier worden weergegeven, zijn afkomstig van je elektronische identiteitskaart.

Hieronder vind je je persoonlijke gegevens

Rijksregisternummer :

Voornaam :

Naam :

Hieronder vind je het adres waarop je officieel gedomicilieerd bent.

- Postcode :
- Gemeente :
- Straat :
- Nummer :
- Busnummer :

3. Contactgegevens van het kind

3.1. Als je verblijfadres verschilt van je officieel adres (dat hierboven staat), gelieve

hieronder je verblijfadres in te vullen

Land

Postcode

Gemeente

Straat

Nummer

Busnummer

3.2. Hoe kunnen we je contacteren?

Via welk kanaal wil je liefst door ons gecontacteerd worden?

E-mail

Telefoon vaste lijn

GSM

3.3. In welke taal wil je aangesproken worden?

3.4. Heeft het kind een bewindvoerder?

Ja (Geef de contactgegevens op)

Neen

3.5. Wil je een contactpersoon doorgeven?

Ja (Geef de contactgegevens op)

Neen

3.6. Wie is de huisarts of specialist van het kind ?

Voornaam (verplicht)

Naam (verplicht)

Postcode

Gemeente

Straat

Nummer

Busnummer

3.7. Ben je het slachtoffer van een terroristische aanslag op Belgische grondgebied ?

Ja (Specificeer)

Neen

4. Over de omstandigheden die voldoen voor een versnelde aanvraag

Heeft het kind kanker of leukemie waarvoor hij/zij regelmatig naar het ziekenhuis moet voor chemo- of radiotherapie?

Ja

Neen

Ontvangt het kind palliatieve zorgen?

Ja

Neen

5. Over de gezondheidstoestand van je kind en zijn/haar medische behandelingen

Wij gaan na wat de impact is van de aandoening of handicap van je kind op zijn of haar dagelijkse activiteiten (school, vrije tijd,?). We kijken ook naar de gevolgen voor het gezin (verplaatsingen voor medische verzorging, aanpassingen aan de leefomgeving,?). Moet je met je kind naar de therapeut gaan (logopedie, kinesithérapie, ergotherapie, psychotherapie,?) ?

Ja

Neen

6. Over de activiteiten en deelname van je kind: leren, onderwijs, naar school gaan

Wij gaan na wat de impact van de handicap of aandoening van je kind is op zijn of haar mogelijkheden om onderwijs te volgen.

Volgt je kind aangepast of bijzonder onderwijs?

Ja

Neen

Niet van toepassing

7. Over de activiteiten en deelname van je kind: communicatie met anderen

Wij gaan na of je kind, omwille van zijn of haar handicap of aandoening, beduidend meer moeilijkheden heeft om te communiceren dan leeftijdsgenoten.

7.1. Heeft je kind moeilijkheden met taal (verstaan, spreken, lezen of schrijven)?

Ja

Neen

7.2. Vertoont je kind moeilijkheden wat zicht of gehoor betreft?

Ja

Neen

8. Over de activiteiten en deelname: binnenshuis en buitenshuis verplaatsen

Wij gaan na of je kind, omwille van zijn of haar handicap of aandoening, beduidend meer moeilijkheden heeft om zich te verplaatsen dan leeftijdsgenoten, minder handig is of meer moeilijkheden heeft om deel te nemen aan activiteiten.

8.1. Had je kind op de leeftijd dat hij/zij begon te stappen moeilijkheden om zich te

verplaatsen of om een obstakel te passeren? In het geval je kind nog een baby is, heeft

de pediater je geïnformeerd over een vertraging in de ontwikkeling?

Ja

Neen

8.2. Heeft je kind moeilijkheden met het gebruiken van objecten met zijn/haar handen

of is hij/zij onhandig door zijn/haar beperking?

Ja

Neen

Niet van toepassing

8.3. Heeft je kind moeilijkheden om deel te nemen aan spelletjes of sportieve activiteiten?

Ja

Neen

Niet van toepassing

9. Over activiteiten en deelname: persoonlijke hygiëne, voeding

Wij gaan na of je kind, omwille van zijn of haar handicap of aandoening, beduidend meer

moeilijkheden heeft dan leeftijdsgenoten om zich te wassen, aan te kleden of te eten.

9.1. Heeft je kind, in vergelijking met een kind van zijn/haar leeftijd, moeilijkheden om

zichzelf te wassen en aan te kleden?

Ja

Neen

Niet van toepassing

9.2. Heeft je kind, in vergelijking met een kind van zijn/haar leeftijd, hulp nodig om te eten en moet hij/zij een speciaal dieet volgen?

Ja

Neen

Niet van toepassing

9.3. Heeft je kind, in vergelijking met een kind van zijn/haar leeftijd, hulp nodig om naar het toilet te gaan of vertoont hij/zij tekenen van incontinentie?

Ja

Neen

Niet van toepassing

10. Over de steun die jij en je familie aan je kind geven.

Omschrijf wat je familie doet om ervoor te zorgen dat je kind ondanks zijn/haar toestand kan deelnemen aan dagelijkse activiteiten, schoolse activiteiten en hobby's.

11. Meer over hoe je kind getroffen is door zijn/haar ziekte of beperking

Beschrijf in je eigen woorden op welke manieren je kind getroffen is door zijn/haar ziekte of beperking, als er dingen zijn die je nog niet hebt vermeld in dit formulier.

11. Hulp bij het indienen van deze aanvraag

Wie heeft je geholpen bij het indienen van deze aanvraag?

12. Toestemming

Duid aan of je akkoord gaat met onze voorwaarden. Als jij je toestemming geeft, zullen wij als we bijkomende informatie nodig hebben, rechtstreeks contact opnemen met je arts, organisaties of personen die te maken hebben met je aanvraag. Het kan gaan om financiële of medische informatie. Als je geen toestemming geeft, kan het zijn dat we onvoldoende informatie hebben om je dossier te kunnen behandelen. Indienen

13. Bedankt voor het invullen van dit formulier

Je kunt het online intakeformulier (My Handicap) bewaren als ontvangstbewijs van de aanvraag. In geval dat je een tegemoetkoming hebt aangevraagd onderzoeken we ook je administratieve situatie (gezinssamenstelling, inkomsten, ?). Als het nodig is zullen we je oproepen voor een evaluatie van je handicap door één van onze artsen. We brengen je op de hoogte van onze beslissing via een brief. Heb je vragen, wil je extra informatie opsturen, neem dan contact met ons.

Onze contactgegevens vind je op onze website:
www.handicap.belgium.be
E-mail via het contactformulier op deze website.

Per post
Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid
Directie-generaal Personen met een handicap
Kruidtuinlaan 50 bus 150
1000 Brussel

Telefonisch: 0800 987 99 (van maandag tot en met vrijdag, van 8u30 tot 12u)

9.2 Bijlage 2: Behandelingstermijn aanvraag per regio

	Inkomensvervangende en integratietegemoetkoming	Tegemoetkoming voor Hulp aan Bejaarden	Evaluatie van de handicap voor attesten (vb. parkeerkaart)	Evaluatie van de handicap voor de Bijkomende Kinderbijslag
Antwerpen	9 maanden		2 maanden	4 maanden
Brussel	12 maanden	11 maanden	4 maanden	4 maanden
Henegouwen	11 maanden	13 maanden	3 maanden	6 maanden
Limburg	9 maanden		2 maanden	2 maanden
Luik	6 maanden	7 maanden	2 maanden	2 maanden
Luxemburg	8 maanden	5 maanden	2 maanden	4 maanden
Namen	7 maanden	5 maanden	2 maanden	2 maanden
Oost-Vlaanderen	4 maanden		2 maanden	2 maanden
Vlaams-Brabant	7 maanden		2 maanden	3 maanden
Waaals-Brabant	12 maanden	8 maanden	3 maanden	4 maanden
West-Vlaanderen	4 maanden		2 maanden	2 maanden

9.3 Bijlage 3: Brief uitnodiging onderzoek

Onderzoek naar ervaringen over de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een gedragsstoornis.

The logo for KU Leuven, consisting of the letters 'KU LEUVEN' in white, bold, sans-serif font, centered within a dark blue rectangular background.

Beste meneer, mevrouw,

Graag wil ik u met deze brief uitnodigen voor deelname aan mijn onderzoek over de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een beperking.

Vooraleer u verder leest, stel ik volgende vragen:

- Heeft u een kind met een gedragsstoornis?
- Ontvangt u verhoogde kinderbijslag? (= Dit is een toeslag bovenop je basiskinderbijslag) OF heeft u het nooit aangevraagd (dit kan om verschillende redenen zijn: gebrek aan informatie, veel papierwerk, ...)
- Kunt u ongeveer een uurtje vrijmaken voor mij?
- Wilt u hierover uw ervaring delen?

Heeft u op al deze vragen “ja” geantwoord? Dan bent u een geschikte kandidaat om mee te doen aan mijn onderzoek!

Wie ben ik?

Allereerst kort iets over mijzelf. Ik ben Dorien Elsen, een laatstejaars masterstudente sociaal werk en sociaal beleid aan de Katholieke Universiteit van Leuven. Voor de laatste fase van mijn opleiding ben ik op zoek naar respondenten om mee te werken aan mijn onderzoek.

Waar gaat mijn onderzoek over?

Graag zou ik een beter zicht krijgen op de drempels die er spelen bij het aanvragen van de verhoogde kinderbijslag. Er is maar weinig onderzoek voorhanden over de ervaringen van de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap.

Hoe ga ik het onderzoeken?

De methode die ik gekozen heb voor de uitvoering van het onderzoek, zijn (diepte)interviews. Dit betekent dat ik een aantal vragen heb voorbereid, maar dat dit geen houvast biedt. Dus u kan zelf richting geven aan het interview. Er bestaat nooit een goed of een fout antwoord.

Wanneer wil ik de interviews laten plaatsvinden?

De interviews zullen plaatsvinden tussen 15 februari en 6 april 2018.

Het interview zal ongeveer 60-90 minuten van uw tijd in beslag nemen. Uw gegevens zullen anoniem worden verwerkt. Ik kom hiervoor bij u thuis langs, indien dit niet mogelijk is zoeken we een andere oplossing.

Wilt u deelnemen aan het onderzoek?

Zoals u hebt kunnen lezen, ben ik op zoek naar respondenten. Hebt u interesse of nog verdere vragen? Aarzel dan zeker niet om mij te contacteren op: dorien.elsen@student.kuleuven.be of 0474/87.17.75

Hopelijk tot binnenkort!

Met vriendelijke groeten

Dorien Elsen

9.4 Bijlage 4: Informatie consent

Titel van het onderzoek: Niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een beperking

Verantwoordelijke van het onderzoek: Dorien Elsen, Master Sociaal Werk en Sociaal Beleid

Instelling: KU Leuven, faculteit Sociale Wetenschappen

Het onderzoek is gericht op het niet-gebruik van de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een beperking. De methode die toegepast zal worden in het onderzoek, zijn (diepte)interviews. Dit betekent dat ik een aantal vragen heb voorbereid, maar dat dit geen houvast biedt. Dus u kan altijd nog uw richting geven aan het interview.

Het interview zal opgenomen worden met een dictafoon. Deze opname zal enkel en alleen gebruikt worden voor de analyse van de resultaten en niet gedeeld worden met derden. De informatie die u zult geven zal dus strikt vertrouwelijk en anoniem blijven.

Er zullen verschillende thema's benaderd worden tijdens het interview, wanneer u op welk moment dan ook uit het onderzoek wilt stappen of een onderbreking wilt, is dit geen enkel probleem. Er is alsook de mogelijkheid om schuilnamen te gebruiken die u zelf mag aangeven.

Indien er na het diepte-interview nog vragen zijn kunt u mij bereiken op het e-mailadres dorien.elsen@student.kuleuven.be of op het gsm nummer 0474/87.17.75

Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig en volledig anoniem is en dat ik vrij ben om op elk moment te stoppen met het onderzoek, zonder een reden te moeten opgeven.

Ik ga akkoord om deel te nemen aan deze studie en geef toelating om mijn informatie te gebruiken.

Gelezen en goedgekeurd op (datum)

Handtekening geïnterviewde:

9.5 Bijlage 5: Topic-vragenlijst

Vragenlijst

Persoonlijkheid

- leeftijd kind

.....

- medische achtergrond kind

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- achtergrond ouders

→ opleidingsniveau moeder:

.....

→ opleidingsniveau vader:

.....

→ beroep moeder:

.....

→ beroep vader:

.....

- Aantal kinderen in het gezin?

.....

→ hebben deze kinderen een beperking?

.....

- handicap erkend door VAPH

Zo ja?

- Doet u dan beroep op voorzieningen van het VAHP?

.....
.....
.....
.....

- Hoe heeft u de aanvraagprocedure daar ervaren?

.....
.....
.....
.....

- medisch aanspreekpunt

→ wie is het medisch aanspreekpunt van uw kind? (huisarts, specialist)

.....
.....
.....
.....

Verhoogde kinderbijslag

kennis?

- Kent u de verhoogde kinderbijslag?

.....
.....

→ **Zo ja**, hoe bent u op de hoogte gebracht over de verhoogde kinderbijslag? (sociale dienst ziekenhuis, mutualiteit, dokter, CLB,...)

.....
.....
.....
.....

- Heeft u een aanvraag gedaan?

.....

→ Zo nee?

- Welke reden is er dat u geen aanvraag hebt gedaan?

.....
.....

→ Niveau van de cliënt

- gebrek aan informatie (1. geen weet van de regeling of 2. gewoon niet weten waar u terecht kunt)

.....
.....
.....
.....

- Waar denkt u dat het probleem ligt?

.....
.....
.....
.....

- Hoe kan er volgens u een betere informatiestroming gebeuren?.....

.....
.....

- Hebt u hulp gekregen bij het aanvragen ervan? Zo ja, is dit dan dezelfde dienst die u op de hoogte gebracht heeft van de verhoogde kinderbijslag?

.....
.....
.....
.....

- Heeft u al met andere mensen gesproken over de verhoogde kinderbijslag?

.....
.....
.....
.....

- Zijn er mensen die u kent die een aanvraag gedaan hebben?

.....
.....
.....
.....

- Welke ervaringen hebben zij hierbij gehad? En heeft dit een invloed gehad op hoe u erover denkt?

.....
.....
.....
.....

- Gaat u uw kind vergelijken met het kind van die persoon?

.....
.....
.....
.....

- Hebt u het gevoel dat er een negatieve perceptie bestaat over de beperking van uw kind, die een invloed heeft op het verkrijgen van verhoogde kinderbijslag?

.....

.....
.....

-Vindt u dat er een gelijkheid over de verschillende handicaps moet zijn?

.....
.....
.....

- Op welke manier zou er een verbetering kunnen plaatsvinden zodat u wel een aanvraag zou doen?

.....
.....
.....

→ Beleidsniveau

- Hoe denkt u over de papierenlijst/ vragenlijst die ingevuld moet worden om een aanvraag in te dienen?

.....
.....
.....

- Was alles hier duidelijk omschreven? Of hebt/ zou u hier hulp voor moeten krijgen?

.....
.....
.....

- Welk gevoel hebt u over de vele aspecten die zij over uw kind moeten weten?

.....

.....
.....
.....

- Hebt u het gevoel dat dit uw privacy in gedrang brengt?

.....
.....
.....

- Hoe ervaart u de wetgeving omtrent de verhoogde kinderbijslag?
(Is deze onduidelijk, ingewikkeld?)

.....
.....
.....

- Hoe denkt u dat de beperking geëvalueerd wordt door de
controleartsen?

.....
.....
.....

- Weet u wat de drie pijlers betekenen? En wat vindt u hiervan?

.....
.....
.....

-- Welke manier zou volgens u dan beter zijn?

.....
.....
.....

-Wat vindt u ervan dat u de verhoogde kinderbijslag helemaal zelf moet aanvragen?

.....
.....
.....

- Denkt u dat een automatische toekenning beter zou zijn? En hoe ziet u dit dan?

.....
.....
.....

- Wat vond u van de aanvraagprocedure, vond u deze duidelijk?

.....
.....
.....

→ Uitvoeringsniveau

- Wat vindt u van het medisch onderzoek dat uitgevoerd moet worden door de controlearts?

.....
.....
.....

- Wat is uw kijk op de rol van de controleartsen binnen het FOD? (vriendelijkheid, tijdsgebrek,..)

.....
.....

.....
.....
.....

- Denkt u dat hiervoor misschien een andere oplossing voor handen ligt? (vb. inschaling door een MDT, huisarts,...)

.....
.....
.....
.....
.....

-Weet u hoe lang het ongeveer duurt vooraleer u een beslissing over uw aanvraag krijgt?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Heeft dit ertoe bijgedragen dat u het al dan niet hebt aangevraagd?

.....
.....
.....
.....

- Hoe hebt u dit ervaren?

.....
.....
.....
.....
.....

- Wat vindt u ervan dat de toekenning van verhoogde kinderbijslag vaak maar voor beperkt aantal jaren wordt toegekend?

.....
.....
.....
.....
.....

Algemeen

- Wat vindt u ervan dat u een aanvraag moet doen via My Handicap? Ervaart u hier moeilijkheden rond? Denkt u dat er mensen zijn die geen internettoegang hebben?

.....
.....
.....
.....
.....

- Welke barrières ervaart u in heel het systeem?

.....
.....
.....
.....
.....

- En heeft u specifieke klachten rond de aanvraag, procedure en controles?

.....
.....
.....
.....
.....

- Gaat u na het interview overwegen om toch een aanvraag op te starten?

.....
.....
.....
.....
.....

Ik wil u bedanken voor uw medewerking en uw tijd! Om nog enkele bijkomende vragen te stellen, wat vond u van het interview? Zijn er eventueel nog zaken die nog niet aan bod zijn gekomen tijdens het interview en die u kwijt wilt?

.....
.....
.....
.....
.....

9.6 Bijlage 6: Planning masterproef

September 2017	Afbakening onderwerp
Oktober 2017	Literatuur zoeken + respondenten zoeken
November 2017	Literatuur zoeken + respondenten zoeken
December 2017	Inleveren startnota + focus op examens
Januari 2018	Focus op examens
Februari 2018	Empirisch gedeelte afbakenen + afspraken met respondenten vastleggen+ eerste interviews afleggen
Maart 2018	Interviews afleggen
April 2018	Masterproef schrijven
Mei 2018	Masterproef schrijven en indienen masterproef
Juni 2018	Mondelinge verdediging

