



## Advies

Van het Interbestuurlijk Plattelandsoverleg (IPO) aan de Vlaamse Regering en de Vlaamse provincie- en gemeentebesturen

### Bereikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen in landelijke gebieden Deelthema 3: gezondheidszorg



**Volgende thema-experten maakten deel uit van de themagroep en werkten samen aan dit advies:**

**Voorzitter:** Henk Van Hootegem - Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

**Themacoördinator:** Nadine Vervaeke – Vlaamse Landmaatschappij

**Departement welzijn, volksgezondheid en gezin:** Anne Van der Gucht

**Dienst welzijn provincie Antwerpen:** Caroline Peeters

**Christelijke Mutualiteit:** Dirk Van Hove

**Welzijnszorg Kempen:** Elke Blokken

**Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen:** Griet Briels

**Vzw Stebo:** Heidi Castermans

**Vzw RIMO Limburg:** Karel Bollen

**Landelijke Gilden:** Koen Van Den Broeck

**Vzw Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen:** Luc Joos

**Vlaamse Landmaatschappij:** Maarten Lenaerts

**Vlaamse Ouderenraad:** Mie Moerenhout

**Dienst welzijn provincie Antwerpen:** Rudy Marynissen

**Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten:** Sabine Van Cauwenberge

**Vzw 't Schoederkloptje:** Steven Decuypere

**Vzw ISIS:** Tina Verbeeck

**Bijdrage Landelijke Thuiszorg:** Griet Robberechts

# Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Advies vanuit de IPO-themagroep	6
A. Context	7
1. Armoede en gezondheid	7
2. Ouderen	7
3. Drempels met betrekking tot gezondheidszorg	10
4. Plattelandspecifieke gegevens	10
5. Daling aantal huisartsen	10
7. Thuiszorg en –verpleging	12
8. Het aanbod aan niet-dringend ziekenvervoer	13
9. Lokaal sociaal beleid	13
B. Advies	14
1. Preventie	14
2. Eerstelijnsgezondheidszorg : toeleiding en aanbod	18
3. Betaalbaarheid	21
4. Mobiliteit	23
5. Woonzorg	24
6. Plattelandsfocus	25
Bijlage 1 : tarieven niet-dringend ziekenvervoer	27
Referenties	28
3. Theoretisch kader bereikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen in landelijke gebieden	30
3.1 Aanleiding	31
3.2 Theoretische beschouwingen	32
4. Werking Interbestuurlijk Plattelandsoverleg (IPO)	40
4.1 Het doel	41
4.2 Samenstelling IPO	41
4.3 Besluitvormingsprocedure aangaande een advies over een thema	42
4.4 Meer informatie	42

# 1

## Inleiding



Het thema 'bereikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen' werd aangekaart op het Bestuurlijk overleg van 17 oktober 2005. De werkgroep woon- en leefruimte kreeg de opdracht om beleidsadviezen te formuleren rond het thema 'bereikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen'. De vraag van het Bestuurlijk overleg naar de werkgroep toe was om de probleemstelling uit te splitsen naar de verschillende doelgroepen op het platteland.

De werkgroep opteerde om dit thema op te splitsen in zes deelthema's:

- voorzieningen voor dagelijkse behoeften
- welzijn en gezin
- gezondheidszorg
- onderwijs
- openbare diensten
- sport, cultuur en vrije tijd

De thema's worden elk afzonderlijk behandeld met aandacht voor de verschillende doelgroepen, knelpunten, uitdagingen en beleidsopties. Deze thema's worden elk binnen het reeds opgemaakte theoretische kader uitgewerkt (Hoofdstuk 3).

Een eerste advies rond 'bereikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen voor dagelijkse behoeften' en een tweede advies rond 'bereikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen voor welzijn en gezin' werden in 2006 voorgelegd aan het bestuurlijk overleg.

Het voorliggend advies (Hoofdstuk 2) is het derde in de reeks en handelt over de bereikbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg in landelijke gebieden, het werd voorgelegd aan het Bestuurlijk overleg op 21 september 2010.

In het laatste hoofdstuk (Hoofdstuk 4) is de werking van het IPO kort toegelicht.



2

Advies vanuit de IPO-themagroep

*Gezondheidszorg is een zeer breed thema, dit advies beoogt dus niet alle knelpunten binnen de gezondheidszorg te omvatten maar legt de focus bij de door de themagroep gedragen specifieke knelpunten en daaraan gekoppelde adviezen in landelijk gebied.*

## 1. Context

Om een zicht te krijgen op de problematiek werden er interviews afgenomen van relevante actoren<sup>1</sup> en een literatuuronderzoek verricht. In dit luik worden de voornaamste bevindingen weergegeven over de bereikbaarheid en toegankelijkheid - in de brede zin - van de gezondheidszorg, met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen op het platteland.

### 1.1 Armoede en gezondheid

De naakte cijfers geven de toon aan: lage inkomensgroepen scoren over de hele lijn slecht. Ze hebben meer te kampen met chronische aandoeningen, handicaps, depressies, angsten en slaapstoornissen.<sup>2</sup> Ze hebben een lagere levensverwachting en de kwaliteit van hun gezondheid ligt in dit kortere leven lager dan voor wie zich boven de armoedegrens bevindt. De ongunstige levensomstandigheden (woning- en voedingskwaliteit, arbeidsomstandigheden,...) waarin lagere sociaal-economische categorieën leven, spelen daarbij een belangrijke rol. Ook de toegang tot de gezondheidszorg verloopt minder gemakkelijk dan voor wie hoger op de maatschappelijke ladder staat. Armoede grijpt dus in op het zeer fundamentele levensdomein van gezondheid en omgekeerd. De gezondheidskosten souperen een grote hap uit het huishoudbudget op. Naar leefstijl vertonen mensen in armoede vaak meer risicovol gedrag. Uit hun sociale netwerken halen zij minder steun of hulp. Lagere socio-economische groepen maken ook minder gebruik van preventieve gezondheidszorg, zoals vaccinatie en kankerscreening. Een gebrek aan kennis over de mogelijkheden en noodzaak ervan en een andere gezondheidshouding en -gedrag kunnen daarbij een belangrijke rol spelen<sup>3</sup>.

### 1.2 Ouderen

Voor de ouderen gaat de gezondheid sterker doorwegen. Een minder goede gezondheid in quasi alle dimensies en verschillende levensverwachting vertonen een sterke samenhang met het opleidingsniveau en de beroepsgroep. Een gebrekkige mentale of fysieke gezondheid die niet toelaat om vlot aan het maatschappelijk leven deel te nemen en een beperkter psycho-sociaal netwerk kunnen aan de grondslag liggen van eenzaamheid. Voor een niet te verwaarlozen groep, vooral onder de 80-plussers, is eenzaamheid een dagelijkse realiteit<sup>4</sup>.

In de meeste Europese landen is het aantal (inkomens) armen bij de 65-plussers in de jaren 1990 sterk gedaald, maar niet in België. Sinds 1995 ligt het armoederisico in België dan ook hoger dan het EU-gemiddelde. Een opmerkelijk feit is bovendien dat de recentste data aangeven dat de welvaart van de 75-plussers niet langer lager ligt dan die van de jongere gepensioneerden. Dit zou kunnen wijzen op een relatieve verzwakking van de welvaartspositie van de jongste generatie gepensioneerden (Cantillon e.a., 2007)<sup>5</sup>. Op basis van de cijfers van 2007 bevinden zich 22,3% van de 65-plussers onder de armoedegrens<sup>6</sup>.

1. LOGO Meetjesland, Huisartsenkring Z-W-Vlaanderen, Vereniging waar armen het woord nemen 't Schoederkloptje, vzw Boeren op een Kruispunt, Kind en Gezin, Vereniging van Wijkgezondheidscentra, Christelijke Mutualiteit (Meetjesland), Netwerkdorpen, Gezinsbond, Vlaamse Ouderenraad

2. OASes – Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 2007

3. Vlaams actieplan Armoedebestrijding 2005-2009

4. Vanden Boer, L., K. Pauwels (2005). Eenzame ouderen: mythe of realiteit? [www.cbgs.be](http://www.cbgs.be), bijdragen onderzoek, 11 februari 2005

5. OASes – Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 2007

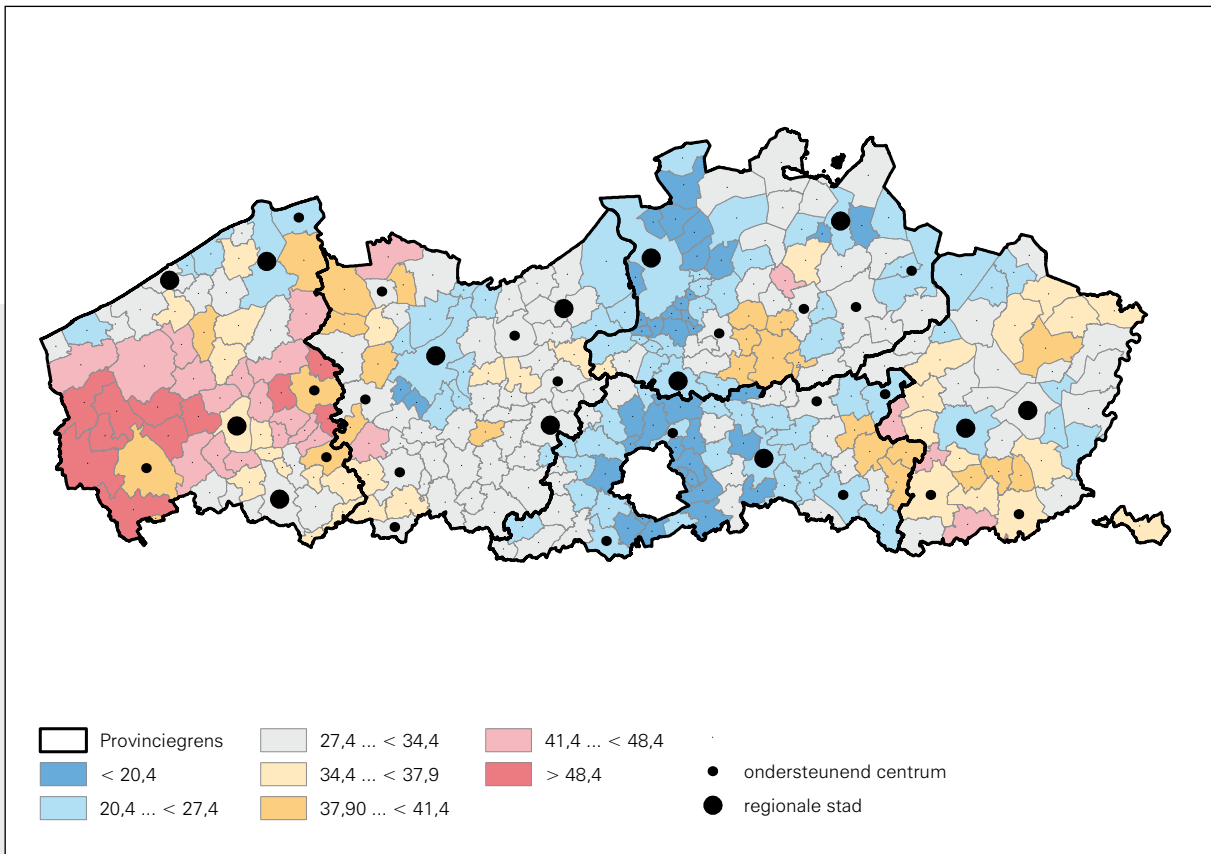
6. OASes – Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 2009



Volgens gegevens uit de Gezondheidsenquête kon in 2001 ongeveer 27 % van de huishoudens in Vlaanderen de eigen uitgaven voor gezondheidszorgen (zeer) moeilijk dragen. Dat is nog vaker het geval als de referentiepersoon van het huishouden een vrouw is (40 %) of tot de oudere leeftijdsklassen behoort (43 % bij 65- tot 74-jarigen, 41 % bij de 75-plussers) <sup>7</sup>.

*Kaart 1: Lage inkomens<sup>o</sup> '60 jaar en ouder' en centrumfunctie*

<sup>o</sup> Voorkeurregeling ziekteverzekering (titularis of persoon ten laste) 2009, in % van de leeftijdsgroep



Vergelijking voor Vlaanderen van het percentage met laag inkomen op basis van de ziekteverzekering (2009) toont aan dat voor 1 op 5 gemeenten (rood, roze, oranje) het percentage groter is dan 37,9 %. Voor de categorie 60-plussers gaat het duidelijk om een plattelandfenomeen <sup>8</sup>.

Op het platteland wordt, net als in de rest van Vlaanderen, een toenemende vergrijzing waargenomen. Tussen de plattelandsgemeenten doen zich echter opmerkelijke verschillen voor. Enerzijds zijn er de plattelandsgemeenten die nieuwe bewoners uit de stad aantrekken. Veelal jonge gezinnen met kinderen die naar 'de buiten' verhuizen. De landelijke gemeenten herademmen met de komst van de nieuwe bewoners. Ze zorgen voor een gezonde sociale mix, verjonging en een economische versterking van de lokale gemeenschap. Daartegenover staan de gemeenten die door de potentiële bewoners niet gekozen worden bv. omdat ze te ver af liggen van grote verkeersaders, de dorpen waar vergrijzing troef is <sup>9</sup>.

7. Vlaams actieplan Armoedebestrijding 2005-2009

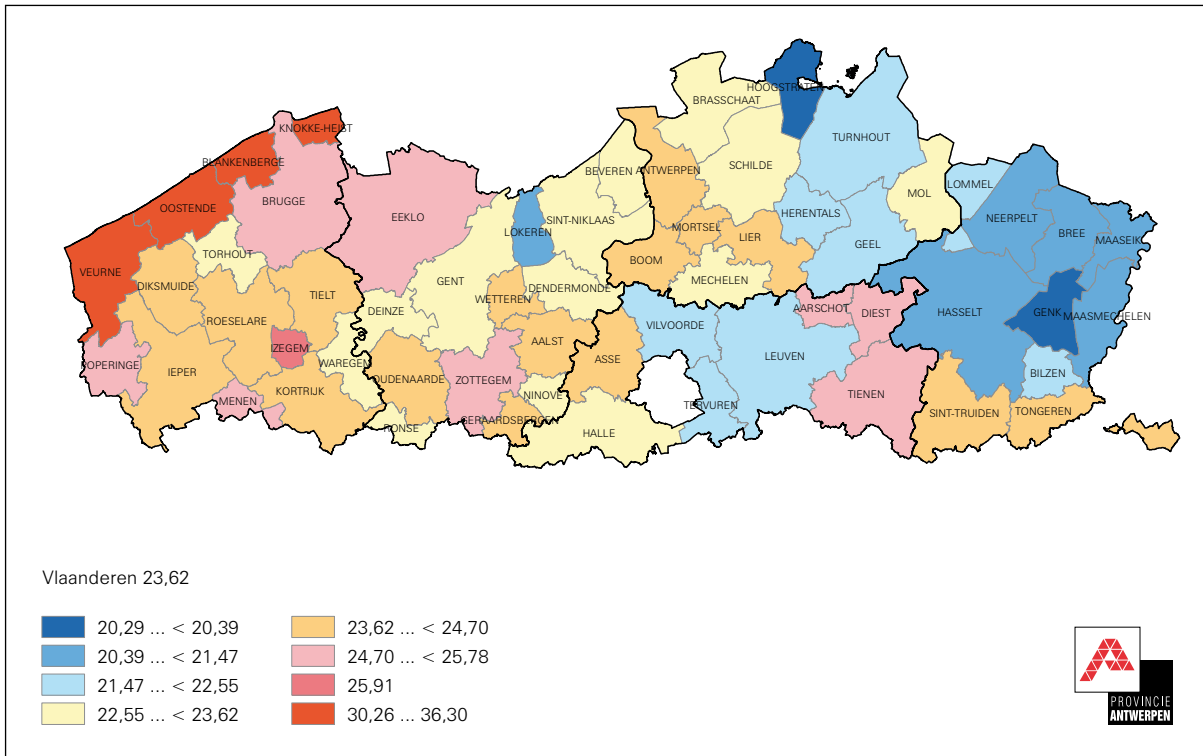
8. Dienst Welzijn en Gezondheid, Provincie Antwerpen – Types van Vlaamse gemeenten: Lage inkomens, Demografie en Centra,

9. Koning Boudewijnstichting - Een sociaal woonbeleid voor het platteland - Recht op wonen, ook op het platteland, 2005

10. Voor de gebiedsindeling van kaart 2 werden de kleinstedelijke zorgregio's (versie 2008) gebruikt.

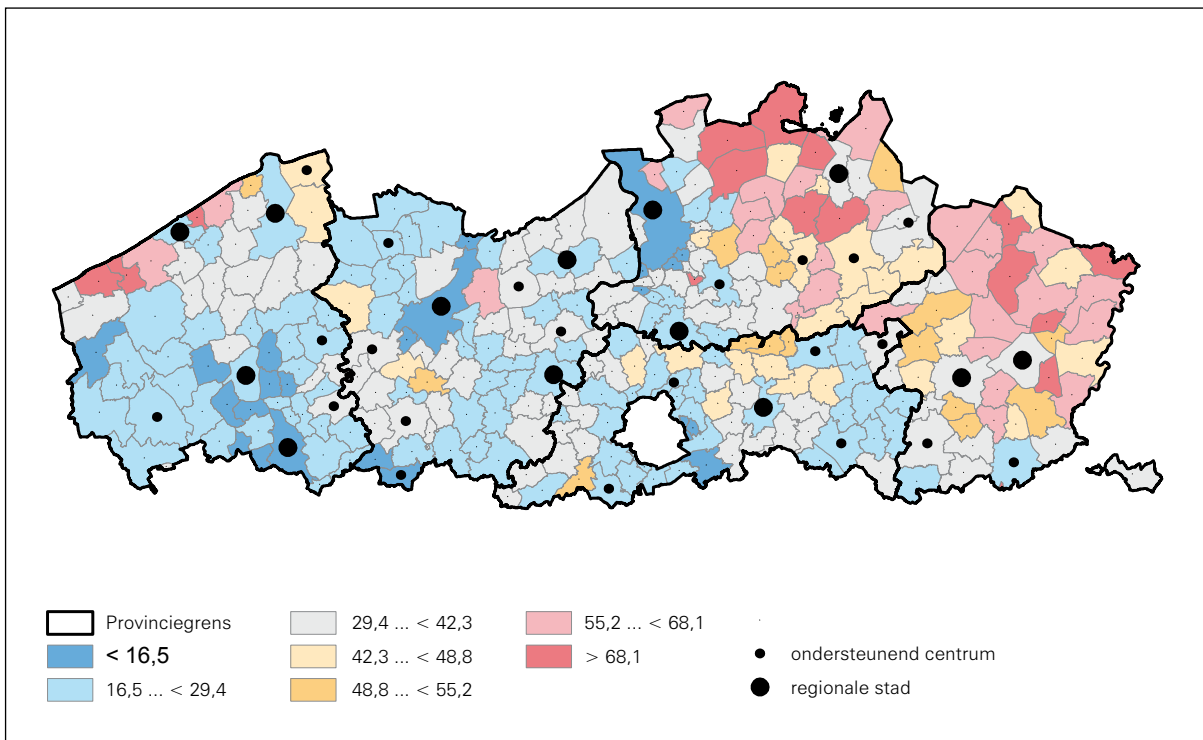


Kaart 2: plus60 jarigen, percentage inwoners (1 jan 2008)



Begin 2008 zijn de hogere percentages 60-plussers voornamelijk geconcentreerd in de provincies West-en Oost-Vlaanderen (kaart 2<sup>10</sup>). De prognose voor 2028 (kaart 3) toont een zeer sterke toename van inwoners op pensioenleeftijd in de provincie Limburg en het arrondissement Turnhout (telkens vooral in het noorden), in de Voorkempen en aan de Kust. Deze prognose is een belangrijke indicator voor de toekomstige zorgbehoefte.

Kaart 3: Evolutie '60 jaar en ouder' (2008-2028, in %) en centrumfunctie



### 1.3 Drempels met betrekking tot gezondheidszorg

Drempels met betrekking tot de gezondheidszorg doen zich zowel aan de aanbodzijde (de hulpverlening) als aan de vraagzijde (de zorgvrager) voor<sup>11</sup>:

#### 1.3.1 Drempels m.b.t. de aanbodzijde

- Financiële drempels (hoge kosten van gezondheidszorgen en medicatie, systeem van terugbetaling van medische kosten, problemen bij het gebrek aan een statuut of een precair statuut in de ziekteverzekering, of bij het ontbreken van een hospitalisatieverzekering ...);
- Drempels inzake wetgeving en regelgeving (de impact van maatregelen in functie van verschillende bevolkingsgroepen wordt niet altijd onderzocht, onvoldoende informatie over rechten en plichten, complexiteit van de gezondheidszorg en ziekteverzekering);
- Organisatorische drempels (ontbreken van opvolging na hospitalisatie of van nazorg, administratieve problemen, ontoereikend aanbod...);
- Drempels inzake specifieke hulp- en dienstverlening. Dit zijn problemen inzake de hulpverlening van het OCMW, Sociaal Huis, inzake de dienstverlening van mutualiteiten, ... Mutualiteiten worden verplicht om meer en meer administratieve taken op te nemen waardoor hun sociale rol in het gedrang dreigt te komen. Voorbeeld van deze evolutie is een vermindering van de informatiefunctie en van nabije dienstverlening. Vroeger was de mutualiteit een laagdrempelige bron van informatie, maar deze functie neemt af, ondermeer doordat terugbetalingen minder aan het loket gebeuren en het aantal permanenties vermindert.

#### 1.3.2 Drempels m.b.t. vraagzijde

- Gevoelens van minderwaardigheid, schaamte, angst,...;
- Drempels m.b.t. de relatie hulpverlener – hulpvrager (knelpunten bij de communicatie en informatie-uitwisseling tussen hulpverlener en hulpvrager);
- Gebrek aan netwerken (het belang van niet-professionele sociale netwerken: wie daar als bejaarde, gehandicapte of zorgafhankelijke zieke geen beroep op kan doen voor mantelzorg en/of financiële solidariteit, heeft een verhoogde kans op financiële problemen).

### 1.4 Plattelandspecifieke gegevens

In kader van de themagroep hebben we moeten vaststellen dat er bijzonder weinig plattelandsspecifieke socio-economische gegevens beschikbaar zijn of nog niet ontsloten zijn<sup>12</sup>.

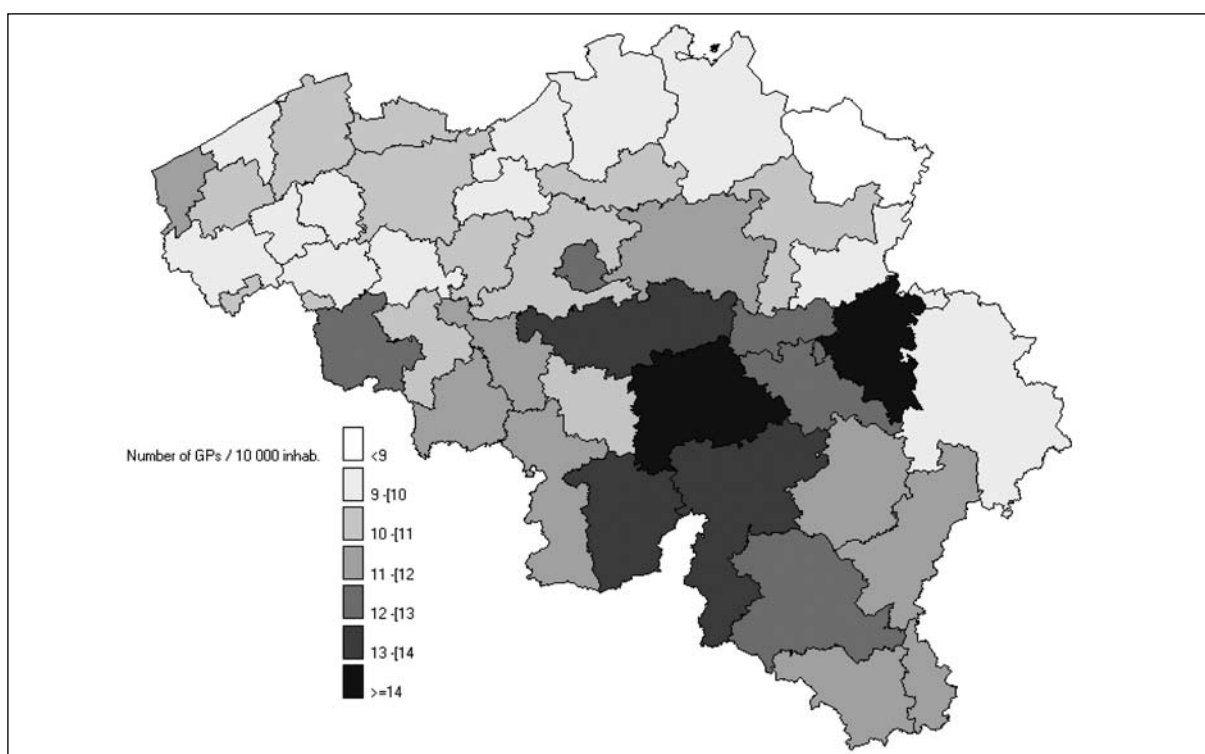
### 1.5 Daling aantal huisartsen

Het aantal erkende huisartsen in Vlaanderen blijft dalen, eind 2008 bedroeg hun aantal 7.912<sup>13</sup>. Dit komt neer op ongeveer 1 huisarts per 8000 inwoners. Regionaal kunnen er zich wel grote verschillen voordoen. Van de 308 Vlaamse gemeenten hebben er 77 te weinig huisartsen (minder dan 90 huisartsen per 100.000 inwoners). Dat blijkt uit cijfers van het Riziv. Binnen nu en 10 jaar zal 28% van huisartsen pensioengerechtigd<sup>14</sup> zijn terwijl de instroom beperkt blijft, het contingent met toegang tot de opleiding van huisarts 2007-2009 voor Vlaanderen bedraagt 180<sup>15</sup>. Daarenboven stapt 30 % van de

startende huisartsen binnen de 5 jaar uit het beroep. Het is duidelijk dat er een tekort aan huisartsen dreigt. Verder zien we ook een vervrouwelijking van het beroep, 1 op 3 huisartsen is vandaag een vrouw wat een betere werkverdeling vergt, in het bijzonder ook voor avond-, weekend- en nachtdiensten<sup>16</sup>.

Kaart 4 toont dat het aanbod van huisartsen in 2005 sterk varieert tussen de provincies, het laagste aanbod komt voor in de provincies Antwerpen, Limburg, West- en Oost-Vlaanderen<sup>17</sup>.

Kaart 4: huisartsenaanbod per arrondissement (per 10.000 inwoners) in 2005



## 1.6 Het forfaitaire systeem en wijkgezondheidscentra

In artikel 52 §1 van de wet van 14 juli 1994 wordt voorzien dat huisartsen, verpleegkundigen en kinesisten forfaitair betaald kunnen worden op basis van het aantal patiënten dat zich in een praktijk inschrijft. De praktijk ontvangt maandelijks een vast bedrag voor alle ingeschreven patiënten, ongeacht het aantal geleverde zorgverstrekkingen. Dit bedrag komt overeen met wat de ziekteverzekering gemiddeld maandelijks terugbetaalt aan patiënten voor de zorgverlening door huisartsen, (thuis)verpleegkundigen en kinesitherapeuten, rekening houdend met hun verzekeringsstatuut. Indien de patiënt verzekerd is, betaalt hij/zij in het forfaitaire systeem géén persoonlijke bijdrage, ongeacht het aantal raadplegingen bij huisarts/kinesist/verpleegkundige.

11. Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Tweejaarlijks verslag, 2003

12. Om bestaande gegevens te ontsluiten is door het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting een projectaanvraag, betreffende armoede op het platteland en in de stad, ingediend bij het federaal AGORA-onderzoeksprogramma. Opzet van het project is de bestaande gegevens van Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming (Kruispuntbank) en van de EU-SILC-enquête te ontsluiten op basis van de stedelijkheid/ruraliteit van de gebieden. Het gevraagde onderzoek zal gegevens opleveren betreffende socio-economische indicatoren volgens graad van stedelijkheid/ruraliteit, en is gestart begin 2010. De Studiedienst van de Vlaamse Regering is één van de partners bij deze onderzoeksaanvraag.

13. Bron data van erkende huisartsen - <https://portal.health.fgov.be>

14. de Huisarts nr. 914, Roularta Medica

15. FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu: De planning van het medisch aanbod in België: artsen 2007;

16. KCE rapport 72a –Het aanbod van huisartsen in België, huidige toestand in uitdagingen, 2008 .

17. KCE rapport 72a –Het aanbod van huisartsen in België, huidige toestand in uitdagingen, 2008 .

**Goede praktijk voorbeelden:**

Op dit ogenblik werken volgende zorgverstrekkers met het forfaitair systeem:

- de wijkgezondheidscentra (WGC) (steeds in een stedelijke omgeving, uitz. Alken)
- de praktijken van de geneeskunde voor het volk (Hoboken, Deurne, Genk, Lommel, Zelzate)
- groepspraktijk Baarle-Hertog (Praktijkhuis Baarle)
- duopraktijk Genk

Buurtgezondheidscentrum De Rêstel<sup>18</sup> Alken is totnogtoe het enige WGC dat in een landelijke omgeving actief is. Het centrum bestaat ruim 31 jaar en is opgericht vanuit de algemene vraag naar een andere gezondheidszorg waar ook ruimte was voor preventie. Bij de opstart waren er 2 huisdokters actief, momenteel zijn er 4 huisdokters en 4 verpleegkundigen aan de slag in het centrum. Elk WGC moet een werkregio afbakenen, in Alken is dit een gebied met een straal van 10 km rond het centrum. In vergelijking met de andere centra dus vrij groot. Bij aanvang trok het centrum een divers publiek, door het gebruik van het forfaitaire systeem trekt het centrum de laatste jaren wel meer kwetsbare groepen aan. Al blijft het aandeel kansarmen in vergelijking met andere centra relatief beperkt. De opzet blijft evenwel om een zeer divers publiek te bereiken. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is ook vrij 'oud' (37,5 jaar) in vergelijking met de andere centra. Qua middelen is er eveneens een verschil met de stedelijke centra, deze worden veelal vanuit de steden gesubsidieerd. Het centrum is vragende partij voor een provinciale subsidie maar die is alsnog onbestaande.

**1.7 Thuiszorg en -verpleging<sup>19</sup>**

In 2004 ontving 6% van de Belgische populatie zorg uit de thuisverpleging. Het gebruik van thuiszorg neemt toe met de leeftijd. In de groep 75-jarigen en ouder ontving 28% thuisverpleging. De laatste jaren verandert de context waarin thuisverpleging wordt aangeboden alsook de complexiteit van de zorg door verkorting van de ligduur in ziekenhuizen, het toenemend belang van daghospitalisatie, hogere eisen die worden gesteld aan samenwerking tussen verpleegkundigen, de vraag naar meer integratie van de thuisverpleging in de eerstelijnszorg (Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging: GDT) en een toenemende belangstelling van de thuisverpleging om betrokken te worden in gecoördineerde zorgactiviteiten met ziekenhuizen.

Er is een grondige reflectie vereist over de rollen van verschillende gezondheidszorgfuncties (ziekenhuizen, eerste lijn, thuisverpleegkunde, thuiszorg, rust- en verzorgingstehuizen, mantelzorg, ...) en de wijze waarop die verschillende functies onderling t.o.v. elkaar (moeten) staan binnen een globale visie. Een van de toekomstige vragen betreft de technologische ontwikkelingen zoals telemonitoring, technologische patiëntenondersteuning, enz. en de wijze waarop verpleegkunde en zorg zullen worden georganiseerd en gefinancierd in deze context.

Er is vandaag bijzonder weinig geweten over de kostenstructuur van de thuisverpleegkunde en in welke mate de bestaande tarieven de reële kosten dekken. Op dit ogenblik zijn geen gestandaardiseerde gegevens beschikbaar voor de verschillende thuiszorgverstrekkers. Kostenberekeningen moeten oog hebben voor de organisatiekenmerken van de verstrekkers (bv. de verschillende logistieke structuur en zogenoemde back-up diensten die eventueel verstrekt worden). Er stelt zich de vraag of specifieke tussenkomsten moeten worden voorzien voor regionale kenmerken (stad/platteland) en op basis van welke criteria en aantoonbare kosten.

## 1.8 Het aanbod aan niet-dringend ziekenvervoer

Uit een korte rondvraag door de VLM blijkt dat zowel naar aanbod als naar tarieven van ziekenvervoer er een grote variatie valt op te merken (zie bijlage). Het is niet vanzelfsprekend door de bomen het bos te zien en een overzicht te hebben van de mogelijke opties die lokaal aanwezig zijn en de tarieven die gehanteerd worden.

Voor niet-dringend ziekenvervoer bestaat er geen tariefreglementering in tegenstelling met het dringend ziekenvervoer dat federaal geregeld wordt. In praktijk kan iedereen aan niet-dringend ziekenvervoer doen en daarvoor een willekeurig tarief aanrekenen.

Er is sinds 1 mei 2009 wel een kwaliteitscharter voor niet-dringend liggend ziekenvervoer (Vlaams minister van Welzijn). Het kwaliteitscharter bundelt de minimumkwaliteitseisen voor het niet-dringend liggend ziekenvervoer. Het charter bepaalt onder meer dat de patiënt bij de aanvraag van het ziekenvervoer informatie moet krijgen over het gehanteerde standaardtarief en het maximumtarief van de ziekenwagendienst. Er zijn ook bepalingen opgenomen over de gegevens die op de factuur vermeld moeten staan. De ziekenwagendiensten die niet-dringend liggend ziekenvervoer organiseren kunnen door een onafhankelijk controlemechanisme geaccrediteerd worden op basis van dit kwaliteitscharter. De lijst van geaccrediteerde diensten wordt publiek gemaakt.

Een gelijkaardig charter bestaat niet voor niet-dringend zittend ziekenvervoer; dit valt onder de verantwoordelijkheid van de Vlaams minister van Mobiliteit.

## 1.9 Lokaal sociaal beleid

Het lokaal sociaal beleid is het resultaat van de acties die OCMW, gemeente, andere overheden, semi-publieke, privé-organisaties ondernemen om de grondrechten voor iedereen te realiseren. Via de opmaak van een lokaal sociaal beleidsplan worden alle acties gebundeld waarbij een integrale, geïntegreerde en inclusieve aanpak het uitgangspunt vormt. Belangrijk uitgangspunt hierbij is de verbetering van de toegankelijkheid van de sociale dienst- en hulpverlening. De eerste lokale sociale beleidsplannen (2006-2007) brachten een aantal belangrijke lokale, bestuurlijke uitdagingen met zich mee: een meer participatieve beleidsvorming, coördineren en regisseren als bestuur, planmatige beleidsvoering, samenwerking tussen besturen en met actoren. Lokale actoren en doelgroepen vormen een belangrijke partner bij de uitvoering en bijsturing van de lokale sociale beleidsplannen. Een belangrijk aandachtspunt in het lokaal sociaal beleid is de introductie van het Sociaal Huis; het Sociaal Huis is een toegankelijkheidsconcept dat op lokaal niveau wordt uitgewerkt en dat een antwoord biedt op de lokale toegankelijkheidsproblemen in het aanbod van dienst- en hulpverlening. Voor de huidige lokaal sociaal beleidsplannen (2008-2013) ondersteunde de VVSG de organisatie van het sociaal huis waarbij de toegankelijkheid van de hulp en dienstverlening centraal staat. Ook de volgende jaren zal nog meer worden ingezet op dit toegankelijkheidsconcept door middel van een toegankelijkheidsscan en het toegankelijkheidscharter<sup>20</sup>.

18. Interview Lea Swinnen – BGC De Restèl

19. KCE rapport 122A Financiering van de thuisverpleging

20. In 2009 werkte de VVSG in opdracht van de Vlaams minister van Welzijn aan twee instrumenten die de toegankelijkheid van de lokale hulp- en dienstverlening moet verhogen. Een eerste instrument is de toegankelijkheidsscan. Deze toegankelijkheidsscan is een zelfevaluatie-instrument dat de lokale dienst- en hulpverlening bekijkt vanuit het toegankelijkheidsperspectief (7 B's- bruikbaar, betrouwbaar, begrijpbaar, bekend, bereikbaar, beschikbaar, betaalbaar). Het helpt om lacunes en tekortkomingen op te sporen en vormt de basis voor verbeteracties. Een ander instrument dat de volgende jaren de toegankelijk van de hulp en dienstverlening moet verhogen is het toegankelijkheidscharter. Het charter is een intentieverklaring over de basisprincipes (de 7 B's) van toegankelijke dienst- en hulpverlening. Het OCMW en gemeentebestuur zullen worden uitgenodigd om het charter te ondertekenen en bekend te maken aan personeel en bevolking. Zeker voor het beleid naar kansengroepen zullen deze instrumenten een belangrijke rol spelen.



## 2. Advies

Om de kwaliteit en bereikbaarheid van de gezondheidszorg in landelijk gebied te garanderen, in het bijzonder voor kwetsbare groepen, dient men te waken over en te investeren in een heel aantal deelaspecten gaande van gezondheidspromotie en ziektepreventie over toeleiding en aanbod eerste- en tweedelijnszorg, ziekenvervoer tot gecoördineerde zorg, financiële toegankelijkheid enz. De themagroep heeft geopteerd om in het advies te focussen op vijf thema's: preventie, eerstelijnsgezondheidszorg, betaalbaarheid, mobiliteit en woonzorg.

Op vlak van gezondheid bestaan er op lokaal, Vlaams en federaal niveau een hele reeks maatregelen en instrumenten die de bereikbaarheid en toegankelijkheid ervan in brede zin ten goede moeten komen. Om er maar enkele op te noemen: de Logo's, de SEL's<sup>21</sup>, het Sociaal Huis, lokale en regionale dienstencentra, de derdebetalersregeling, het OMNIO-statuut, IMPULSEO I<sup>22</sup>,... In dit advies willen we ook enkele van deze bestaande maatregelen en instrumenten kritisch bekijken vanuit het oogpunt van kwetsbare groepen op het platteland.

Het mag duidelijk zijn dat gezondheid een breed thema is met heel wat deelaspecten. De hieronder volgende adviezen zijn geformuleerd vanuit het bestaan van een behoefte of nood in landelijk gebied. Dit betekent niet noodzakelijk dat het steeds een probleem betreft dat louter in landelijk gebied aanwezig is. De gebiedsdekkende maatregelen en acties kunnen voor de plattelandsbewoners en zorg- en hulpverleners die actief zijn in landelijk gebied een oplossing of tegemoetkoming bieden en kunnen zodanig in dit advies niet achterwege gelaten worden. We willen dit advies weliswaar afsluiten met het uitlichten van een aantal concrete adviezen die in het bijzonder plattelandsspecifiek zijn en waarvoor de themagroep een gerichte aanpak nodig acht.

### 2.1 Preventie

#### 2.1.1 Alle groepen voor ogen houden

Preventie moet toegankelijk gemaakt worden voor iedereen, te vaak wordt geconstateerd dat preventie de mensen in armoede zeer moeilijk bereikt<sup>23</sup>. Grootschalige campagnes bereiken mensen in armoede vaak niet. Om preventie toegankelijk te maken, moeten lokale doe-processen ondersteund worden. Deze doe-processen bieden de kans om samen met de mensen te werken aan gewoontes<sup>24</sup>.

Om ervoor te zorgen dat mensen in armoede bv. participeren aan de gratis borstkankerscreening moet er voorzien worden in belangrijke randvoorwaarden zoals het investeren in de begeleiding van mensen. Dit geldt tevens voor de vijf andere Vlaamse gezondheidsdoelstellingen : verhogen van de vaccinatiegraad, het gebruik van tabak, alcohol en illegale drugs terugdringen, daling van het aantal ongevallen in de privésfeer, verhogen gebruik gezonde voeding en voldoende beweging, daling sterfte door suïcide.

#### **Advies:**

- *De bestaande gezondheids- en welzijnsoverleggen dienen alle groepen voor ogen te houden, in het bijzonder de meest kwetsbaren waaronder mensen in armoede, en lokale doe-processen te stimuleren.*
- *Regionaal welzijnsoverleg overal in Vlaanderen dient ingezet te worden als platform voor sensibilisering over en uitwisseling van manieren van aanpak en instrumenten voor het bereiken van mensen in armoede in gezondheidspromotie en ziektepreventie. De provincies kunnen hierin een stimulerende, sturende en ondersteunende rol opnemen.*

Een Logo of lokaal gezondheidsoverleg heeft een essentiële rol om te komen tot een betere coördinatie en afstemming binnen de preventieve gezondheidszorg. Het accent ligt op lokaal gerichte acties, netwerkvorming, het op elkaar afstemmen van organisaties en wetenschappelijk gefundeerd en projectmatig werken. Met de herstructurering in 2010 dreigt de lokale werking echter onder de druk komen te staan, er moet over gewaakt worden dat een gediversifieerde aanpak op basis van lokale behoeften mogelijk blijft.

**Advies:**

*De themagroep vraagt dat Vlaanderen voorziet in een monitoring/opvolging om de effecten van de herstructurering op de werking van de Logo's in kaart te brengen.*

### 2.1.2 Toegang tot betaalbare en gezonde voeding

Gezonde voeding kan heel wat gezondheidsklachten voorkomen en moet dus voor iedereen toegankelijk zijn. In steden zijn er initiatieven terug te vinden zoals de sociale kruidenier, volkstuintjes waarbij getracht wordt een antwoord te bieden op de vraag naar betaalbare en gezonde voeding. Op het platteland vinden deze initiatieven geen of weinig ingang. Toch biedt het platteland heel wat opportuniteiten. Zo is er recent het concept van de dorpsrestaurants ontwikkeld. Eén dag in de week dekken vrijwilligers de tafels in een gemeenschapsruimte in het dorp. Tegen een zeer lage prijs wordt er soep, hoofdgerecht en soep opgediend. De impact van de dorpsrestaurants is groot: niet alleen omwille van de gezonde voeding, maar ook omdat ze mensen samen brengen, onderlinge hulp stimuleren, de dorpsgemeenschap versterken, bewoners activeren, gemeenschapsruimtes herwaarderen en een springplank zijn voor bijkomende voorzieningen. Daarnaast zijn lokale landbouwers dé producenten bij uitstek van gezonde, seizoensgebonden en betaalbare voeding, de vraag van kwetsbare doelgroepen en het lokale aanbod moeten op een structurele manier samengebracht worden.

**Goede praktijk voorbeeld:**

- Dorpsrestaurant is een initiatief in de lokale (dorps)gemeenschappen dat er naar streeft om gezond, gezellig, goedkoop en gemakkelijk te eten. In het dorpsrestaurant in Kortesseem is het Arbeidscentrum De Wroeter toeleverancier voor biologische groenten. Het geeft de klanten van het dorpsrestaurant duidelijk het signaal dat ze met seizoens- en streekeigen groenten de beste maaltijden kunnen maken. Bovendien bereiden leerlingen van een BuSO-school het eten. Op die manier doorlopen deze leerlingen een actieve, praktische stage én helpen ze de doelstellingen van het dorpsrestaurant waarmaken.
- Het OCMW van Antwerpen heeft heel wat gronden in en rond de stad. Zo sloot het OCMW een pachtovereenkomst met een bioboer. Maar de samenwerking gaat verder dan het pachten van de grond. Niet alleen wil het OCMW leefloners werkervaring laten opdoen in de biologische land- en tuinbouw. De samenwerking zal ook worden gebruikt voor tal van acties rond gezonde voeding. De bedoeling is om zoveel mogelijk klanten van OCMW Antwerpen (in de breedste zin) in contact te brengen met en te doen nadenken over het idee gezonde voeding/gezond leven.

**Advies:**

- *De themagroep stelt voor om de sociale sector en de landbouwsector rond de tafel te brengen om goede praktijkvoorbeelden uit te wisselen en winwinmogelijkheden af te toetsen opdat betaalbare en gezonde voeding voor kwetsbare doelgroepen toegankelijker wordt.*
- *Daarnaast dient er nagegaan te worden op welke manier het model van de dorpsrestaurants verder kan worden gestimuleerd door de lokale overheden.*

21. Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, per zorgregio kan er 1 SEL erkend worden

22. Financiële ondersteuning van huisartsen die zich installeren in een zone waar nood is aan extra huisartsen, de zogenaamde prioritaire zones.

23. Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Tweejaarlijks verslag, 2007

24. Vlaams netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen – Memorandum 2009



### 2.1.3 De link tussen huisvesting en gezondheid

Er is onmiskenbaar een wisselwerking tussen de kwaliteit van de huisvesting en de gezondheid van de bewoners. Verouderde, onaangepaste huizen met tal van gebreken brengen de gezondheid van de bewoners in het gedrang. De grootste slachtoffers van deze situatie zijn o.a.: private huurders die tot de 40% laagste inkomens behoren, de ouderen, alleenstaanden, éénoudergezinnen met woonkost, huishoudens met een werkloos of ziek/arbeidsongeschikt gezinshoofd, en noodkopers. Zowel de groep van huurders (die een hoger armoederisco kennen), als ook de groep van eigenaars-bewoners (de grote meerderheid van de Vlaamse bevolking, maar waaronder ook heel wat eigenaars-bewoners op het platteland die in slechte woonomstandigheden leven) moeten hierbij in ogenschouw genomen worden. De themagroep ondersteunt dan ook de beleidsvoornemens<sup>25</sup> en beleidsadviezen die worden geformuleerd met betrekking tot een verhoging van het aantal sociale woningen, de invoering van een substantiële en verruimde huursubsidie, een betere afstemming van woonkwaliteit en huurprijs en de initiatieven met betrekking tot een betere energiebeheersing van de woningen (met extra aandacht voor de situatie van de zwakke huurder in deze). Naast de hogere beleidsniveaus spelen ook de lokale overheden als regisseur van het lokaal woonbeleid een belangrijke rol met betrekking tot aanbod, kwaliteit en betaalbaarheid van het wonen op hun grondgebied. Een belangrijke vaststelling in dit verhaal is ook dat precies die meest zwakke bewoners het minst toegang hebben tot de informatie en de ondersteuning die door de Vlaamse, provinciale en lokale overheid wordt gegeven ter verbetering van de woonsituatie. Drempelverlagende initiatieven dringen zich hier op. Het woonzorgdecreet<sup>26</sup> bepaalt dat regionale dienstencentra tenminste advies dienen te geven over aanpassingen aan de woning en over technologische aanpassingen. Het bepaalt ook dat de regionale dienstencentra gebruikers kan begeleiden bij de aanpassing van hun woning. Die begeleiding kan bestaan in advies over een of meer mogelijke uitvoerders van de aanpassingswerkzaamheden, de begeleiding bij de uitvoering van die werkzaamheden en bij de praktische en administratieve formaliteiten die met de aanpassing van de woning gepaard gaan. Veelal ontbreekt het echter aan middelen om deze begeleidingsmogelijkheid ten volle uit te voeren.

#### Goede praktijk voorbeelden:

- De woonwijzer Meetjesland geeft sociaal, technisch en duurzaamheidsadvies en geeft ook specifiek woonadvies voor ouderen. Sociaal advies gaat over premies, leningen, huurproblemen, een lijst van woningen die te huur zijn, ... Zij geven ook technisch advies voor kleine en grote mankementen in de woningen, bij het opknappen en renoveren van een woning en duurzaam advies zoals tips over energiezuinig wonen, energieaudits. Voor ouderen geven ze advies omtrent nieuwe woonvormen, kwalitatief en gezond wonen en woningaanpassingen. Verder is er een uitleendienst waar materiaal kan ontleend worden en organiseren zij ook cursussen 'klussen in huis'. De woonwijzer heeft zijn meerwaarde meer dan bewezen<sup>27</sup>.
- De dienst woonaanpassing van Landelijke thuiszorg. De dienst staat in voor de begeleiding en vorming van verzorgenden die aan huis gaan bij ouderen, maar ook bij personen met een handicap of jongere zorgbehoevenden. De verzorgenden worden verondersteld de bewoners te overtuigen van het feit dat er iets moet gebeuren aan de woning om veiligheidsredenen of omdat er een bepaalde nood bestaat. Vaak hebben zij immers een vertrouwensrelatie met de bewoner. Van zodra de bewoner overtuigd is, gaat iemand van het project ter plaatse en bespreekt de situatie en de mogelijke aanpassingen. Hij of zij stelt een dossier samen, vraagt de bestaande subsidies aan, zoekt een aannemer, begeleidt de werken en zorgt voor de afwerking van het dossier. Ook een klusjesdienst voor kleinere werken maakt deel uit van het concept. Deze aanpak vermijdt dat aanpassingen blijven steken in de planningsfase.
- De provincie Vlaams-Brabant geeft een subsidie aan de erkende regionale dienstencentra per woonadvies. De provincie beoogt met deze bijkomende ondersteuning een verdere stijging van het aantal aanpassingspremies voor ouderen en personen met een handicap.

25. Zie ook het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2010-2014, op 2 juli 2010 goedgekeurd door de Vlaamse Regering.

26. Decreet van 13.03.2009 betreffende het Woonzorgdecreet, §20-22



**Advies:**

- Gemeentebesturen zouden als regisseur van het lokaal woonbeleid moeten verplicht worden om minimaal te voorzien in een basisdienstverlening mbt. informatie, begeleiding, financiële stimulering en technische ondersteuning van hun inwoners met betrekking tot hun wonen. Voor de uitwerking van een regelgeving die deze basisdienstverlening verplichtend maakt kan de regelgeving op het sociaal objectief in het kader van het grond- en pandenbeleid inspirerend werken.
- Om gemeentebesturen er toe aan te zetten om hun woonbeleid en basisdienstverlening met betrekking tot wonen op een professionele, planmatige en integrale manier aan te pakken in overleg met aanleunende gemeenten adviseren wij een uitbreiding van de middelen om de subsidiëring van projecten 'lokaal woonbeleid' gebiedsdekkend te kunnen maken in Vlaanderen.<sup>28</sup>

**2.1.4 Preventieve geestelijke gezondheidszorg**

Het lokale geestelijk gezondheidsbeleid moet op een coherente manier gebeuren. Lokale acties of activiteiten worden meestal niet gekaderd binnen een visie op geestelijke gezondheid waardoor er veel vragen rijzen met betrekking tot hun effectiviteit.

**Advies:**

Vlaanderen moet gemeenten aansporen om geestelijke gezondheidszorg op te nemen in hun lokaal sociaal beleidsplan.

Geestelijke gezondheidsproblemen kunnen in een vroeg stadium opgespoord worden indien de aanwezige signalen opgepikt worden. Hulpverleners (bv. thuisverpleging, maaltijdbedelers,...) en vrijwilligers die aan huis komen of regelmatig contact hebben met de zorgbehoevende zijn hiervoor ideaal geplaatst maar kunnen deze signalen niet altijd interpreteren. Zij kunnen hierover voorgelicht en/ of bijgestaan worden door professionele zorgverleners uit de geestelijke gezondheidszorg.

**Goede praktijk voorbeelden<sup>29</sup>:**

- Een sociaal verhuurkantoor vormt zijn personeel, gaande van administratieve medewerkers, over huurbegeleiders tot de verantwoordelijke verhuringen om beter om te gaan met personen met geestelijke gezondheidsproblemen. Een gespecialiseerde vormingsorganisatie ontwikkelt een vorming op maat voor het sociaal verhuurkantoor en helpt een intervisie op te starten voor het personeel. De intervisie heeft als doel het leerproces te verdiepen en om de aandacht voor de groep klanten met geestelijke gezondheidsproblemen niet te verliezen.
- Een organisatie die thuishulp aanbiedt organiseert een diepgaande vorming voor een 15-tal polyvalent verzorgenden, uitgaande van hun praktijkervaringen, om de kennis te verhogen rond personen met geestelijke gezondheidsproblemen, om hun vaardigheden in het omgaan met dit cliënteel te verhogen en zodoende de dienstverlening aan deze mensen te verbeteren. Deze vorming komt bovenop de normaal geziene bijscholingen voor de polyvalent verzorgenden.

**Advies:**

De preventieve geestelijke gezondheidszorg moet worden meegenomen in de netwerken. De zorgverleners uit de geestelijke gezondheidszorg moeten in de netwerken sterker aanwezig zijn en de hulpverleners en vrijwilligers aansturen.

27. Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen - 20 beleidsvoorstellen voor een kwaliteitsvol en ruim aanbod van maatschappelijke dienstverlening, 2008 [www.wooncentrummeetjesland.be](http://www.wooncentrummeetjesland.be)

28. In 2009 subsidieerde de minister van Wonen 10 intergemeentelijke projecten 'lokaal woonbeleid'. Zie persmededeling van 29 mei op [www.bouwenenwonen.be](http://www.bouwenenwonen.be)

29. Gesubsidieerde projecten in kader van geestelijke gezondheidszorg en gezondheids promotie door de provincie Antwerpen [www.antwerpen.be/eCache/ABE/80/66/930.html](http://www.antwerpen.be/eCache/ABE/80/66/930.html)



## 2.2 Eerstelijnsgezondheidszorg: toeleiding en aanbod

### 2.2.1 Sociale netwerken en begeleiden naar zorg

Via een netwerk van vrijwilligers enerzijds en een netwerk van lokale actoren, verenigingen, sleutelfiguren, mantelzorg anderzijds kunnen zorgbehoevende personen worden opgespoord en doorverwezen. Kleine zorgtaken, aanvullend op het bestaande aanbod, kunnen eveneens door deze netwerken worden opgenomen. Naast deze lokale netwerken kan ook een netwerk van externe diensten worden uitgebouwd. Deze diensten kunnen vraaggestuurde oplossingen voorzien en zorgbehoevende personen toeleiden. Een coördinator zorgt voor een ondersteuning van de lokale netwerken, zoekt afstemming, maakt de match met het externe netwerk, bundelt signalen, enz. Via de uitbouw van een netwerk in functie van zorg ontstaat dus een lokaal draagvlak waar informatie wordt verspreid, noden gedetecteerd, oplossingen worden aangereikt. Zodoende worden maatschappelijk kwetsbare groepen beter ondersteund<sup>30</sup>.

#### Goede praktijk voorbeelden:

De netwerken die opgestart werden in het kader van het ZORO-initiatief<sup>31</sup> tonen aan dat het doorbreken van sociaal isolement kan gekoppeld worden aan informatieverstrekking. Vrijwilligers gaan bij zorgbehoevenden thuis en kunnen problemen in een vroeg stadium signaleren. Dankzij een goede omkadering van de vrijwilligers gebeurt een vlotte doorverwijzing.

- Veurne richtte 'Verona' op, een initiatief dat ondersteuning en hulp biedt om comfortabel thuis te kunnen blijven wonen. Verona brengt de nodige hulp, zorg of informatie naar personen met zorg in de buitengemeenten van Veurne. Verona voorziet in een klusjesdienst, een vervoers- en boodschappendienst of gezelschap wanneer ze nood hebben aan een babbel. Aan 80-plussers brengt Verona een bezoekje op hun verjaardag.
- Netwerk Dorpen is een project van het OCMW van Ieper. Netwerk Dorpen wil voor personen die zorgbehoevend zijn in de dorpen Boezinge, Brielen, Elverdinge, Sint- Jan, Vlamertinge en Zuidschote, het leefbaar wonen in de eigen vertrouwde woning en woonomgeving, in al zijn aspecten versterken en stimuleren. Ook bij dit project is een ondersteunend coördinator aan de slag.
- Beter een goede buur' is een project van het OCMW van Kortenaak. Het dorpsnetwerk, opgebouwd door vrijwilligers, richt zich tot de ouderen, met daarbij bijzondere aandacht voor de meest zwakken en zorgbehoevenden (hoogbejaarden, alleenstaanden). Het initiatief voorziet in ondersteuning (rolluiken optrekken, boodschappen doen,...) door iemand uit de buurt zodat men veel aangenamer en langer thuis kan blijven wonen.

#### Advies:

*De themagroep adviseert dat Vlaanderen een structurele ondersteuning voorziet voor de zorgnetwerken. Beleidsinkadering is voor de start en de continuïteit van lokale zorgnetwerken van aanzienlijk belang.*

Een bundeling van sociale activiteiten, maar ook van dienstverlening en zorgfuncties, in een laagdrempelige en centrale voorziening, kan een belangrijke meerwaarde bieden. Dergelijke 'dorpshuizen' stimuleren het sociale netwerk in een dorpsgemeenschap en brengt dienstverlening terug dicht bij de mensen, wat vooral belangrijk is voor vervoersafhankelijken (mindermobielen, jongeren en maatschappelijk kwetsbaren). Een dorpshuis kan progressief worden uitgebouwd naargelang de mogelijkheden en middelen van een gemeente. De functie van een dorpshuis kan zowel ingevuld worden door het lokaal dienstencentrum als door een lokaal dat ter beschikking gesteld wordt door een openbare instelling (bijvoorbeeld de uitleenpost van een bibliotheek of een oud gemeentehuis)

of door een andere centrale actor (bijvoorbeeld een dorpschool<sup>32</sup>). Dergelijke multifunctionele lokale infrastructuur in landelijk gebied biedt een antwoord op het wegtrekken van voorzieningen uit kleine dorpskernen. In het advies 'kwaliteit en bereikbaarheid van voorzieningen in landelijke gebieden: welzijn en gezin' werd hier reeds naar verwezen.

### Goede praktijkvoorbeelden:

In Watervliet, deelgemeente van Sint-Laureins, werd in het oud-gemeentehuis een dorps huis ingericht in een samenwerking tussen het gemeentebestuur en de vzw Meetjeslandse Leerwerkbedrijven. Bewoners kunnen er terecht voor informatie, dienstverlening van de gemeente en de woonwijzer, diverse soorten vorming, een losse babbel en ze kunnen er ook komen werken of spelen op computers met internetverbinding. Er ontstonden vanuit het dorps huis reeds tal van initiatieven zoals een 'Boerenparlement', een zelfhulpgroep van borstkankerpatiënten en hun familie, de herinrichting van het dorps speelplein, .. Voor de toekomst wordt een nauwere samenwerking met nog meer diensten en organisaties in het vooruitzicht gesteld. De werking wordt ondersteund door medewerkers van de vzw Meetjeslandse Leerwerkbedrijven (begeleide inzet van mensen in werkervaring WEP+) en een vrijwilligersgroep. Het gebouw wordt ter beschikking gesteld door de gemeente en de financiering is deels Vlaams en Europees vanuit de WEP+ financiering en deels gemeentelijk. Een gelijkaardig initiatief werd eerder ook al genomen in Boekhoute, deelgemeente van Assenede; dit initiatief draait nu sinds kort en bij gebrek aan structurele financiering op vrijwilligersinzet; het OCMW heeft plannen om deze werking in de toekomst te ondersteunen.

#### Advies:

*De themagroep stelt voor om de mogelijkheden voor financiële ondersteuning en begeleiding bij de opstart en structurele uitbouw van dorps huizen grondig te onderzoeken; het al eerder beproefde model van de klaverbladfinanciering in de andere beleidsdomeinen lijkt ons hierbij een interessante mogelijkheid.*

De lokale overheid moet mee garant staan voor de basisdienstverlening op het vlak van welzijn naar zijn burgers. Zij kan dit doen door zelf sociale dienst- en hulpverlening aan te bieden en/of door het gehele aanbod aan hulp- en dienstverlening te coördineren met het oog op meer efficiëntie en effectiviteit<sup>33</sup>.

#### Advies:

*Vlaanderen dient ondersteuning te voorzien voor kleine gemeenten met een geringe financiële draagkracht wat hen moet toelaten om een basisdienstverlening op het vlak van welzijn te garanderen.*

### 2.2.2 Waken over aanbod eerstelijnszorg

De eerste lijn zal in de komende jaren anders georganiseerd moeten worden, vermits een dalende instroom van huisartsen verwacht wordt. Ook kan het moeilijk zijn om een arts tijdens het weekend of 's nachts te bereiken, zonder dat hiervoor al te veel moet betaald worden<sup>34</sup>. Innovatieve alternatieven waarbij een netwerk van zorgverstrekkers gecreëerd wordt, kunnen een uitkomst bieden. Een dergelijk netwerk kan virtueel zijn, waarbij afspraken tussen afzonderlijke zorgverstrekkers gemaakt worden (op een kleiner schaalniveau dan de huidige SEL's). Bijvoorbeeld in Oost-Vlaanderen zijn zorgcoördinatoren van de verschillende ziekenfondsen al jarenlang actief. Op het ogenblik dat een multidisciplinair overleg

30. Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen - 20 beleidsvoorstellen voor een kwaliteitsvol en ruim aanbod van maatschappelijke dienstverlening, 2008.

31. In 2007 werd een oproep gelanceerd tot indienen van pilootprojecten in het kader van het Vlaams geïntegreerd plattelandsbeleid onder de noemer 'dorpsnetwerken voor zorg in een rurale omgeving (ZORO).

32. Zie ook het concept van 'brede school'. <http://www.bredeschool.be/>

33. VVSG, VVSG conceptnota coördinatie van lokaal sociaal beleid, 2009

34. Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Tweejaarlijks verslag - Oriëntatie IX, 2005



aangewezen is, kunnen zij, door huisartsen of eender welke thuiszorgdiscipline, op een eenvoudige manier ingeschakeld worden voor teamoverleg op niveau van de patiënt. Maar het kan ook bestaan uit een fysieke of organisatorische bundeling van een aantal voorzieningen (cfr. wijkgezondheidscentra in de steden).

Wijkgezondheidscentra worden aangehaald als voorbeeld van toegankelijke en multidisciplinaire eerstelijnsgezondheidszorg. Hierbij verwijst men, naast het wijkgericht werken en de aandacht voor preventie en gezondheidspromotie ook naar de financiële toegankelijkheid. Dergelijke centra werken met een forfaitair betalingssysteem waarbij patiënten een overeenkomst hebben met het centrum waarbij de zorgverstreker een vast bedrag per maand krijgt. Het forfaitair betalingssysteem zou ook in plattelandsgebieden toegankelijk moeten kunnen zijn, mogelijk gekoppeld aan een gegroepeerde dienstverlening. Men zou hier concreet kunnen denken aan een samenwerking van verschillende huisartsen en andere zorgverstrekkers (kinesist, verpleegkundige, ...) die elk vanuit hun lokaal kabinet werken, maar over een centrale administratie beschikken, een forfaitaire dienstverlening aanbieden, en gezamenlijke initiatieven kunnen nemen naar hun patiënten. De uitgangspunten van wijkgezondheidscentra blijven dezelfde voor de plattelandsvarianten van wijkgezondheidscentra: geïntegreerde zorg, aandacht voor preventie, participatie van de patiënt, niet louter individugericht maar ook groepsgerichte benadering. De werking en rol van de wijkgezondheidscentra dient waar mogelijk ook uitgebreid te worden. met het oog op het dichten van de gezondheidskloof voor mensen met een laag inkomen<sup>35</sup>.

**Advies:**

*De themagroep pleit ervoor dat Vlaanderen proefprojecten opzet om een zicht te krijgen op het potentieel van virtuele netwerken, de vertaling van het model van 'wijkgezondheidscentra' (zie ook advies 3.1) en andere samenwerkingsmodellen op het platteland.*

### 2.2.3 Toegankelijke geestelijke gezondheidszorg

- Belang van huisbezoeken ('outreaching'). Als complementair spoor om mensen te bereiken moet zorg aan huis mogelijk zijn. De outreachende werking van de geestelijke gezondheidszorg moet uitgebreid worden. Het zou goed zijn dat hulpverleners van deze centra meer de mensen zelf zouden kunnen opzoeken<sup>36</sup>. Zorg aan huis wordt algemeen immers als zeer positief ervaren: huisarts, de thuisverpleging, de sociale assistent van de mutualiteit ... Zij kennen de thuissituatie, kunnen rekenen op een groot vertrouwen en worden beschouwd als altijd bereikbaar<sup>37</sup>. Huisbezoeken kunnen begeleiden en doorverwijzen naar het bestaande aanbod, het kan niet de bedoeling zijn heel het aanbod aan huis te brengen.
- Op lokaal vlak ontbreekt een laagdrempelige en betaalbare ambulante dienstverlening op het vlak van geestelijke gezondheidszorg. Geestelijke gezondheidszorg moet ingebouwd worden in het lokale aanbod (dienstencentra, wijkgezondheidscentra, ...)
- Hulpverleners in de bestaande zorg- en welzijnsnetwerken (bv. OCMW-medewerkers) zouden beroep moeten kunnen doen op de deskundigheid van geestelijke gezondheidszorgwerkers. Deze consultfunctie moet toelaten om een optimale, klant/patiëntgerichte zorg en hulpverlening te verstrekken.

Hoewel er de laatste jaren al verschillende projecten opgestart zijn kan het aanbod aan outreaching en het aanbod aan hulpverlening en ondersteuning nog uitgebreid worden<sup>38</sup>.

35. Vlaams Regeerakkoord, 2009

36. Vlaams netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen – Memorandum, 2008

37. Welzijnsschakel Erpe-Mere - Meer gelijkheid in de gezondheid! Mensen in armoede uit Erpe-Mere aan het woord, 2008

38. Toespraak Bart Van Hoof, kabinet Jo Vandeurzen – Communicatievoormiddag Outreach -2009

**Goede praktijk voorbeelden:**

- Het West-Vlaams Actieplan Suïcidepreventie wil lokale besturen helpen om het aspect geestelijke gezondheidsbeleid in te schrijven in hun lokaal gezondheidsbeleid. Een belangrijk instrument daartoe is de inspiratiegids "geestelijke gezondheid" voor lokale besturen en gezondheidsraden die ondertussen aan zijn derde editie toe is. De publicatie biedt een overzicht aan concrete methodieken annex contactgegevens.
- Gemeente Herzele: Met de komst van het Sociaal Huis nam het OCMW-bestuur van Herzele het initiatief om een maandelijkse zitdag van een psycholoog van het CGGZ Zuid-Oost-Vlaanderen in Herzele te organiseren. Zo verhoogt het OCMW de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in een kleine plattelandsgemeente. Het Sociaal Huis is een tussenstap voor mensen waarvoor het CGGZ niet laagdrempelig genoeg is. Ook al ligt Zottegem maar acht kilometer van Herzele, de stap om een afspraak te maken met het CGGZ is voor vele OCMW-cliënten letterlijk te ver uit hun vertrouwde omgeving. Bovendien is er ook nog de psychische drempel. Vaak hebben deze cliënten enorme nood aan begeleiding. Doordat de afspraak in de vertrouwde omgeving gebeurt, is de drempel veel minder hoog. De samenwerking draagt ook bij tot een betere dienstverlening naar de cliënt. Op de zittingsdag maakt de psycholoog ook tijd vrij voor de maatschappelijk werkers. De psycholoog kan een onderliggende psychologische problematiek van de OCMW-cliënt duiden waardoor de maatschappelijk werker deze beter begrijpt en zo beter kan begeleiden. Ook voor de psycholoog is de samenwerking een pluspunt. De maatschappelijk werker beschikt meestal over veel achtergrondinformatie. Door deze voorkennis is het voor hem gemakkelijker werken.

**Advies:**

*Er moeten middelen voorzien worden om geestelijke gezondheidszorg toegankelijker te maken en lacunes op te vullen dmv huisbezoeken, opname in het lokale zorgaanbod en een consultmogelijkheid. Vlaanderen dient hiervoor de samenwerking met de federale overheid te intensifiëren en de regionale geestelijke gezondheidszorgactoren te ondersteunen om de outreachende werking verder uit te bouwen.*

## 2.3 Betaalbaarheid

Gezondheidszorg wordt steeds moeilijker te betalen voor de laagste inkomensgroepen. Heel wat mensen moeten om financiële redenen hun medische zorgen uitstellen of ervan afzien. Het forfaitair systeem, de derdebetalersregeling, het OMNIO-statuut en de zorgverzekering zijn bestaande systemen die deze financiële drempel kunnen wegwerken. Deze bestaande systemen kunnen gescreend worden op een maximale toepassing en gebruik ervan in een landelijke context.

### 2.3.1 Forfaitair systeem

Dit systeem wordt door de wijkgezondheidscentra en enkele groepspraktijken gehanteerd. Een forfaitair systeem betekent dat een zorgverlener een forfaitair bedrag ontvangt dat consultaties en huisbezoeken dekt, afhankelijk van het aantal bij hem ingeschreven patiënten. Er wordt geen betaling per prestatie meer aangerekend. Dit komt er in de praktijk op neer dat de verstrekkingen voor de patiënt kosteloos worden. Daar staat dan wel tegenover dat deze laatste zich voor de onder het forfait vallende verzorging steeds tot deze praktijk of centrum dient te wenden, zoniet verliest hij zijn recht op tussenkomst van de ziekteverzekering.

**Advies:**

*Het forfaitair betalingssysteem moet in de eerstelijnszorg ruimer toegepast worden. We verwijzen hierbij ook naar punt 2.2 met betrekking tot het belang van proefprojecten rond het potentieel van een vertaald concept van 'wijkgezondheidscentra' en andere samenwerkingsmodellen op het platteland.*



### 2.3.2 Derdebetalersregeling

De derdebetalersregeling betekent dat de patiënt aan de zorgverlener enkel het remgeld betaalt. Het terugbetaalbare deel van het honorarium ontvangt de zorgverlener rechtstreeks van het ziekenfonds. Om een algemene toepassing van de derdebetalersregeling te bereiken, is een samenwerking met het federale niveau onontbeerlijk<sup>39</sup>. Lokale artsen moeten gemotiveerd worden door o.a. de OCMW's om de derdebetalersregeling toe te passen en hen bewust te maken rond de armoedeproblematiek<sup>40</sup>.

#### Goede praktijk voorbeeld:

Ziekenfondsen en OCMW's in het Meetjesland namen initiatief om huisartsen te sensibiliseren rond de toepassing van de derdebetalersregeling. Er volgden verschillende gesprekken met als resultaat : 50% van de huisartsen in het Meetjesland past de regeling toe, in Eeklo zelfs 81%.

#### Advies:

*De derdebetalersregeling dient veralgemeend te worden naar alle zorgverstrekkers toe. De Vlaamse overheid kan hiervoor een stimuleringsbeleid voeren bij de huisartsen op het platteland.*

### 2.3.3 Algemene maatregelen

De wijze waarop algemene maatregelen zoals OMNIO en de Vlaamse zorgverzekering toegepast worden hebben belangrijke gevolgen en kunnen ook ten goede of ten slechte komen van de kwetsbare groepen op het platteland.

#### OMNIO-statuut

Op federaal niveau is de automatische toekenning van het OMNIO-statuut een belangrijk strijdpunt. Op 1/1/2010 hadden 260.392 mensen dit statuut terwijl men het aantal rechthebbenden op 800.000 schat<sup>41</sup>. De automatische toekenning van een recht biedt de beste waarborg dat de potentiële rechthebbenden hun rechten daadwerkelijk kunnen doen gelden.

#### Advies:

*Vlaanderen moet er bij de federale overheid op aandringen werk te maken van de automatische toekenning van het OMNIO-statuut.*

#### De Vlaamse zorgverzekering

Zwaar zorgbehoevenden die in de thuissituatie verzorgd worden en bewoners van een rusthuis, een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis kunnen een aanvraag indienen voor een tegemoetkoming in de kosten voor niet-medische zorg. Deze maatregel draagt bij tot het verminderen van de financiële drempels tot gezondheidszorg. Volgens het HIVA vermindert de zorgverzekering de bestaansonzekerheid in Vlaanderen met 8 procent<sup>42</sup>.

Het zorgforfait, de zorgverzekering, extra forfaits voor bepaalde materialen... vormen echter een kluwen van regelingen en formulieren. Voor mensen komt het vaak over als een doolhof, en wie niet in staat is al de informatie te overzien, kan zijn rechten niet doen gelden<sup>43</sup>.

#### Advies:

*Vlaanderen moet streven naar een minimale administratieve last in kader van de Vlaamse zorgverzekering en een laagdrempelige communicatie opdat kwetsbare groepen, in het bijzonder mensen in armoede niet door de tussen de mazen van het verzorgingsnet vallen.*

## 2.4. Mobiliteit

Zich verplaatsen naar een ziekenhuis, arts, tandarts,... is voor kwetsbare groepen op het platteland geen evidentie. Gebrek aan duidelijke informatie en aan een gebiedsdekkend aanbod steken vaak stokken in de wielen.

### 2.4.1 Informatie

Het lokale aanbod aan (niet dringend zieken)vervoer kan sterk variëren zowel naar mogelijkheden als naar kostprijs. Het is geenszins eenvoudig om uit te zoeken wat voor iemand de meest optimale manier is om zich te verplaatsen.

#### **Advies:**

*Gemeentebesturen dienen overzichtelijke informatie van de aanwezige lokale vervoersmogelijkheden ter beschikking te stellen en op maat te ontsluiten bv. via de 60-plusgidsen.*

### 2.4.2 Mobiliteitsaanbod

Een performant mobiliteitsaanbod is noodzakelijk. Een verdere uitbreiding en verbetering van het openbaar vervoer (vast aanbod, belbus, ...) kan dit deels verhelpen, daarnaast zullen ook oplossingen op individuele basis moeten gezocht worden (vb. taxicheques). Aanvullend moeten lokaal de verschillende vervoersopties voor kwetsbare groepen en mogelijke samenwerkingsverbanden gescreend worden. B.v. woon- en zorgcentra kunnen hun busje ter beschikking stellen voor andere kwetsbare gebruikers. Het vervoer dient vraaggericht en gebiedsdekkend te worden georganiseerd, niet organisatie- of aanbodgericht zoals nu vaak het geval is.

#### **Advies:**

*De themagroep houdt een pleidooi voor een inventarisatie en integratie van aangepast en betaalbaar vervoer – met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen - en voor een verdere uitbouw oa via intergemeentelijke samenwerking. Er dient afgetoetst te worden welk bestuursniveau hiervoor het meest aangewezen is.*

### 2.4.3 Betaalbaarheid

Het aanbod in landelijk gebied moet in eerste instantie betaalbaar zijn. Het probleem dat zich in een plattelandcontext stelt is dat een Minder Mobielen Centrale zijn kilometers rekent vanaf zijn vertrekplaats. Ter illustratie<sup>44</sup>: een MMC vertrekt uit Diksmuide, pikt een klant op in Zarren voor vervoer naar Roeselare. Kostprijs voor het ganse traject heen en terug is (50 km x 0,30 euro) 15 euro. Als dit traject een aantal keer per week dient afgelegd te worden betekent dit een hoogoplopende maandelijkse kost.

Bestaande vrijwilligersnetwerken moeten naar waarde geschat worden. Er moet een vergoeding voorzien worden die toereikend is om de gemaakte vervoerskosten te dekken. Daarnaast moeten we

39. Vlaams actieplan Armoedebestrijding 2005-2009

40. Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen - 20 beleidsvoorstellen voor een kwaliteitsvol en ruim aanbod van maatschappelijke dienstverlening, 2008

41. [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be)

42. J. Pacolet, N. Spruytte, S. Merckx, Bestaansonzekerheid in Vlaanderen bij chronisch zorgbehoefte zieken thuis: belang van de Vlaamse Zorgverzekering, HIVA, KU Leuven, 2008.

43. Welzijnszorg vzw – De campagneboodschap 2008

44. Praktijkvoorbeeld aangeleverd door vzw 't Schoederkloptje



er naar streven dat vrijwilligers een omnium-autoverzekering krijgen voor de verplaatsingen die ze met hun auto doen in het kader van een opdracht voor minder-mobiele mensen.

**Advies:**

*De dienstverleningsvorm van de Minder Mobielen Centrale dient te worden uitgebreid waarbij een kostendekkende vergoeding en een betere verzekering wordt voorzien voor de vrijwilligers zonder hierbij de gebruiker extra te belasten.*

## 2.5 Woonzorg

Eenzijds moet het mogelijk zijn dat ouderen in een landelijke omgeving zo lang mogelijk in hun thuisomgeving kunnen blijven wonen door het aanbieden van cliëntgerichte gezondheids- en welzijnsdiensten, een klusjesdienst en door het stimuleren van levenslang wonen<sup>45</sup> en kangoeroewonen<sup>46</sup>. Een woning dient niet enkel aangepast te zijn aan de leeftijd en/of eventuele handicap, er moet tevens voldoende aandacht gaan naar de structurele kwaliteit van de woning. Het belang van laagdrempelige lokale dienstencentra dient hier nogmaals benadrukt te worden.

Anderzijds kan om economische, efficiëntie en optimalisatieredenen een verhuisbeweging aangemoedigd worden richting een centrum met een grotere concentratie aan dienstverlening. Dit kan gestimuleerd worden door het uitbouwen van woonzorgzones waar een concentratie en permanentie aan dienstverlening wordt aangeboden. Het principe van de woonzorgwijk/zone is komen overwaaien vanuit Nederland en Scandinavië. De wijk wordt zo ontworpen en ingericht dat ze levensloopbestendig is, dat iedereen er moet kunnen blijven wonen, in elke fase van zijn leven, ook wanneer de nood aan zorg toeneemt. Een verhuispremie kan de verhuisbeweging aanmoedigen, de erkenning van de thuiszorgdiensten kan omgebogen worden in de richting van woonzorgzones<sup>47</sup>, ... Een kwetsbare groep waarvoor de verhuispremie zeker zinvol is, is de groep van ouderen die huurder is. Een huurwoning aanpassen aan de veranderende noden is immers minder voor de hand liggend.

**Goede praktijk voorbeeld:**

Het centrum van het West-Vlaamse Wervik is sinds enkele jaren een woonzorgzone. Ouderen en zorgbehoevenden die er wonen, kunnen rekenen op een verhoogd dienstenaanbod van het OCMW. Zo kunnen ze langer zelfstandig blijven wonen en de stap naar het rust- en verzorgingstehuis uitstellen. De zone is opgebouwd rond het Sint-Janshospitaal dat fungeert als 24 urenzorgcentrum. In een straal van 750 meter rond het ziekenhuis bevinden zich verschillende woonvormen specifiek afgestemd op senioren.

**Advies:**

*Lokale denkprocessen over de toekomstige organisatie van zorg en wonen moeten worden gestimuleerd. De themagroep suggereert hiervoor het financieren van proefprojecten. Deze proefprojecten moeten niet enkel leiden naar inspirerende voorbeelden maar vooral beleidsaanbevelingen opleveren voor een efficiënte en effectieve organisatie van zorg en wonen.*

45. Het begrip 'levenslang wonen' (of 'meegroeiwonen') houdt in dat een woning gemakkelijk en zonder veel kosten kan worden aangepast aan de verschillende levensfasen en behoeften van de bewoners. Uit een zogenaamde 'levenslange woning' hoeft men bijvoorbeeld niet te verhuizen als men oud of minder mobiel wordt.

46. In een bestaande woning wordt een ondergeschikte wooneenheid gecreëerd die wordt bewoond door één of twee ouderen of hulpbehoevende personen. Op 18 maart keurde de Vlaamse regering het ontwerp van decreet voor ruimtelijke ordening goed dat een wettelijk kader biedt voor kangoeroewonen of zorgwonen. Het is nog onduidelijk of hiermee alle praktische problemen van de baan zijn.

47. IPO-advies 'Kwaliteit en bereikbaarheid van voorzieningen in landelijke gebieden: deelthema 2: welzijn en gezin', 2006



## 2.6 Plattelandsfocus

In dit luik willen we terugkomen op enkele adviezen die in het bijzonder gecorreleerd zijn met het platteland en erop wijzen dat een plattelandsspecifieke aanpak noodzakelijk is, tegelijkertijd wil de themagroep het belang van alle voorgaande adviezen benadrukken.

### 2.6.1 Lokaal gezondheidsoverleg

#### **Advies:**

*De themagroep vraagt te voorzien in een monitoring/opvolging om de effecten van de herstructurering op de werking van de Logo's in kaart te brengen.*

Vlaanderen telt in 2009 26 Logo's, vanaf 2010 wordt hun aantal teruggebracht tot 15. Dit betekent dat bv. een typische 'plattelandslogo' zoals Logo Meetjesland vanaf 2010 wordt opgenomen in het Logo waarvan het werkingsgebied o.a. de stad Gent omvat. Deze herstructurering kan een bedreiging vormen voor de lokale en plattelandsspecifieke werking.

### 2.6.2 Betaalbare en gezonde voeding

#### **Advies:**

- *De themagroep stelt voor om de sociale sector en de landbouwsector rond de tafel te brengen om goede praktijkvoorbeelden uit te wisselen en win-winmogelijkheden af te toetsen opdat betaalbare en gezonde voeding voor kwetsbare doelgroepen toegankelijker wordt.*
- *Daarnaast dient er nagegaan te worden op welke manier het model van de dorpsrestaurants verder kan worden gestimuleerd door de lokale overheden.*

Het platteland is arm aan initiatieven zoals de sociale kruidenier of volkstuintjes. Kwetsbare groepen blijven er letterlijk op hun honger zitten voor betaalbare en gezonde voeding en dat terwijl het platteland heel wat opportuniteiten biedt.

### 2.6.3 Sociale netwerken en begeleiden naar zorg

#### **Advies:**

- *De themagroep adviseert om een structurele ondersteuning te voorzien voor de zorgnetwerken. Beleidsinkadering is voor de start en de continuïteit van lokale zorgnetwerken van aanzienlijk belang.*
- *De themagroep stelt voor om de mogelijkheden voor financiële ondersteuning en begeleiding bij de opstart en structurele uitbouw van dorpshuizen grondig te onderzoeken; het al eerder beproefde model van de klaverbladfinanciering in de andere beleidsdomeinen lijkt ons hierbij een interessante mogelijkheid.*

Zorgnetwerken hebben hun meerwaarde voor het bereiken en ondersteunen van kwetsbare groepen op het platteland reeds bewezen o.a. in de ZORO-projecten. Een structurele Vlaamse cofinanciering moet toelaten aan landelijke gemeenten om het concept op te starten of verder te zetten.

Omwille van de verwevenheid van de levensdomeinen en de mogelijkheden die ze bieden voor behoud en verdere uitbouw van dienstverlening, voor informatieverstrekking en begeleiding (oa mbt gezondheidsthema's) en de versterking van sociale cohesie in landelijke gebieden, is het aanbevolen om de uitbouw van dorpshuizen te promoten en te ondersteunen, onder andere door een financieringssysteem met gedeelde verantwoordelijkheid voor de verschillende beleidsniveaus en eventuele eigen opbrengsten of bijdragen van gebruikers of aanbieders."



### 2.6.4 Aanbod eerstelijnszorg en het forfaitair systeem

**Advies:**

- *De themagroep pleit voor het opzetten van proefprojecten om een zicht te krijgen op het potentieel van virtuele netwerken, de vertaling van het model van wijkgezondheidscentra en andere samenwerkingsmodellen op het platteland.*
- *Het forfaitair betalingssysteem moet in de eerstelijnszorg ruimer toegepast worden.*

Tal van samenwerkingsmodellen, al dan niet in combinatie met het forfaitair betalingssysteem, die hun meerwaarde op vlak van toegankelijkheid en betaalbaarheid hebben bewezen zijn enkel terug te vinden in de stedelijke centra.

### 2.6.5 Geestelijke gezondheidszorg

**Advies:**

*Er moeten middelen voorzien worden om geestelijke gezondheidszorg toegankelijker te maken en lacunes op te sporen dmv huisbezoeken, sterkere opname in het lokale zorgaanbod en een consultmogelijkheid voor de hulpverleners. Vlaanderen dient hiervoor de samenwerking met de federale overheid te intensifiëren en de regionale geestelijke gezondheidszorgactoren te ondersteunen om de outreachende werking verder uit te bouwen.*

Uit de interviews is duidelijk naar voor gekomen dat geestelijke gezondheidszorg in landelijk gebied nog te vaak in de taboesfeer blijft hangen. De gevraagde maatregelen moeten de structurele aandacht voor geestelijke gezondheidszorg stimuleren, de zorg toegankelijk maken en het taboe doorbreken.

### 2.6.6 Mobiliteit

**Advies:**

- *Gemeentebesturen dienen overzichtelijke informatie van de aanwezige lokale vervoersmogelijkheden ter beschikking te stellen en op maat te ontsluiten bv. via de 60-plus gidsen. De themagroep houdt een pleidooi voor een inventarisatie en integratie van aangepast en betaalbaar vervoer – met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen - en voor een verdere uitbouw o.a. via intergemeentelijke samenwerking. Er dient afgetoetst te worden welk bestuursniveau hiervoor het meest aangewezen is.*
- *De dienstverleningsvorm van de Minder Mobielen Centrale dient te worden uitgebreid waarbij een kostendekkende vergoeding en een betere verzekering wordt voorzien voor de vrijwilligers zonder hierbij de gebruiker extra te belasten.*

Plattelandsbewoners zijn gezien de grotere afstanden tot gezondheid- en zorgvoorzieningen in hoge mate afhankelijk van het aanbod, de informatie die beschikbaar is en de betaalbaarheid ervan.

## 6.7 Woonzorg

**Advies:**

*Lokale denkprocessen over de toekomstige organisatie van zorg en wonen moeten worden gestimuleerd. De themagroep suggereert hiervoor het financieren van proefprojecten. Deze proefprojecten moeten niet enkel leiden naar inspirerende voorbeelden maar vooral beleidsaanbevelingen opleveren voor een efficiënte en effectieve organisatie van zorg en wonen.*

In landelijk gebied is de vraag naar zorg zeer verspreid, zorgverleners moeten grote afstanden afleggen gepaard gaande met een grote tijdsinvestering en vervoerskosten.

## 7. Bijlage 1: tarieven niet-dringend ziekenvervoer

- De Minder Mobielen Centrales (MMC's) hanteren een gemiddeld tarief van € 0,30/km en een gemiddeld instaggeld van €10.
- Initiatieven zoals Handicar hanteren ongeveer dezelfde tarieven als MMC's.
- Dienst aangepast vervoer: € 0,29 tot maximaal € 0,46 voor de kilometers die men in het voertuig doorbrengt. Leeggereden kilometers en wachttijden worden niet aangerekend.
- Het Vlaamse Kruis: eerste 10 km kost € 27,50, vanaf de 11e km € 1,75 /km.
- Sociaal vervoer: enkel in Brussel : € 0,45 /km en met een minimum van € 1,50 per rit. Alleen de kilometers die de klant meerijdt worden aangerekend. Het jaarlijks lidgeld bedraagt € 3,00.
- Sommige mutualiteiten organiseren zelf ziekenvervoer bv. de socialistische mutualiteit Antwerpen. Voor liggend ziekenvervoer wordt instaggeld € 6 gevraagd. Voor de eerste 10 km wordt er € 6,25 aangerekend, vanaf de 11e km wordt € 0,85/km aangerekend. Voor zittend ziekenvervoer zijn de tarieven als volgt: instaggeld € 6, € 2 voor eerste 10 km; € 0,40/km vanaf 11e km met een maximaal bedrag van € 125 per maand. De Christelijke Mutualiteit hanteert gelijkaardige tarieven.
- Mutualiteiten werken ook vaak met gecontracteerde vervoerders als voorwaarde voor tegemoetkomingen: gaande van Rode Kruis, ambulancecentra tot taxibedrijven.

## 8. Referenties


- Decreet van 13.03.2009 betreffende het Woonzorgdecreet
- *Dienst Welzijn en Gezondheid, Provincie Antwerpen* - Types van Vlaamse gemeenten: Lage inkomens, Demografie en Centra, 2010 - [www.sociaalkompas.be](http://www.sociaalkompas.be)
- *HIVA, KU Leuven* - Bestaansonzekerheid in Vlaanderen bij chronisch zorgbehoefte zieken thuis: belang van de Vlaamse Zorgverzekering, 2008.
- *KCE rapport 72a* - Het aanbod van huisartsen in België, huidige toestand in uitdagingen, 2008.
- *KCE rapport 122A* - Financiering van de thuisverpleging in België, 2010
- *Koning Boudewijnstichting* - Een sociaal woonbeleid voor het platteland - Recht op wonen, ook op het platteland, 2005
- *Koning Boudewijnstichting* - Armoede en sociale uitsluiting in België. Een gids voor schenkers, 2008
- *Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW)* - Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg, Achtergrondstudie, 1999
- *OASeS* - Sociale uitsluiting en armoede, jaarboek 2007
- *OASeS* - Sociale uitsluiting en armoede, jaarboek 2009
- Referentiedatabank Huisartsenkadaster
- *RIMO Limburg* - Overleven, eindrapport 2007
- *Roularta Medica* - de Huisarts nr. 914
- *Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen* - 20 beleidsvoorstellen voor een kwaliteitsvol en ruim aanbod van maatschappelijke dienstverlening, 2008
- *Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting* - Tweejaarlijks verslag, 2003
- *Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting* - Tweejaarlijks verslag - Oriëntatie IX, 2005
- *Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting* - Tweejaarlijks verslag, 2007
- Toespraak Bart Van Hoof, kabinet Jo Vandeurzen - Communicatievoormiddag Outreach - 2009
- Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2010-2014
- *Vlaams netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen* - Memorandum, 2008
- *Vlaams netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen* - Memorandum 2009
- Vlaams Regeerakkoord, 2009
- VLM, IPO-advies - 'Kwaliteit en bereikbaarheid van voorzieningen in landelijke gebieden: deelthema 2: welzijn en gezin', 2006
- *VVSG* - vvs conceptnota coördinatie van lokaal sociaal beleid, 2009
- *VVSG* - Levenslang thuis wonen - LOKAAL 1-15 oktober 2006,
- *Vzw 't Schoederkloptje* - Interview Steven Decuyper
- *Welzijnsschakel Erpe-Mere* - Meer gelijkheid in de gezondheid! Mensen in armoede uit Erpe-Mere aan het woord, 2008
- *Welzijnszorg vzw* - De campagneboodschap 2008





# 3

Theoretisch kader bereikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen in landelijke gebieden



## 1. Aanleiding

Wanneer we het hebben over basisvoorzieningen in plattelandcontext, gaat het in essentie over het probleem van bereikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen in landelijke gebieden. Het bereiken van kwaliteitsvolle voorzieningen is niet voor elke inwoner op het platteland even vanzelfsprekend.

De wagen is in vele gevallen noodzakelijk geworden. Dankzij de wagen kunnen gezinnen met voldoende middelen zich buiten de steden gaan vestigen, waar ze toch nog vlot toegang hebben tot stedelijke voorzieningen. Wonen op het platteland wordt een keuze. De actieradius van deze bewoners wordt steeds groter en ze shoppen onderweg bij allerlei diensten en voorzieningen, ondermeer omdat zij zo op een hoogwaardiger en/of diverser aanbod kunnen beroep doen. Op deze wijze maken zij geen gebruik van de voorzieningen in de eigen woonplaats, die mede daardoor moeilijk te handhaven zijn. Deze trend zet zich ondertussen nog steeds door. Hier moet wel worden opgemerkt dat de betrokkenheid van de bewoners op de lokale woonomgeving toch groot blijft.

De keuzevrijheid van sommige bewoners van het platteland komt echter in het gedrang: processen als vergrijzing, ontvolking en het afbrokkelen van het voorzieningenniveau kunnen gezien worden als aanslagen op de ruimtelijke keuzevrijheid van bewoners van kleine kernen en van het platteland in het algemeen. Voor de minder mobiele bewoners zijn de voorzieningen niet altijd even gemakkelijk te bereiken. De economische schaalvergroting van zowel publieke als commerciële voorzieningen, ligt hier aan de basis. Voorzieningen vestigen zich in meer centrale plaatsen, waardoor het voorzieningenniveau van de dorpen daalt. Dit heeft tot gevolg dat de bereikbaarheid van (verder afgelegen) kwaliteitsvolle voorzieningen voor bepaalde bewonersgroepen op het platteland steeds minder vanzelfsprekend wordt.

Een aanbod van voorzieningen, zowel lokaal als regionaal bereikbaar maken voor plattelandsbewoners is belangrijk wanneer de leefbaarheid van het platteland centraal staat. Het gaat hierbij niet alleen om commerciële voorzieningen, maar ook om culturele voorzieningen, onderwijsfaciliteiten, tewerkstelling, zorg- en welzijnsinstellingen, sport en recreatie, collectieve ruimten en basismobiliteit.

Bepaalde oplossingen dringen zich op voor de hierboven geschetste problematiek op het platteland. In onderstaande paragrafen tracht de werkgroep 'Platteland als woon- en leefruimte' inzicht te krijgen in de problematiek en stelt zij een aantal beleidsopties en prioritaire acties voor.

## 2. Theoretische beschouwingen

### 2.1 Kwaliteit en bereikbaarheid van voorzieningen: Theoretische uitgangspunten

*Frank Van Dam* (1995) geeft de volgende uitgangspunten mee:

- Het bereikbaarheidsprobleem is te beschouwen als een inherent probleem in landelijke gebieden wegens de afstand en de beschikbare tijd;
- De bereikbaarheid van voorzieningen staat onder invloed van trends als individualisering, een toenemende individuele mobiliteit, een terugtrekkende overheid en economische processen van schaalvergroting;
- Het bereikbaarheidsvraagstuk dient te worden gedisaggregeerd naar specifieke bereikbaarheidsproblemen volgens de aard van de voorzieningen en volgens bepaalde groepen van gebruikers. Om dit te kunnen doen, wordt in onderstaand schema een poging gedaan om doelgroepen te categoriseren (vraagzijde), en het aanbod aan voorzieningen (aanbodzijde) weer te geven.

Het probleem naar kwaliteit en bereikbaarheid van voorzieningen in dunbevolkte gebieden, is niet nieuw. In deze paragraaf wordt dit gegeven theoretisch benaderd vanuit het concept van Malcolm Moseley en een aantal uitgangspunten van Frank Van Dam.

*Malcolm Moseley* (1979) vertrekt van een zeer elementair schema om nadien verschillende componenten van het bereikbaarheidsprobleem op te hangen.

Het gaat om:

- mensen (people) die in rurale gebieden verblijven
- diensten of activiteiten (activity) die mensen wensen of nodig hebben
- de verbinding (link) die mensen en diensten bij elkaar brengt

## PEOPLE → LINK → ACTIVITY

Eenvoudiger kan het niet, maar deze drie componenten zijn voortdurend aan veranderingen onderhevig. Mensen worden ouder, verhuizen, hebben meer of minder kinderen, gaan werken of studeren,... Ook de aangeboden diensten veranderen. In kleinere dorpen gaan voorzieningen dicht, concentreren zich of verdwijnen, nieuwe diensten en voorzieningen worden opgericht. Hier vinden we het economisch proces van schaalvergroting terug. Tenslotte worden mensen en diensten ook anders 'gelinkt'. Wegen worden verhard en verbreed, andere verwaarloosd en niet iedereen beschikt over een wagen. Mensen en diensten moeten niet steeds fysiek met elkaar in contact komen: telefoon, gsm, fax, email, internet overbruggen ook afstanden. Maar het gebruik van die middelen vereist ook een specifieke kennis, vaardigheden en infrastructuur. Niet iedereen kan over elk van deze factoren beschikken.

Een optimale dienstverlening voor de plattelandsbevolking veronderstelt:

- voorzieningen van een kwalitatief hoog niveau
- een volledige geografische en sociale dekking met een hoge graad van bereikbaarheid
- lage kosten om de dienstverlening uit te bouwen op het platteland.



In werkelijkheid zijn deze parameters niet altijd even gemakkelijk in te vullen :

De drie veronderstellingen (hoge kwaliteit, volledige dekking met gemakkelijke bereikbaarheid en goedkoop) zijn moeilijk verzoenbaar. Het nastreven van één doelstelling gaat meestal ten koste van een of meer andere. De manier waarop deze soms tegenstrijdige doelstellingen worden afgewogen en de eindbeslissing wordt genomen, hangt grotendeels af van het draagvlak of van de beschikbare middelen. Geval per geval moet dit bekeken worden.

Daarnaast zijn de normen van een goede (optimale? minimale?) dienstverlening niet steeds en op precieze wijze te bepalen. Een aanvaardbare dienst is een dienst die zich op een continuüm tussen een zeer goede en een onaanvaardbare dienst bevindt. Er zit in deze discussie echter ook een spanningsveld. Het behoud van voorzieningen staat soms op gespannen voet met sectorale eisen van kwaliteit en professionaliteit. Het gaat in kleine rurale kernen vaak om zulke kleine aantallen, zodat niet tegelijkertijd alle eisen van professionaliteit van personeel en ruimte kunnen worden gehaald. De vraag wordt wat het belangrijkste is: het bestaan van de voorziening of de kwaliteit hiervan. Deze vraag is tot op zekere hoogte onoplosbaar, omdat in vele gevallen niet aan alle criteria van vlotte dienstverlening kan voldaan worden. Zodoende moeten er dus keuzes gemaakt worden. De uitkomst van een dergelijke discussie is belangrijk op lokaal én op nationaal vlak. Lokaal gaat de vraag over de keuze die de bewoners zelf maken. Op landelijk niveau leidt dit spanningsveld tot de vraag of er rond verschillende voorzieningen specifieke regelgeving voor het landelijk gebied nodig is<sup>48</sup>.

## 2.2 Vraag- en aanbodzijde

### 2.2.1 De vraagzijde

De gebruikers van de dienstverlening zijn de inwoners van het platteland. Ook niet-bewoners van het platteland maken gebruik van deze dienstverlening. We onderscheiden naar leeftijd drie hoofdcategorieën: de jeugd, de volwassenen als middencategorie en de ouderen. Deze categorieën kunnen elk op hun beurt nog ingedeeld worden (zie onderstaande tabel). Belangrijk om weten is dat deze categorieën niet exclusief zijn, m.a.w. doelgroepen kunnen elkaar overlappen. Deze categorieën zijn indicatief, er wordt voorlopig geen leeftijdsgrens vastgesteld. Verondersteld wordt dat deze kan variëren naargelang het gebruik van de dienstverlening.

Daarnaast zijn twee belangrijke horizontale dimensies te onderscheiden: graad van zorgbehoefte en graad van armoede of rijkdom. De ernst van de bereikbaarheidsproblematiek zal toenemen naarmate men meer zorgbehoefte is en/of armer is.

### 2.2.2 De aanbodzijde

In de werkgroep werd de volgende onderverdeling voorgesteld.

- 1) Voorzieningen voor dagelijkse behoeften
- 2) Welzijn en gezin
- 3) Gezondheidszorg
- 4) Onderwijs
- 5) Openbare diensten
- 6) Sport, cultuur en vrije tijd

48. Voorbeeld uit de welzijnssector. Een dienstencentrum wordt erkend en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid als voldaan wordt aan een aantal criteria van openingsuren, personeelsbezetting en aangeboden activiteiten. Voor organisaties in landelijke kernen zijn deze normen (vb. 38uren per week geopend zijn), vaak niet haalbaar. Een specifieke regelgeving zou kunnen toelaten dat vb. meerdere organisaties gezamenlijk een aanvraag tot erkenning als dienstencentrum indienen waardoor de opgelegde normen wel haalbaar worden.



Onderstaande tabel is het resultaat van een brainstormsessie van de werkgroep woon- en leefruimte.

VRAAGZIJDE	Niveau van Zorgbehoevendheid	Graad van armoede of rijkdom	AANBODZIJDE
<p><b>Jongeren</b></p> <p>Niet schoolgaande jeugd Schoolgaande jeugd Jeugd in de vrijetijdssfeer</p> <p><b>Volwassenen</b></p> <p>Buitenshuiswerkenden Thuiswerkenden (verdienend) Thuiswerkenden (Nt-verdienend) Werkzoekenden Gezinnen met kinderen Alleenstaanden met kinderen</p> <p><b>Ouderen</b></p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorzieningen voor dagelijkse behoeften</li> <li>• Welzijn en gezin</li> <li>• Gezondheidszorg</li> <li>• Onderwijs</li> </ul>

Figuur 1: Schematisch overzicht vraag- en aanbodzijde

Vervoersafhankelijkheid werd bewust door de werkgroep uit bovenstaande tabel weggelaten. Het niveau van vervoersafhankelijkheid is in grote mate een gevolg van de mate van zorgbehoevendheid en graad van armoede of rijkdom. Bepaalde personen in specifieke omstandigheden die niet zorgvragend zijn en niet arm kunnen toch een mate van vervoersarm zijn.

Onderstaande figuur geeft de verschillende niveaus van vervoersafhankelijkheid weer.

0%	Vervoersafhankelijkheidsniveau		100%
fysieke automogelijkheden en financiële mogelijkheden en juridische mogelijkheden (rijbewijs)	fysieke automogelijkheden in combinatie met financiële en/of juridische beperkingen of fysieke autobeperkingen en fysieke stap/fiets mogelijkheden	fysieke automogelijkheden in combinatie met financiële en/of juridische beperkingen of fysieke beperkingen	fysieke beperkingen
↓	↓	↓	↓
Auto Motor	Te voet (<2 km) Fiets (< 5 km) Openbaar vervoer (> 5 km)	Trein, tram, bus, metro	Aangepastvervoer
↓	↓	↓	↓
Weginfrastructuur	Voet-fietsinfrastructuur o.v.-voorzieningen en infrastructuur	o.v.-voorzieningen en infrastructuur	Voorzieningen aangepast vervoer

Figuur 2: schematisch overzicht vervoersafhankelijkheidsniveau

### 2.2.3 Koppeling van vraag- en aanbodzijde

Het (plattelands)beleid inzake bereikbaarheid van voorzieningen moet een beleid zijn met aandacht voor alle inwoners van het Vlaamse platteland. Hier kan evenwel extra aandacht worden besteed aan de aspecten die de bereikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen in de weg kunnen staan zoals zorgbehoefvendheid en armoede. De koppeling van vraag en aanbod volgt echter geen eenduidig model. In streken met sterk geconcentreerde dorpen temidden van een open gebied (b.v. Limburgs Haspengouw) moet een andere oefening gemaakt worden dan in streken waar de bewoning rond de kernen heel sterk is uitgewaaierd (b.v. de kustpolders).

Een eerste belangrijke vaststelling die door de werkgroep werd gemaakt is dat alle bewoners op het platteland voorzieningen nodig hebben. Voor de ene groep gaat het wel over meer voorzieningen dan voor de andere groep.

Wanneer de aanbodzijde en de vraagzijde onderling worden afgewogen, komt men tot verschillende problemen. De voorzieningen voor dagelijkse behoeften kan men bijvoorbeeld niet meer in elk dorp terugvinden. Hierdoor wordt het voor bepaalde doelgroepen moeilijk om deze voorzieningen te bereiken. Naast een groep ouderen is dit ook problematisch voor een deel van jongeren en alleenstaande moeders. Zij beschikken doorgaans in vele gevallen niet over een wagen om verder gelegen voorzieningen op te zoeken.

Hetzelfde geldt ook voor de gezondheidszorg, m.n. eerste en tweede lijnsvoorzieningen en de voorzieningen voor gezin en welzijn. Deze worden niet meer in elke plattelandskern aangeboden. Als deze er dan al zijn, is er voor sommigen nog vaak sprake van een drempel om deze te consulteren. De voorzieningen in kwestie kunnen niet steeds rekenen op voldoende personeel en middelen waardoor de dienstverlening vaak niet van voldoende hoge kwaliteit is.

De aanwezigheid van onderwijsfaciliteiten is belangrijk voor de jeugd en speelt ook een belangrijke rol voor het uitbouwen van een sociaal netwerk. Schaalvergroting heeft ook het onderwijslandschap gekenmerkt, maar er kan aangenomen worden dat deze ontwikkeling gestagneerd is. Het Vlaamse platteland is ruimtelijk sterk gedifferentieerd qua vraag naar onderwijsfaciliteiten, wat samenhangt met de aanwezigheid en immigratie van jonge huishoudens met kinderen. Door de schaalvergroting in het onderwijs komt de keuzevrijheid van kinderen die op het platteland onderwijs volgen, in het gedrang. Netoverschrijdend leerlingenvervoer kan een oplossing zijn naar het garanderen van onderwijs op het platteland. Ook voor ouderen kan de aanwezigheid van onderwijsvoorzieningen belangrijk zijn wanneer zij 'levenslang' willen leren.

Openbare diensten zijn eveneens voor alle doelgroepen belangrijk, onder andere ook voor werkzoekenden. Voor gezinnen met kinderen zal de aanwezigheid van kinderopvanginitiatieven in de nabijheid belangrijk zijn. Het gaat hierbij om kinderopvang zowel voor kinderen onder 3 jaar als voor schoolgaande kinderen (georganiseerde buitenschoolse opvang). Het aandeel alleenstaanden met kinderen groeit. Vaak gaat het om vrouwen met een lage scholingsgraad voor wie een job combineren met kinderen zeer moeilijk is. Bovendien is het autobezit bij gezinnen met een vrouwelijk gezinshoofd lager dan gemiddeld.

Vrijtijdsvoorzieningen (zwembad, cultuurcentrum, sporthal, cinemazaal,...) zijn belangrijk voor verschillende doelgroepen. Voor de jeugd is het bijvoorbeeld belangrijk in de nabijheid een fuifzaal te hebben. Dit kan een polyvalent sportcomplex zijn, waar verschillende vrijetijdsactiviteiten kunnen plaatsvinden. Op vandaag zijn vele jongeren genoodzaakt zich naar de stad te verplaatsen om te



kunnen fuiven, wat de veiligheid niet ten goede komt. Ook voor ouderen blijft de nabijheid van vrijetijdsvoorzieningen belangrijk.

Bij de koppeling van de vraag- en aanbodzijde moet telkens bekeken worden welke specifieke behoeften elke doelgroep heeft. De invulling van deze tabel moet gebeuren op lokaal of regionaal niveau, en kan niet gebeuren op Vlaams niveau.

Een bijzonder aandachtspunt is het wonen van personen die zorgbehoevend zijn. Wat de toekomstige woonvoorkeuren van deze groep betreft doen zich twee uiteenlopende scenario's voor. Een eerste groep kiest er duidelijk voor om zolang mogelijk te kunnen verblijven in de eigen vertrouwde woning en woonomgeving. Een tweede groep daarentegen kiest er voor om – op vaak nog relatief jonge leeftijd, rond de pensionering – hun perifere en moeilijk bereikbare woning in te ruilen voor een beter gesitueerde woning in een dorpscentrum. Deze verhuisbeweging veronderstelt uiteraard een zekere flexibiliteit van de betrokkenen en een zekere koopkracht. Deze laatst vernoemde trend gaat uiteraard samen met het lokaal beleid dat eveneens serviceflats optrekt in de dorpskernen. Het eerste scenario, zo lang mogelijk wonen in de eigen omgeving, veronderstelt het behoud van een kwalitatieve woning en woonomgeving, gekoppeld aan een hoge graad van bereikbaarheid van zorg in de meer perifere gebieden. In Vlaanderen lopen op dat vlak reeds een aantal experimentele pilootprojecten die deze woonzorgconcepten pogen te implementeren. Samenwerking en structureel overleg tussen de kabinetten van Wonen (M. Keulen), Welzijn (I. Vervotte) en platteland (Y. Leterme) is hiervoor aangewezen.

## 2.3 Beleidsopties

### 2.3.1 Theoretisch benadering

Er kunnen verschillende bereikbaarheidsopties aangereikt worden.

- Verminderen van de verplaatsingsbehoeften

De **concentratieoptie** gaat over het concentreren van voorzieningen, woon- en werkgelegenheid in een beperkt aantal grotere nederzettingen. De optie beoogt (onder andere) op regionale schaal een voldoende voorzieningenniveau tot stand te brengen en de onderlinge verplaatsingen tussen deze diverse activiteiten te optimaliseren en minimaliseren (Meert H. et al, 2003). Het doen aansluiten van een hele reeks voorzieningen bij de grotere bevolkingsconcentraties (het ruimtelijk bij elkaar brengen van vraag en aanbod) heeft een besparend effect op het aantal verplaatsingen. Het veronderstelt wel een relatief groot aantal verplaatsingen vanuit het meer perifere gebied naar de grotere nederzettingen. Voordeel is dat deze collectief kunnen georganiseerd worden omdat de eindbestemmingen sterk gecentraliseerd zijn.

Deze optie heeft een relatie met de eerder beschreven economische schaalvergroting van zowel publiek als commerciële voorzieningen. De toenemende schaalvergroting van commerciële voorzieningen maakt dat steeds meer (kleinere) nederzettingen vanuit een economische logica niet meer interessant zijn of blijven voor deze commerciële activiteiten. buurtwinkels, bakkers, slaggers enz... sluiten hun deuren. In deze context moet worden opgemerkt dat voor het wat thema basismobiliteit betreft de Vlaamse Regering een principiële keuze heeft gemaakt op het vlak van mobiliteit. Hierbij wordt blijvend belang gehecht aan het sociale aspect van het collectieve vervoersaanbod en wordt de rendabiliteit ervan niet als prioriteit gezien (bijvoorbeeld belbus).

Een ander alternatief is de **spreidingsoptie**. In dit concept worden de diensten en voorzieningen zo dicht mogelijk bij de mensen gebracht. Dit brengt de omgekeerde beweging van concentratie met zich mee. Hierdoor worden de kleine nederzettingen terug interessant al brengt het extra kosten met zich mee.

De optie die nog steeds aan belang toeneemt: **de telematicaoptie**. Nieuwe informatietechnologie kan immers het bereikbaarheidsvraagstuk in landelijk gebieden meer helpen oplossen. We denken hierbij aan teleshoppen en telewerken. Nieuwe informatietechnologieën kunnen bovendien ingezet worden om een antwoord te bieden op doelgroepspecifieke problemen (vb. spraakgestuurde domotica in serviceflats voor bejaarden). Hier moet worden opgemerkt dat dergelijke technieken nog steeds in ontwikkeling zijn en het aldus nog jaren kan duren alvorens dit op grote schaal wordt toegepast (Meert H. et al, 2003). Bovendien heeft deze optie ook een potentieel uitsluitend effect: niet alle huishoudens beschikken over de koopkracht of zijn voldoende flexibel in hun "bijleergedrag" om te investeren in de noodzakelijke apparatuur.

- Verbeteren van het vervoersaanbod

De **transport- of vervoeroptie** is gericht op het bewerkstelligen van verplaatsingsmogelijkheden of het mobiliseren van voorzieningen. De vervoersoptie moet maximaal uitgewerkt worden, steeds rekening houdend met de economische haalbaarheid ervan. Voor de mobiele voorzieningenoptie liggen de zaken minder voor de hand. Mobiele voorzieningen zijn er altijd geweest, maar ze zijn duidelijk op hun retour. Tijdsinvestering voor verplaatsingen heeft sowieso een belangrijke impact op de vervoerskosten van aanbieders van deze diensten. Deze optie kan slechts een onderdeel van het bereikbaarheidsbeleid zijn. (Meert H. et al, 2003)

De **tijdsopties** gaan over het afstemmen in tijd van de activiteitenpatronen van mensen, openingstijden van voorzieningen en de beschikbaarheid van vervoermiddelen. We zouden ook kunnen spreken over de **afstemmingsoptie**. Optimale afstemming is het doel, maar er zijn duidelijk grenzen aan. (Meert H. et al, 2003)

### 2.3.2 Praktische benadering

Een samengaan van meerdere van deze opties, met een permanente aandacht voor de sociaal zwakkeren, zorgbehoevenden en vervoersafhankelijken, moet de landelijke gebieden een stuk bereikbaarder kunnen maken. Oplossingen op maat, naargelang de doelgroep, dringen zich op. De transportoptie zal de concentratieoptie dienen te ondersteunen. Een aanvulling kan gevonden worden in de mobiele voorzieningenoptie, de afstemmingsoptie en de telematicaoptie. De overheid kan vooral bij de telematicaoptie een faciliterende rol vervullen. De spreidingsoptie zou kunnen gekozen worden wanneer het gaat om het bedienen van bijvoorbeeld verspreid wonende, vervoersarme bejaarden die er voor kiezen om in hun eigen vertrouwde woonomgeving te blijven wonen. Op deze manier wordt hen recht en toegang gegeven op de nodige dagelijkse basisvoorzieningen.

Van deze bereikbaarheidsinterventies vormt mobiliteit de hoeksteen. Mobiliteit is een transversaal thema, dat de verschillende beleidsdomeinen doorkruist. Mobiliteit verhogen kan via openbaar of privaat initiatief. De toegankelijkheid voor alle doelgroepen moet bij openbare initiatieven bewaakt worden. De dalende vraag naar openbaar vervoer in landelijke gebieden (omwille van de toegenomen automobilititeit) heeft ertoe geleid dat bepaalde lijndiensten onrendabel worden. Hier is de boodschap steeds te zoeken naar andere, vraagafhankelijke vormen van openbaar vervoer zoals de Belbus.

Het is bijna een anachronisme, te spreken over vervoersarmoede wanneer dagelijks kilometers lange files het verkeersbeeld bepalen. En toch, vervoersongelijkheid bestaat. Ze ontstaat wanneer verschillende sociale groepen een ongelijke toegang hebben tot de beschikbare vervoersmiddelen. Vervoersongelijkheid ontstaat als sociaal probleem wanneer een individu/sociale groep zich niet op een 'sociaal aanvaardbare' wijze kan verplaatsen teneinde de voor dit individu/deze sociale groep 'noodzakelijke' voorzieningen te bereiken. Dit eventuele sociale probleem kunnen we enkel oplossen



door dit probleem in relatie met de mobiliteitsbehoeften (die niet voor iedereen dezelfde zijn) te zien. We kunnen de mobiliteit voor het individu/sociale groep, die hinder ondervindt/ondervingen, meer kansen geven via (vooral) openbaar vervoer.

Voorgaande paragraaf maakt duidelijk dat deze aanbevelingen erop gericht zijn om een integrale benadering te verkrijgen. In de welzijnszorg zijn te weinig dwarsverbanden gericht op een integrale cliëntbenadering, een afgestemde probleemaanpak in hetzelfde territorium ontbreekt. De samenwerking en samenhang van cliënten, doelgroepproblemen en beleidsprobleem vergt samenwerking en coördinatie. Het huidige beleid is te fragmentair gericht op het ondersteunen van pilootprojecten her en der, zonder vanuit een algemeen kader te redeneren.

Er is een tendens van behouden van voorzieningen op het platteland naar het streven naar kwaliteitsvolle voorzieningen o.m. door multifunctionaliteit, samenwerking in één gebouw, ... Dit kan bijvoorbeeld gaan om het combineren van een kinderopvang of een dagopvang met een bibliotheek. Deze diensten kan men dan gemeenschappelijk onderbrengen in bijvoorbeeld een dorps huis. Dit principe kan kostenbesparend zijn. De werkgroep acht het onderbrengen van verschillende voorzieningen belangrijk aangezien dit niet alleen kan bijdragen tot meer kwalitatieve dienstverlening.

De geografische afweging naar inplanten van infrastructuur dient te gebeuren volgens een meerschalgige analyse, waarbij het gehucht, het dorp, de gemeente en de regio tegenover elkaar afgewogen worden. Het voorzieningenaanbod wordt zodoende georiënteerd naar het meest logische schaalniveau in functie van overlevingskansen van het initiatief en mobiliteitsbehoefte. Dit impliceert bijvoorbeeld dat het bouwen en uitbaten van voorzieningen zoals een zwembad, een cultureel centrum, een grootschalige bibliotheek, een muziekschool of een sportcomplex moet gebeuren op bovengemeentelijk niveau/ regionale schaal en niet op het niveau van de individuele gemeenten.





4

## Werking Interbestuurlijk Plattelandsoverleg (IPO)

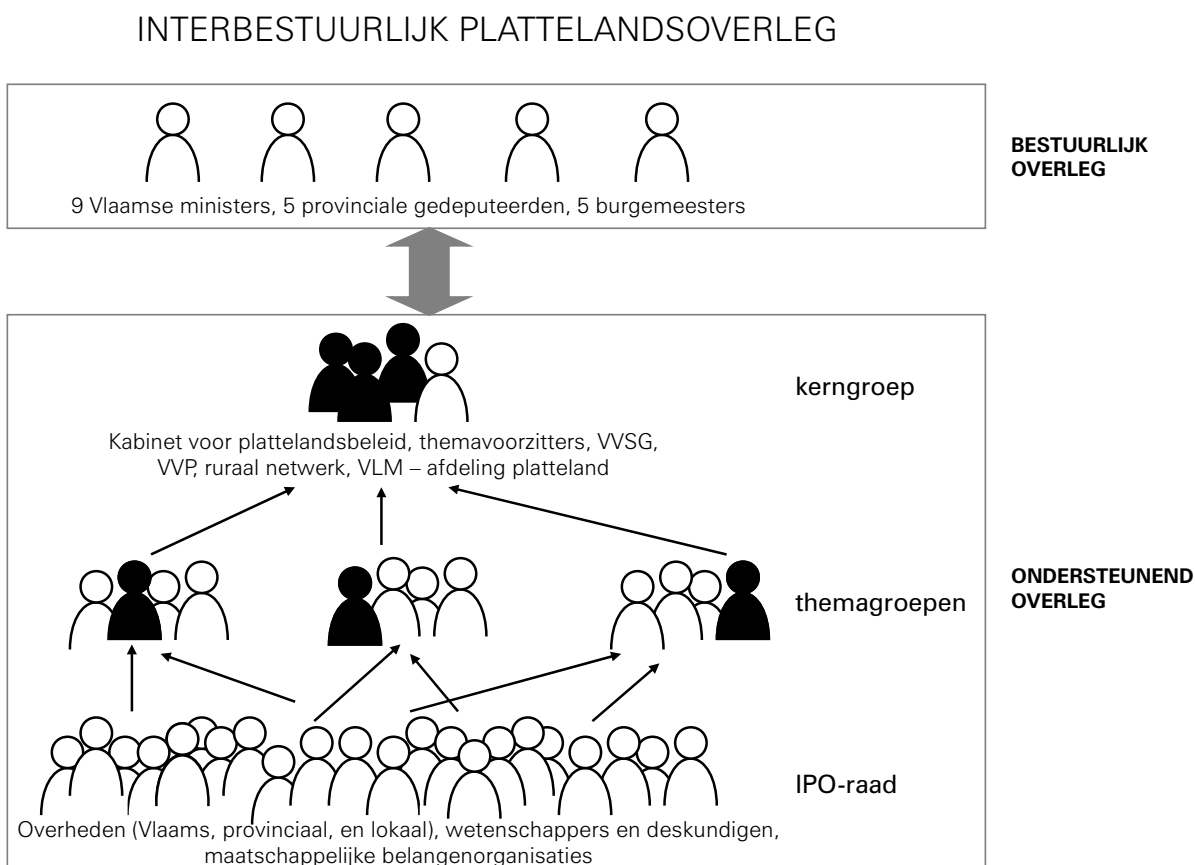


## 1. Het doel

Het Interbestuurlijk Plattelandsoverleg (IPO) is het kader voor een brede dialoog over het Vlaamse platteland, vertrekkend vanuit het oogpunt van een duurzame, kwaliteitsvolle en dynamische ontwikkeling. Het Ondersteunende IPO-overleg resulteert op geregelde tijdstippen in adviezen, naar aanleiding van een vraag van (één van) de leden (Ondersteunend of Bestuurlijk overleg).

Een advies bevat beschouwingen of standpunten die geformuleerd worden naar aanleiding van specifieke of algemene noden, problemen of mogelijkheden die zich voordoen in het landelijke gebied. In het advies kan een gerichte vraag of opdracht omschreven worden die gericht is naar (een lid of meerdere leden van) de Vlaamse regering, (een commissie of meerdere commissies van) het Vlaams Parlement, de provincie- of gemeentebesturen. Deze adviezen kunnen aanleiding geven tot nader onderzoek, verdere bespreking, het opzetten, uitwerken en beoordelen van ervaringsprojecten en pilootprojecten, vernieuwende initiatieven en concrete voorstellen en suggesties naar het beleid en de beleidsvoerders toe. Voorstellen en suggesties kunnen worden gezien als oplossingen voor knelpunten en tegenstrijdigheden in regelgeving, overheidsinstrumenten en acties.

## 2. Samenstelling IPO



In het Bestuurlijk overleg, waar de politieke besluitvorming gebeurt, zetelen politieke mandatarissen vanuit de drie bestuursniveaus. Het Ondersteunend overleg bestaat uit een IPO-raad, van waaruit de Themagroepen worden gevormd, en een Kerngroep welke instaat voor een gecoördineerde inhoudelijke en beleidsdomeinoverschrijdende afstemming van de thema's.

### 3. Besluitvormingsprocedure aangaande een advies over een thema

In de Themagroep streeft men maximale consensus na. Indien geen consensus wordt bereikt, noteert men het meerderheidsstandpunt. Aan de leden van de Themagroep en de administraties op wiens beleidsdomein het advies betrekking heeft, wordt gevraagd hun mening of advies te geven t.a.v. het voorgestelde meerderheidsstandpunt. De beslissingen in het Bestuurlijk overleg worden genomen bij consensus. Onthoudingen zijn mogelijk, zonder dat deze de beslissingen blokkeren.

### 4. Meer informatie

**Maarten Lenaerts**

Algemeen Coördinator Interbestuurlijk Plattelandsoverleg (IPO)

Vlaamse Landmaatschappij - Afdeling Platteland

Gulden-Vlieslaan 72 - 1060 Brussel - België

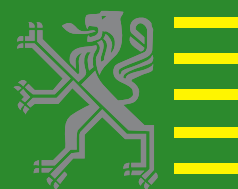
T: +32 (0)2 543 76 22 - [www.ipo-online.be](http://www.ipo-online.be)





[www.vlm.be](http://www.vlm.be)  
[www.ipo-online.be](http://www.ipo-online.be)

Vlaamse landmaatschappij ~ Afdeling Platteland  
Dienst Vlaams Geïntegreerd Plattelandsbeleid en Advisering  
T. 02 543 69 73 ~ [ipo@vlm.be](mailto:ipo@vlm.be)  
Gulden Vlieslaan 72 ~ 1060 Brussel



VLAAMSE LANDMAATSCHAPPIJ SAMEN INVESTEREN IN DE OPEN RUIMTE