



JUISTE ZORG, JUISTE PLAATS

OVER VERMAATSCHAPPELIJING VAN ZORG MET BEIDE
VOETEN OP DE GROND

Advies van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen, Wetstraat 34-36, 1040 Brussel
W www.serv.be – T +32 2 209 01 11 – E info@serv.be

Advies op eigen initiatief

Decretale opdracht SERV-decreet 7 mei 2004 art. 11 (overlegfunctie)

Goedkeuring raad 23 december 2022

Contactpersoon Kristel Bogaerts kbogaerts@serv.be

Mevrouw Hilde Crevits
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Consciencegebouw
Koning Albert II laan 15
B-1210 Sint-Joost-ten-Node

Juiste zorg, juiste plaats

Mevrouw de minister

Met dit advies neemt de SERV op eigen initiatief deel aan het debat over de organisatie van zorg en ondersteuning met het oog op een zinvolle plaats voor iedere burger en vanuit een open kijk op uitdagingen en oplossingen. Vanuit het scherpstellen van een aantal trends en uitdagingen reflecteert de SERV over een haalbare invulling van vermaatschappelijking van zorg om aan deze uitdagingen tegemoet te komen.

In de praktijk zijn al heel wat innoverende en inspirerende initiatieven ontstaan die een stevige bijdrage leveren aan vermaatschappelijking van zorg. Zij vormen mee het fundament van dit advies. De bestaande blinde vlekken en ontbrekende verbindingen vragen echter nog om oplossingen om vermaatschappelijking van zorg met twee voeten op de grond te zetten, om de haalbaarheid ervan voor iedereen op te schroeven zonder onbedoelde en ongewenste negatieve effecten.

Met dit advies hoopt de SERV op een positieve manier bij te dragen aan toekomstige beleidsontwikkelingen met het oog op een invulling van vermaatschappelijking die de juiste zorg op de juiste plaats brengt (thuis of residentieel) en voor iedereen haalbaar en toegankelijk is.

Hoogachtend

Pieter Kerremans
administrateur-generaal

Hans Maertens
voorzitter

Inhoud

Krachtlijnen	5
Advies	7
1. Zorg en ondersteuning hoog op de agenda	7
2. Uitdagingen op scherp	8
3. De juiste zorg op de juiste plaats	11
4. Iedereen, alles, altijd, overal	13
5. Zorg op ieders maat	14
5.1 Zoveel mensen, zoveel vragen	15
5.2 Zorg dragen voor elkaar	16
5.3 Beter samen zorgen	21
5.4 Nabije en toegankelijke zorg	25
6. Vermaatschappelijking van zorg start vóór de grote zorgvragen	28
7. Ruimte maken voor zorg	31
7.1 Levensloopbestendige buurten	31
7.2 Ontmoeten in de buurt	33
8. Data en technologie omarmen	35
9. De rol van de overheid	37
9.1 Lokale overheid	37
9.2 Centrale overheid	39
Bibliografie	42

Krachtlijnen

Met dit advies op eigen initiatief neemt de SERV deel aan het debat over de organisatie van zorg en ondersteuning van de toekomst en een haalbare invulling van vermaatschappelijking van zorg met beide voeten op de grond. Die invulling van vermaatschappelijking brengt de juiste zorg op de juiste plaats (thuis of residentieel) en is voor iedereen haalbaar en toegankelijk. Er wordt ook gezorgd voor een **balans** tussen mensgerichtheid (zorg dragen voor de hele mens), economische evenwichtigheid (zinnig investeren in een gezonde samenleving) en maatschappelijke inbedding (zorg verweven met de rest van de samenleving).

- **Werk op maat en nabij.** Vanuit proportioneel universalisme wordt gewerkt aan voldoende, laagdrempelige en toegankelijke professionele zorg en ondersteuning die afgestemd op ieders mogelijkheden en noden. Nabije zorg met een multidisciplinaire aanpak is een belangrijke hefboom voor vermaatschappelijking.
- **Erken mantelzorg.** Mantelzorg draagt bij aan vermaatschappelijking van zorg maar heeft duidelijke persoonlijke, sociale en economische grenzen. Mantelzorgers hebben daarbij nood aan gedifferentieerde ondersteuning. Tegelijk moet mantelzorg nog meer een plaats krijgen in samenwerking met de professionele zorg.
- **Werk samen om muren te doorbreken.** De samenwerking rond en met individuele zorgvragers kan versterking gebruiken door intra- en transmuraal multidisciplinair en domeinoverschrijdend te werken in zorg en welzijn. Samenwerken is altijd meer dan doorverwijzen.
- **Preventie als superkracht.** Fysiek en mentaal welbevinden hebben zowel op korte als op lange termijn baat bij een uitbreiding van een laagdrempelige preventieve aanpak die mee gedragen wordt door de professionele zorg. Het doorbreken van taboes en stigma's rond zorg en kwetsbaarheid is noodzakelijk.
- **Maak ruimte voor zorg.** Een organisatie van kernen, buurten, diensten en gebouwen/woningen die leeftijdsbestendig zijn, met (open) ruimte voor ontmoeting en sociale cohesie springt zorgzaam om met alle burgers en verhoogt ieders kwaliteit van leven.
- **Benut technologie.** Inzetten op data en innovatieve technologie ondersteunt een betere organisatie van zorg en welzijn. E-inclusieve dienstverlening zorgt ervoor dat zowel on- als offline kwalitatieve diensten voor iedereen beschikbaar zijn.

- **Blijf samen doelen realiseren.** De lokale en centrale overheden hebben ieder een eigen, complementaire rol in de organisatie van vermaatschappelijking van zorg. Dit werkt versterkend als iedereen de eigen verantwoordelijkheid opneemt en die tegelijk laat samen sporen met de doelstellingen van de anderen.

Advies

1. Zorg en ondersteuning hoog op de agenda

Iedereen wordt, minstens ergens in het leven, geconfronteerd met zorg of ondersteuning voor zichzelf of voor een ander. Daarom zijn zorg en ondersteuning belangrijke maatschappelijke thema's. De nood aan zorg en ondersteuning kan kortdurend zijn, maar kan ook voor lange tijd aanhouden en kan zelfs permanent worden. Deze nood komt ook in een heel spectrum van nauwelijks merkbaar tot zeer intensief. De impact ervan kan beperkt blijven tot het individu zelf maar gaat meestal ook veel breder. Via de gezinsleden, mantelzorgers, de collega's, de werkgever, de professionele zorg- en dienstverleners en de overheid raakt zorg en ondersteuning uiteindelijk de hele samenleving.

Tegelijk worden we bijna dagelijks geconfronteerd met berichten, uit de praktijk of uit onderzoek, over de tekorten aan personeel in de zorg, de druk op mantelzorgers, alarmsignalen over het mentaal welzijn van volwassenen en jongeren, structurele tekorten in de basiszorg of de zwaarder wordende zorgvragen van een verouderende bevolking. Daarmee is het niet alleen belangrijk en maatschappelijke relevant om over zorg en ondersteuning na te denken, maar ook urgent om oplossings- en toekomstgericht te denken en te werken.

In het huidige Vlaamse beleidsdiscours rond zorg en ondersteuning is 'vermaatschappelijking van zorg'¹ uitdrukkelijk aanwezig, onder andere als antwoord op een aantal van de bestaande uitdagingen. Met het advies van de SAR WGG over integrale zorg en ondersteuning² in 2012, de brochure over vermaatschappelijking van zorg in de praktijk³ in 2013, en de expliciete verankering in de beleidsnota's WVG 2014-2019⁴ en 2019-2024⁵ werden contouren voor de toekomst uitgetekend. De teksten zijn inspirerend en richtinggevend, maar laten ook nog veel ruimte voor inter-

¹ Met vermaatschappelijking van de zorg wordt door de Vlaamse Raad Welzijn, Volksgezondheid en Gezin verwezen naar de "verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven, ... met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel als mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen."

² SAR WGG (2012), Visienota Integrale zorg en ondersteuning.
https://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SARWGG_ADV_20121207_Visienota_IntegraleZorgEnOndersteuning.pdf

³ De Kracht van het engagement. De vermaatschappelijking van de zorg in de dagelijkse praktijk.
<https://www.vlaanderen.be/publicaties/de-kracht-van-het-engagement-de-vermaatschappelijking-van-de-zorg-in-de-dagelijkse-praktijk>

⁴ <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/15698>

⁵ <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/32263>

pretatie, bakenen geen verantwoordelijkheden af en bevatten nog losse eindjes. De uiteindelijke doelstelling van vermaatschappelijking (nl. een zinvolle plaats in de samenleving realiseren voor alle burgers) is ondanks de stappen die al gezet werden alleszins nog niet gerealiseerd.

Omdat vermaatschappelijking van zorg zichzelf niet organiseert en een stevige samenwerking vraagt tussen verschillende betrokken maatschappelijke actoren én beleidsdomeinen neemt de SERV op eigen initiatief deel aan het debat over de organisatie van zorg en ondersteuning met het oog op een zinvolle plaats voor iedere burger vanuit een open kijk op uitdagingen en oplossingen. In de praktijk zijn al heel wat innoverende en inspirerende initiatieven ontstaan die een stevige bijdrage leveren aan vermaatschappelijking van zorg. Zij vormen mee het fundament van dit advies. De bestaande blinde vlekken en ontbrekende verbindingen vragen echter nog om oplossingen om vermaatschappelijking van zorg met twee voeten op de grond te zetten, om de haalbaarheid ervan voor iedereen op te schroeven zonder onbedoelde en ongewenste negatieve effecten.

Vanuit het scherpstellen van een aantal trends en uitdagingen reflecteert de SERV over een haalbare invulling van vermaatschappelijking van zorg om aan deze uitdagingen tegemoet te komen⁶.

2. Uitdagingen op scherp

Het beleidsdiscours rond vermaatschappelijking van zorg maakt deel uit van de evoluerende visie over de afstemming van behoeften aan en de organisatie van zorg- en ondersteuning. Hoe de samenleving omgaat met zorg evolueert over tijd⁷, met bewegingen tussen (de)institutionalisering en (de)formalisering en dus met wisselende nadruk op residentiële zorg, professionele zorg en diensten, informele zorg (-netwerken) en zelfhulp. Die evoluties worden gestuurd door overtuigingen over hoe zorg in de samenleving het best wordt georganiseerd en over hoe behoeften en aanbod het best op elkaar worden afgestemd maar ook door wijzigende maatschappelijke uitdagingen, door een wijzigende zorgvraag en door budgettaire en operationele grenzen aan zorg.

⁶ De SERV dankt uitdrukkelijk Christophe Cousaert, Benedicte De Koker, Dany Dewulf, Sylvia Hubar, Griet Roets en Chantal Van Audenhove voor het delen van hun expertise en de interessante dialogen met de SERV ter voorbereiding van dit advies.

⁷ Zie voor een uitgebreid overzicht: Coussement, A., Vercruysse, S.M., Christiaens, K., m.m.v. Peter Heyrman (2019). VELE HANDEN - Zorg en samenleving in heden en verleden. Een historisch perspectief op het hedendaags debat over de vermaatschappelijking van de zorg in Vlaanderen. Op zoek naar continuïteit en discontinuïteit. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/qa7rhxc/files/2019_03%20Rapport%2019_EF29_Vele%20handen_Zorg%20en%20samenleving%20in%20heden%20en%20verleden.pdf?aw6ri0s

Voor de SERV zijn volgende uitdagingen en trends richtinggevend voor de kijk op zorg en ondersteuning in de toekomst. Een aantal uitdagingen uit het verleden, waarop vermaatschappelijking van zorg een antwoord zou moeten zijn, stellen zich de laatste jaren nog extra op scherp.

- **Toenemende veroudering⁸ van de bevolking met grotere zorgvraag tot gevolg.** Met een stijgende leeftijd neemt ook het aantal zorgbehoevenden toe, krijgen we te maken met langere periodes van (zware) zorgbehoevendheid, stijgt de kans op 'typische' ouderdoms-ziektes o.a. dementie en diabetes en neemt ook co- en multimorbiditeit toe⁹.
- **De beschikbaarheid van mantelzorg komt meer en meer onder druk te staan.** De vraag naar mantelzorg groeit o.a. door de toenemende veroudering. Tegelijk neemt de tewerkstellingsgraad toe. Meer en meer moet mantelzorg gecombineerd worden met betaalde arbeid. Bovendien ontstaat een sandwich-generatie met mantelzorgers die mee zorg dragen voor ouders én (klein)kinderen (eventueel ook nog in combinatie met een eigen betaalde job). De grootste groep mantelzorgers is tussen 45 en 65 jaar oud. Het genderperspectief speelt nog sterk. Vrouwen nemen nog altijd meer zorg op binnen de familie dan mannen en dragen daarvan de gevolgen in hun huidige en toekomstige inkomen. Uit heel wat onderzoek blijkt dat mantelzorgers vaak problemen ervaren met de combinatie van de (dubbele) zorgtaak met hun job. Zij hebben regelmatig te weinig energie en tijd om alle rollen te combineren. Ze beknibbelen daardoor op 'me-time' en geven voorrang aan de noden van anderen.¹⁰
- **Een krappe Vlaamse arbeidsmarkt¹¹ met extra druk in zorg en welzijn.** De gezondheids- en welzijnszorg wordt sterk met vergrijzing geconfronteerd. Een grote groep ervaren werkkrachten treedt uit (vervangingsvraag) en tegelijk stijgt de vraag naar professionele zorg door een vergrijzende bevolking (uitbreidingsvraag). De instroom in zorgberoepen volgt de vraag ernaar niet. Een groot aantal openstaande vacatures en knelpuntberoepen

⁸ Ontgroening en vergrijzing in Vlaanderen 1990-2050, Verkenningen op basis van de NIS-bevolkingsvooruitzichten. Stativaria 36 (2005) <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/2246>.

Rapport 2019 studietoelichting vergrijzing

https://www.plan.be/uploaded/documents/201907091048020.REP_CEVSCV2019_11902_N.pdf

Demografische vooruitzichten 2020-2070:

https://www.plan.be/uploaded/documents/202103310840330.FOR_POP2070_12389_N.pdf

⁹ Drieskens S., Braekman E., Charafeddine R., Demarest S., Berete F., Gisle L. & Van der Heyden J. Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013 - 2018: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: Sciensano. <https://hisia.wiv-isp.be/> en https://www.sciensano.be/sites/default/files/summ_hs_nl_2018.pdf, https://www.sciensano.be/sites/default/files/fr_nl_2018.pdf en https://www.sciensano.be/sites/default/files/qj_nl_2018.pdf

¹⁰ https://www.kcgezinswetenschappen.be/sites/default/files/publicaties/sandwichcoach_tool_voor_organisaties_0.pdf

¹¹ Zie voor meer detail bv. Van Impe, G., Scholiers, B., Vansteenkiste, S., & De Smet, R. (2022). Krap, krappert, krapst?! Spannende tijden op de Vlaamse arbeidsmarkt. Over.Werk. Tijdschrift van het Steunpunt Werk, 32(1), 5-17.

https://www.steunpuntwerk.be/files/OverWerk_2022_1_01.pdf, VDAB lijst knelpuntberoepen:

<https://www.vdab.be/sites/default/files/media/files/Knelpuntberoepen%202022.pdf> en Verslag Hoge Raad voor de Werkgelegenheid

https://hrw.belgie.be/sites/default/files/content/download/files/hrw_2022_07_stand_van_zaken_op_de_arbeidsmarkt.pdf

zijn daarvan een gevolg. Daardoor komt ook werkbaar werk in zorg- en welzijnssectoren extra onder druk te staan¹².

- **De alarmsignalen over geestelijke gezondheid gaan snel de hoogte in**¹³. Een op de drie Belgen (33%) van 15 jaar en ouder vertoont indicaties voor psychisch onwelbevinden ('psychische problemen die getuigen van een ongemak')¹⁴. Dat is een stijging in vergelijking met resultaten van 2001 en 2008 toen resp. 25% tot 26% psychische problemen aangaf. Vrouwen en laaggeschoolden geven vaker aan recent psychische problemen te hebben gehad. Nog meer mensen krijgen onrechtstreeks te maken met psychische problemen bv. via hun partner of ouder. Onderzoek¹⁵ wijst specifiek voor mantelzorgers ook op verhoogde druk op hun mentaal welzijn.
- **Gezondheidsongelijkheid met een sociale gradiënt**. Wie in slechtere sociaal-economische omstandigheden leeft¹⁶, geeft vaker aan over een slechte gezondheid te beschikken en heeft minder kansen op een langer en gezonder leven. Dat heeft onder andere te maken met minder gezonde levenswijzen (gekozen of noodgedwongen) bijvoorbeeld op het vlak van eten, roken, wonen, type werk en beweging. Tegelijk kan ook opgemerkt worden dat wie sociaal-economisch zwakker staat, minder gemakkelijk toegang zoekt of vindt tot de gepaste zorg en ondersteuning dan wie sociaal en economisch sterker staat. Ook toegang tot de juiste informatie en het begrijpen van informatie is voor kwetsbare groepen vaak moeilijk(er).
- **Structurele tekorten aan basiszorg**. In veel zorg- en welzijnssectoren worden tekorten en wachtlijsten opgetekend. Enkele voorbeelden zijn sprekend. Er wachten 17.000 personen op (meer) ondersteuning van persoonsvolgende budgetten¹⁷. Bijna 15.000 kinderen heb-

¹² Zie bv. https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_Raad_20200615_WBM2019_Zorg-en%20Welzijnssector_StIA_RAP.pdf, Van den Heede Koen, Bouckaert Nicolas, Detollenaere Jens, Kohn Laurence, Maertens de Noordhout Charline, Vanhooreweghe Julie, Bruyneel Arnaud, Sermeus Walter. Verpleegkundige bestaffing op Belgische intensieve zorgen afdelingen: impact van twee jaar COVID-19 pandemie. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 353A. <https://doi.org/10.57598/R353AS> en Van den Heede Koen, Bruyneel Luk, Beeckmans Dorien, Boon Niels, Bouckaert Nicolas, Cornelis Justien, Dossche Dorien, Van de Voorde Carine, Sermeus Walter. Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 325A. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_325_Safe_nurs_staffing_Report_2nd_edition_0.pdf

¹³ <https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/cijfers>

¹⁴ https://www.sciensano.be/sites/default/files/1-mental_health_report_2018_nl2.pdf

¹⁵ Zie bv. Bracke, M., Mortelmans, D., Declercq, A., Raeymaeckers, P., De Koker, B., Heylen, L. (2022). Zorgenquête 2021: Inhoudelijk rapport. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

¹⁶ Mensen met een laag inkomen, (langdurig) werklozen, leden van gezinnen waar niemand fulltime werkt of vast werk heeft, laaggeschoolden, huurders en personen geboren buiten de EU ervaren hun eigen gezondheid als slecht tot zeer slecht. Zie bv. <https://www.gezondleven.be/gezondheidsongelijkheid/hoe-is-de-situatie-in-vlaanderen>

¹⁷ https://extranet.vaph.be/jaarverslag/2021-eerste-jaarhelft/Het-VAPH-in-cijfers-Eerste-jaarhelft-2021_23-03-2022.pdf

ben een onvervulde behoefte aan kinderopvang¹⁸. In de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) was de wachttijd tot het eerste face-to-face intakegesprek in 2018 al gemiddeld 50 dagen, en de wachttijd tussen het intakegesprek en de start van de behandeling nog eens gemiddeld 53 dagen¹⁹. Ook voor kinderen en jongeren worden alarmsignalen uitgezonden over mentaal welzijn en gepaste hulpverlening²⁰.

- **Ook COVID heeft als gezondheidscrisis in snel tempo een aantal knel- en aandachtspunten aan de oppervlakte gebracht²¹.** Men stootte bij de aanpak van de COVID-crisis op beleidssilo's waarbij ageren en communiceren binnen en over beleidsdomeinen heen niet vlot liep. We zagen een sterke nadruk op het verzekeren van fysieke gezondheid en een tekort aan aandacht voor de kwaliteit van leven, sociale contacten en geestelijke gezondheid. Mantelzorgers kwamen nog zwaarder onder druk te staan omdat professionele hulp en respijtzorg minder beschikbaar was. De drempels van digitale (on)vaardigheden en niet-inclusief communiceren tekenden zich duidelijk af. Tegelijk werd ook de kracht gevoeld van initiatieven die van onderuit groeiden waarbij burens elkaar ondersteunden, waarbij professionele hulpverleners creatief omsprongen met de mogelijkheden om zorg te verlenen via telefonische en online contacten of drempelbezoeken of waarbij professionals uit zorg en welzijn op eigen initiatief dienst- en domeinoverschrijdend gingen samenwerken om de extra noden op te vangen.

3. De juiste zorg op de juiste plaats

Een zo goed mogelijke kwaliteit van leven en een zinvolle plaats in de samenleving hebben, betekent dat de werkelijke zorg- en ondersteuningsnoden en vragen van mensen centraal moeten staan. De zorg-, hulp- en dienstverlening en maatschappelijke ondersteuning in verschillende beleidsdomeinen en sectoren moet dat faciliteren. De SERV pleit daarom voor een organisatie

¹⁸ Teppers, E., Schepers, W., & Van Regenmortel, T. (2019). Het gebruik van en de behoefte aan kinderopvang voor baby's en peuters jonger dan 3 jaar In het Vlaamse Gewest. <https://hiva.kuleuven.be/nl/nieuws/nieuwsitems/het-gebruik-van-en-de-behoefte-aan-kinderopvang-in-Vlaanderen-20190912>

¹⁹ https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2021/01/Uitgebreid-rapport-wachttijden_Def2.pdf en <https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg>

²⁰ <https://kinderrechten.be/advies/code-zwart-voor-mentaal-welzijn> en <https://kinderrechten.be/advies/jaarverslag-2020-2021-het-wachten-moe>

²¹ Zie bv <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/Paginas/zorg-afstand-wat-leren-eerste-ervaringen.aspx>, <https://www.vlaio.be/nl/begeleiding-advies/dossiers/corona-als-versneller-van-innovatie-de-zorg/corona-als-versneller-van>, <https://sociaal.net/ opinie/tien-lessen-uit-de-coronacrisis/>, <https://www.sciensano.be/nl/pershoek/covid-19-crisis-heeft-grote-impact-op-persoonlijk-professioneel-en-lichamelijk-vlak-voor-zorg-en>

van vermaatschappelijking van zorg met beide voeten op de grond, waarbij de juiste zorg op de juiste plaats (thuis of residentieel) voor iedereen haalbaar en toegankelijk is om de doelstelling van een zinvolle plaats in de samenleving voor iedereen maximaal te realiseren.

Vermaatschappelijking van zorg met beide voeten op de grond streeft naar een **evenwicht** tussen mensgerichtheid (zorg dragen voor de hele mens, ook rekening houdend met preferenties en mogelijkheden), economische evenwichtigheid (zinvol investeren in een gezonde samenleving met balans tussen 'cure' en 'care') en maatschappelijke inbedding (zorg verweven met de rest van de samenleving). De focus op deze drie elementen samen is belangrijk voor het behouden en versterken van het draagvlak voor het beleid rond en de publieke investeringen in zorg. Vermaatschappelijking van zorg is met voorsprong ook een toepassing van 'Health is in all policies'. Een zinvolle plaats in de samenleving vertaalt zich in het realiseren van een woonplaats, een job of activiteit, een opleiding of vorming en het aangaan van ontmoetingen en relaties, ook voor personen met een zorgvraag of personen in kwetsbare positie. In die zin is de vermaatschappelijking van de zorg sterk verbonden met het realiseren van (sociale) grondrechten en burgerschap.

Een geslaagde vermaatschappelijking van zorg steunt voor de SERV op volgende elementen:

- **Zelfzorg, informele zorg en professionele zorg- en welzijnsdiensten vullen elkaar naadloos aan en worden versterkt in zorgzame en levensloopbestendige buurten.** Dat vraagt o.a. een herdenking van processen van samenwerking tussen formele zorg, welzijn en informele zorg, een sterkere inzet op voldoende en nabije zorg, op preventie en op het benutten van (technologische) innovaties.
- **Vermaatschappelijking van zorg is een vorm van sociale bescherming.** Betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg en welzijnsondersteuning zijn voor iedereen belangrijk, maar vragen extra aandacht voor de kwetsbare groepen en de burgers die veel of langdurig zorg nodig hebben. Niemand mag zorg of hulp noodgedwongen uitstellen door problemen met betaalbaarheid of beschikbaarheid.
- **Zorg en ondersteuning verlenen als mantelzorger is draagbaar en deelbaar.** Dat vraagt om werkbare combinaties van taken (job en gezin) met het verlenen van informele zorg. De grenzen van mantelzorg worden gerespecteerd, voor en door de zorgvrager, de mantelzorger, de werkgever en de professionele zorg.
- **Werkbaar werk voor alle zorg- en welzijnsprofessionals.** Om voldoende en kwalitatieve zorg en ondersteuning aan te bieden, om zorg te dragen voor wie professioneel in zorg en welzijn aan de slag is (binnen een organisatie of als zelfstandige) én om voldoende krachten voor de sector aan te trekken, is een volgehouden inspanning nodig op het vlak van werkdruk, het psychisch welzijn, de combinatie van werk en gezin, de variatie van het takenpakket en de opleidings- en doorgroeimogelijkheden.
- **Taboes en discriminaties rond fysieke en psychische zorg worden doorbroken.** Een volwaardige deelname aan de samenleving of op de arbeidsmarkt is ook mogelijk voor personen die zorg en ondersteuning nodig hebben.
- **Een gezonde samenleving wordt beleidsdomeinoverschrijdend nagestreefd** (health in all policies) en zet vanuit verschillende invalshoeken in op het voorkomen van gezondheidsongelijkheid, gezondheidsrisico's en het bevorderen van gezonde leefstijlen.

4. Iedereen, alles, altijd, overal

Vermaatschappelijking van zorg verwijst voor de SERV naar het realiseren van een zinvolle plaats in de samenleving voor alle burgers²², waardoor gezondheidsongelijkheden (of de impact ervan) gereduceerd worden. Daar zijn vier belangrijke uitgangspunten aan verbonden: iedereen, alles, altijd en bijgevolg ook: overal.

Iedereen, uit welke bevolkingsgroep dan ook, moet gevat worden door de principes en operationalisering van vermaatschappelijking. Het gaat niet alleen over ouderen, maar ook over volwassenen op actieve leeftijd, jongeren en kinderen. De aandacht gaat ook niet alleen naar individuen, maar ook naar gezinnen en de collectiviteiten waar individuen samen leven, werken of ontmoeten. Vermaatschappelijking moet ook een antwoord bieden op de grote diversiteit aan noden en vragen. Het is daarbij onbelangrijk welke bron die diversiteit heeft: leeftijd, geslacht, zorg- of ondersteuningsnood, religie, politiek, cultureel, ...

Een zinvolle plaats in de samenleving realiseren verwijst naar een integrale benadering voor het realiseren van ieders grondrechten. Die doelstelling kan enkel gerealiseerd worden door te werken op **alle** levensdomeinen, zoals werk, opleiding, wonen, gezondheid en relaties. Vermaatschappelijking vraagt een zorgzaamheid over ieders fysiek, mentaal en sociaal welzijn. Het streven voor iedereen naar een zinvolle plaats in de samenleving en de betrokkenheid van verschillende zorgcirkels²³ impliceert de betrokkenheid van én de afstemming tussen diverse actoren en beleidsdomeinen. Het gaat hier immers niet alleen over de organisatie van preventie, zorg en welzijn maar ook over onderwijs en persoonlijke ontwikkeling, tewerkstelling, wonen en nutsvoorzieningen, sociale cohesie, ruimtelijke ordening en beschikbaarheid van (basis)diensten. De verwevenheid van levensdomeinen, van actoren en de nood aan een maatschappelijk draagvlak maakt van de vermaatschappelijking van de zorg een “health in all policies” verhaal.

Vermaatschappelijking van zorg is **altijd** aanwezig en start niet pas wanneer problemen of zorgnoden aan de oppervlakte komen. Vermaatschappelijking moet zich organiseren als een continuüm met een antwoord op preventieve, proactieve, outreachende en curatieve vragen en noden²⁴. Preventief en proactief werken moet meer aan belang winnen. Ze zijn noodzakelijk om vermaatschappelijking van zorg te laten slagen.

²² [SARWGG Visienota Integrale Zorg En Ondersteuning](#)

²³ Zie WHO (2015), WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report . https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf

²⁴ Er is geen dichotomie tussen niet en wel afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning. Er bestaat hier ook een link met de definitie die we geven aan gezondheid: gezondheid is niet meer ‘een volledige lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn’ maar is meer geëvolueerd naar ‘een vermogen om zich aan te passen en de eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven’. Vermaatschappelijking van de zorg is niet (uitsluitend) te vatten in een medisch model van genezing en herstel. Het gaat eerder over een focus op zo lang en zo goed mogelijk de kwaliteit van leven behouden.

De (nood aan) zorg en ondersteuning zit **overall** en volgt burgers door hun leefomgeving en levensloop. De nood aan zorg kan kortstondig, tijdelijk, langdurig of permanent zijn. De nood aan zorg verschilt ook in intensiteit, aanpak, betrokken actoren, ... Vermaatschappelijking gaat fundamenteel over de verschuiving van 'cure' naar 'care' met een brede definitie van gezondheid. Gezondheid is niet de afwezigheid van ziekte maar een staat van kwaliteitsvol leven. Vermaatschappelijking van zorg moet conceptueel en in de praktijk burgers ten allen tijde in staat stellen om zo kwaliteitsvol als mogelijk te leven, thuis of residentieel. Dat scherpt het perspectief aan dat 'zorg' geen uitzonderlijke toestand is en nood heeft aan een permanente, toegankelijke en zichtbare plaats in de samenleving. Zorg start in de eerste plaats altijd met zelfzorg. Wanneer zelfzorg ontoereikend is of niet meer lukt, komen ook andere vormen van zorg in het vizier. Gebruik van informele en formele zorg en ondersteuning blijft wel altijd een vrije keuze.

Vermaatschappelijking heeft bijgevolg een sociale en een structurele component waarop drempels²⁵ weggewerkt moeten worden. De **sociale component** heeft te maken met de mate van aanvaarding van zorg en kwetsbaarheid binnen de samenleving. De vermaatschappelijking kan enkel succesvol zijn als er in de samenleving met een draagvlak en werkbaar evenwicht rond inclusie, integratie én specifieke dienstverlening of opvang voor de kwetsbare burgers en/of burgers met een zorgvraag. Burgers moeten zich ondersteund voelen en niet het gevoel hebben dat ze alleen staan met hun zorgvraag. De professionele zorg treedt dus niet terug, maar wordt versterkt op het vlak van outreachend werken en van samenwerking tussen verschillende zorgverleners. De **structurele component** verwijst naar drempels en uitsluitingsmechanismen die ingebouwd zitten in maatschappelijke structuren en die participatie verhinderen. Vermaatschappelijking van de zorg kan enkel succesvol geïmplementeerd worden als er geen ingebouwde uitsluitingsmechanismen in het beleid of in de uitbouw van zorg en diensten. Belangrijke structurele drempels zijn bijvoorbeeld fysieke afstand tot zorg (en gebrekkige mobiliteit), betaalbaarheid, wachtlijsten, administratieve procedures, toegangsvoorwaarden, ingewikkeld taalgebruik ... Ingebouwde uitsluitingsmechanismen kunnen er ook voor zorgen dat mensen in een kwetsbare positie geen werk kunnen vinden zoals anderen, niet naar school kunnen gaan of de bus niet kunnen nemen.

5. Zorg op ieders maat

Vermaatschappelijking van zorg vereist dat zorg en welzijn georganiseerd worden op een manier die aansluit op wat mensen willen en nodig hebben. In theorie biedt deze manier van horizontaal werken de regie aan burgers en zorgvragers en aan hun netwerk om de nodige zorg en ondersteuning te vinden en te gebruiken. In de praktijk vraagt dat om maatwerk dat inspeelt op de

²⁵ Er kan daarbij een onderscheid gemaakt worden tussen primaire en secundaire drempels. Primaire drempels zijn persoonlijke- of systeemkenmerken waardoor de participatie aan de samenleving bemoeilijkt wordt. Secundaire drempels zijn kenmerken die bij alle groepen in de samenleving voorkomen, maar die extra uitvergroot zijn bij personen in een maatschappelijk kwetsbare positie.

individualiteit en diversiteit van zorg- en ondersteuningsvragen (5.1), op het gebruik van informele zorgvormen (5.2) maar waarbij ook meer ingezet moet worden op beter samen zorgen (5.3), en op de nabijheid van zorg en ondersteuning (5.4). Vermaatschappelijking van zorg is zo een schoolvoorbeeld voor de implementatie van **proportioneel universalisme**: vanuit het rechtvaardigheidsprincipe richt men zich altijd tot iedereen, maar het aanbod varieert volgens de ondersteuningsnoden van een groep of persoon.

5.1 Zoveel mensen, zoveel vragen

Zorg- en ondersteuningsvragen nemen verschillende vormen aan. Ze beantwoorden is **altijd persoonsgericht maatwerk**, een one-size-fits-all aanpak bestaat niet. We moeten vaststellen dat de vermaatschappelijking van zorg in de huidige vorm of invulling niet voor iedereen even goed werkt of voor iedereen even haalbaar is. De mogelijkheden van de persoon zelf om de regie over de eigen zorg te houden én de intensiteit van de zorgvraag zijn bepalend. De (on)beschikbaarheid van informele zorg en ondersteuning heeft een impact op het potentieel van regie over de eigen zorg. Dit onderstreept het belang aan van zorg op maat.

Vermaatschappelijking werkt voor de personen die al relatief sterk staan omdat hun (sociale) grondrechten vervuld zijn: wonen, inkomen, relaties, ... Zij slagen erin om ook op andere vlakken hun rechten te realiseren, wanneer ze zorg of ondersteuning nodig hebben en daar ook zelf de regie over te houden. Het omgekeerde geldt voor wie er (zelf) niet of minder in slaagt om de eigen sociale grondrechten te vervullen. Zij hebben meestal ook hulp nodig bij het zoeken naar de juiste zorg en ondersteuning. Wanneer ze nog kunnen beschikken over een (sterk) eigen netwerk van familie of burens, bieden er zich zo kansen aan om de juiste zorg- of ondersteuningsrelaties tot stand te brengen. Wanneer ook dat eigen netwerk voor informele zorg ontbreekt of heel beperkt is, is professionele ondersteuning nodig om die regie toch maximaal bij de zorgvrager (en/of de mantelzorger) te kunnen leggen. Die professionele ondersteuning (bv. via sociaal werkers, sociaal verpleegkundigen, gezinszorg, ...) is dan nodig om de zorgvragers te 'empoweren', te ondersteunen en te stimuleren tot meer zelfzorg, gezond gedrag te promoten en hen actief te begeleiden bij zelf- en mantelzorg maar ook om de zorg- en ondersteuningsvragen te verduidelijken, om door inschakeling van formele en informele hulp op gepaste manier de zorg- en ondersteuningsvragen te beantwoorden en om samen met de zorgvrager te zorgen voor voldoende doorstroming van informatie tussen de verschillende hulp. De professionele ondersteuning neemt geen beslissingen en biedt vooral informatie, ondersteuning, begeleiding en keuzeopties aan. Het is aan de zorgvrager (en/of de mantelzorger) zelf om te bepalen welke hulp ingeschakeld wordt.

Inspiratie ?

Persoonsgerichte zorg, zorg die is afgestemd op iemands **persoonlijke interesses, noden en voorkeuren**. Het lijkt een evident uitgangspunt, maar is het vaak niet. Hoe hou je bijvoorbeeld voldoende rekening met wie iemand diep vanbinnen echt is, wat iemand wil of kan? Hoe bouw je een relatie op met je zorgvragers? Hoe laat je iemand die zich niet goed kan uitdrukken toch meebeslissen? Het vraagt een **omslag in denken** over zorg die nog te weinig is gekend. In persoonsgerichte zorg staan drie componenten centraal: de persoon achter de zorgvrager leren kennen, bouwen aan een relatie en samen beslissingen nemen. Om zorgverleners en leidinggevenden handvaten te bieden om meer persoonsgericht te werken, ontwikkelde KdG een [inspiratiehandboek met wegwijzer](#).

Een tweede bepalende factor is de intensiteit van de zorg- en ondersteuningsvraag. De intensiteit verloopt via twee assen : van een beperkte en afgelijnde vraag naar intensief en alomvattend op de ene as en van eenmalig en zeer tijdelijk naar permanent op de andere as. In de praktijk houdt dat in dat er geen dichotomie bestaat tussen wel en geen nood aan zorg. Iedereen heeft in min of meerdere mate zorg en ondersteuning nodig waarvan de intensiteit verschilt over de tijd. Voor al deze situaties is er een gepast zorgaanbod nodig om aan de noden van burgers te beantwoorden: van vrij informeel en heel laagdrempelig tot intensief en gespecialiseerd. Dat wil ook zeggen dat er vlotte bij- en afschakeling mogelijk moet zijn. We moeten bovendien zoveel als mogelijk vermijden dat zwaardere zorgvragen ontstaan. Het belang van preventief, proactief en sensibiliserend werken mag niet onderschat worden (zie ook 6). Het is belangrijk dat de zorg- en welzijnsorganisaties en professionals voor al deze types van zorgvragen een gepaste aanpak hanteren.

5.2 Zorg dragen voor elkaar

In vermaatschappelijking van zorg is mantelzorg²⁶, waarbij we zorg dragen voor onze naasten en buren, cruciaal doorheen het hele continuüm van zorg met een gedeeld engagement tussen formele en informele zorg. De **integratie van mantelzorg in het continuüm van zorg** vraagt een her-organisatie van zorg en welzijn (zie 5.3 en 5.4) én een overheidskader dat mantelzorgers erkent en getrapt en op maat ondersteunt.

Mantelzorg is heel laagdrempelig, nabij (door gezins- of familieleden, door buren) en beschikbaar. Burgers nemen die zorg vrijwillig op vanuit een emotionele band met degene die zorg nodig heeft of vanuit een vorm van burgerschap of gemeenschapsgevoel. Mantelzorg draagt daarmee bij tot een grotere mate van inclusie in de samenleving. Kleine vragen (bv. advies, boodschappen, administratie, ...) kunnen vaak opgelost of ondersteund worden zonder tussenkomst van professionele diensten. Daarnaast hebben ze vaak ook een rol in de aanvulling van de professionele zorg- en dienstverlening. Het informele netwerk van een zorgvrager draagt er zo toe bij dat de hulp van professionele zorg en ondersteuning opgevolgd én versterkt wordt, dat ambulante zorg (langer) mogelijk blijft en/of een verblijf in een residentiële setting uitgesteld kan worden. In samenspraak tussen zorgvrager, mantelzorger en formele zorg moet gewerkt worden aan haalbare zorg voor iedereen. Dit is ook het zoeken naar een evenwicht tussen Aging in Place (zo lang mogelijk thuis blijven wonen) en Moving in Time (op tijd verhuizen naar een aangepaste woning en locatie).

De inzet van mantelzorg is geen vrijgeleide tot de afbouw van formele zorg of tot een terugtrekkende overheid. Het is goed om een positief pleidooi te houden voor mantelzorg en de ondersteuning ervan. Mantelzorg heeft evenwel ook duidelijke grenzen. Die grenzen situeren zich op persoonlijk, sociaal en economisch vlak:

²⁶ We gebruiken in deze tekst mantelzorg als term om te verwijzen naar verschillende types van informele en vrijwillige zorg.

- Mantelzorg is altijd een **vrije keuze**, zowel aan de kant van de zorggever als aan de kant van de zorgvrager. Het kan dus nooit opgedrongen of verplicht worden.
- Mantelzorg is **niet altijd de meest geschikte zorgvorm**: Mantelzorg houdt een risico in op rolconflicten (bv. als kind het incontinentiemateriaal van ouders verschonen), op overbelasting (bv. geen tijd meer voor zelfzorg omdat er 24/7 zorg geboden moet worden, foute tiltechniek met eigen gezondheidsrisico, moeilijke combinatie van betaald werk en informele zorg), op vereenzaming van de zorgvrager (bv. omdat de mantelzorger maar enkele uren per week langskomt en er verder geen andere contacten meer zijn) en van de mantelzorger (bv. omdat de zorg zoveel druk zet dat er geen tijd meer is voor werk of sociale contacten buiten de zorgcontext) en op kwaliteitsproblemen (ondanks de goede bedoelingen van de mantelzorger bv. wonen in een onaangepaste leefomgeving, niet de juiste dieetvoeding, onzorgvuldig toedienen van medicatie, te laat opmerken van alarmerende signalen, ...).
- Mantelzorg **vervangt de formele zorg niet**: het professionele zorgaanbod moet toereikend, toegankelijk, beschikbaar en betaalbaar blijven voor iedereen die er gebruik van wil of moet maken.
- Er is altijd een **samenwerking en afstemming nodig tussen informele en formele zorg**. Het gaat om het versterken van de wisselwerking tussen de mantelzorgers en de professionele zorgverstrekkers: welke taken zijn mogelijk via informele zorg en hoe worden die best uitgevoerd (bv. valpreventie, hef- en tiltechnieken, medicatie toedienen, vraagverduidelijking, ...), welke signalen zijn belangrijk om op te pikken bij het verlenen van zorg (bv. meer slapen, niet meer willen eten/drinken, psychische zorgnoden opmerken), opties in verband met respijtzorg ... (5.3 en 5.4)
- Alle mantelzorgers moeten **ruimte en tijd** krijgen voor de rol die ze opnemen. Naast gezin en betaald werk zijn zorgtaken voor veel gezinnen een derde balanselement geworden. Een goede aanpak moet voorkomen dat mensen uitvallen en zorgt dat zij gezond en gemotiveerd kunnen blijven functioneren en werken.

Sinds 2016 zorgt een Vlaams Mantelzorgplan²⁷ voor een meer gecoördineerde visie en aanpak. Gelet op de uitdagingen van vermaatschappelijking van zorg, de combinatie van betaalde arbeid met mantelzorg, de werking van de arbeidsmarkt en de continuïteit in de ondernemingen benadrukt de SERV het belang van een **sterk en coherent mantelzorgplan**²⁸ met voldoende en diverse maatregelen en ondersteuning, zowel voor wie werkt, als voor wie werkzoekend is, voor wie nog niet of niet meer actief op de arbeidsmarkt en voor ondernemers en zelfstandigen. Het plan moet voldoende handvaten bevatten voor een **getrapte en individuele aanpak** (maatwerk)

²⁷ <https://www.vlaanderen.be/publicaties/nabije-zorg-in-een-warm-vlaanderen-vlaams-mantelzorgplan-2016-2020>, met recent een vernieuwd plan: <https://www.mantelzorgers.be/Documents/Mantelzorgplan%202022-2024.pdf>

²⁸ Zie https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20220620_Mantelzorgplan_ADV.pdf

om mantelzorg te faciliteren²⁹ én voor een organisatie van zorg en ondersteuning die formele en informele zorg laat samenwerken (zie verder in 5.3).

De SERV noteert daarbij dat de mogelijke hefboomen van het Vlaamse beleidsniveau afgebakend en beperkt zijn. Het is bijgevolg belangrijk om die mogelijkheden optimaal te benutten. Tegelijk vraagt de bestaande bevoegdheidsverdeling tussen het federale en Vlaamse niveau bijzondere aandacht. De maatregelen die genomen worden op één niveau hebben een impact op het realiseren van doelstellingen op het andere beleidsniveau. Het blijft daarom ook belangrijk om inter-federaal de dialoog open te houden om op ieder niveau de beleidsdoelstellingen te realiseren en maatregelen af te stemmen. Het is belangrijk dat ook de sociale partners op het geijkte niveau betrokken worden.

De SERV ziet volgende elementen als cruciaal voor een coherente ondersteuning van mantelzorg:

- Beschikbaarheid van **centrale, duidelijke en goed vindbare informatie** over de diverse aspecten van mantelzorg en informele zorg. Deze informatie moet beschikbaar zijn als een inclusieve dienstverleningsmix met een online en offline aanbod gericht op diverse groepen mantelzorgers en met inclusief taalgebruik. De informatie moet ook begrijpbaar zijn wie beperkt geschoold of geletterd is.

Het online platform www.mantelzorgers.be geldt als een goede start om mantelzorgers te versterken maar kan zeker nog verder verbeterd worden. Mogelijke pistes zijn om een verregaandere integratie te realiseren van andere informatiebronnen en tools voor doelgroepen (bv. voor anderstaligen of jonge mantelzorgers), van het gebruik van filmpjes en webinars, van mogelijkheden voor online consultaties met een (mantelzorg)consulent, ...

Inspiratie ?

Via het coachingprogramma Mantelkracht gaat de praktijkwerker de draagkracht van mantelzorgers verhogen. Het programma is gebaseerd op vijf pijlers:

- Langdurig en frequent samenkomsten
- Groeps- en individuele bijeenkomsten
- Positief en waarderend samenwerken
- Continue inbreng van de mantelzorgers
- Mix van activiteiten.



Ook voor werkgevers kan dit het referentieplatform worden. Dat moet bestaan uit het verspreiden van kennis over de uitdagingen waar mantelzorgers mee kampen wanneer ze ook aan het werk zijn, inspireren en ondersteunen rond mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid en goede praktijken delen (bv. hoe mantelzorg bespreekbaar maken op de werkvloer,

²⁹ Zie bv ook <https://hiva.kuleuven.be/nl/nieuws/docs/rapport-combineren-van-mantelzorg-en-werk.pdf>

“We beseffen dat het, noch voor het beleid, noch voor werkgevers, vanzelfsprekend is om iedere mantelzorger volledig op maat te ondersteunen. Daarom pleiten we voor een geheel van mogelijke opties waaruit mantelzorgers “à la carte” kunnen kiezen om tegemoet te komen aan hun eigen, unieke wensen en noden. Daarbij moet de nodige flexibiliteit ingebouwd worden, om niet enkel te kiezen, maar vooral te kunnen blijven kiezen in functie van veranderingen in het leven.”

hoe als team omgaan met plotse mantelzorgvragen). Zowel voor grotere als voor middel-grote en kleine ondernemingen en organisaties moet er specifieke inspiratie en ondersteuning geboden worden.

Voor mantelzorgers/zelfstandigen is het eveneens nodig om specifieke informatie en inspiratie te voorzien die helpt om de zorgtaken in te passen en de continuïteit van hun zaak te garanderen en faciliteren.

Tegelijk moet er ook lokaal informatie of ondersteuning beschikbaar blijven voor de zorgvragers en mantelzorgers die digitaal minder vaardig zijn of die een complexere vraag hebben. Lokale of regionale mantelzorgverenigingen met contactpunten vormen bv. een volwaardig niet-digitaal alternatief én uitbreiding voor het online aanbod. Mantelzorgers hebben niet allen nood aan feitelijke informatie, maar ook aan op verhaal komen en het uitwisselen van hun ervaringen. Hierin spelen mantelzorgverenigingen en zelfhulpgroepen (bv. ouders of partners van...) een onvervangbare rol. De overheid dient deze netwerken te ondersteunen en kan via diverse kanalen ook bijdragen aan de bekendmaking en vindbaarheid van deze verenigingen.

- Het bestaande **mantelzorgstatuut** is een federale bevoegdheid maar is tegelijk voor Vlaanderen een van de belangrijke hefboomen om het belang van mantelzorg voor de samenleving zichtbaar te maken, te erkennen en te faciliteren. Het statuut verdient daarom een goede bekendheid in Vlaanderen en moet samengaan met een afgestemd pakket aan ondersteuning en voordelen. De erkenning van mantelzorg op zich en de toekenning van mantelzorgverlof ligt aan federale zijde. Vlaanderen kan aan dit statuut wel bijkomende ondersteuning koppelen zoals onder andere de (online of fysieke) toegang tot een mantelzorgcoach of -consulent³⁰, versterkende opleidingen³¹, toegang tot psychologische bijstand, toegang tot respijtzorg, mogelijkheden tot bijkomende ondersteuning, mantelzorgpremie, enz.

Er moet daarbij zeker specifieke aandacht uitgaan naar wie behoort tot de kansengroepen en naar jonge mantelzorgers. Ook deze groepen moeten goed geïnformeerd en ondersteund worden rond het opnemen van mantelzorg. Zonder ondersteuning ontstaat het risico dat de mantelzorger geen rechten opneemt en/of noodgedwongen oneigenlijk gebruik gaat maken van andere uitkeringsstelsels voor werkloosheid en ziekte om mantelzorg mogelijk te maken.

De huidige tweedeling tussen het algemeen erkenningsattest en het erkenningsattest met een sociaal voordeel voor één jaar³² lijkt onvoldoende flexibel om op maat te werken van

³⁰ Zie bv <https://www.zorgleuven.be/welk-soort-zorg-wil-je-krijgen/thuiszorg/ondersteuning-bij-mantelzorg>

³¹ Zie bv <https://www.samana.be/mantelzorg/>, <https://www.coponcho.be/>,

³² Het Algemeen erkenningsattest is een algemene erkenning van de mantelzorger. Het attest is gebonden aan een aantal voorwaarden en is na aanvraag geldig tot het wordt stopgezet. Er staat geen beperking op het aantal erkennende mantelzorgers dat de zorgvrager mag hebben. De erkenning met het sociaal voordeel is nodig als men mantelzorgverlof wil aanvragen. De erkenning is gebonden aan striktere voorwaarden zowel rond de zorgvrager als voor de mantelzorgers en is maar 1 jaar geldig. Het aantal mantelzorgers met deze erkenning is beperkt tot drie per zorg-

iedere mantelzorger. De SERV pleit er daarom voor om op basis van (bestaand) onderzoek rond de noden en behoeften van de mantelzorgers en een brede dialoog met mantelzorgers, mantelzorgcoaches en – consultants, werkgevers en de professionele zorg te bekijken welke hefboomen Vlaanderen kan gebruiken om meer te werken op maat van de noden van de mantelzorgers. (zie ook 9.2)

- De facilitering van de combinatie van mantelzorg met betaald werk, steunt in de praktijk vooral op een **dialoog tussen werknemer en werkgever met een flexibele houding aan beide kanten**³³. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgever en werknemers om afspraken te maken die wederzijds mantelzorg faciliteren en voor hen beide haalbaar zijn. Deze dialoog heeft als doelstelling de noden en vragen van zowel werknemer als werkgever goed in kaart te brengen (wat is er nodig om de taak als mantelzorger op te nemen / wat is belangrijk voor de organisatie van het werk en het team ?) en in overleg afspraken te maken (welke oplossingen zijn voor iedere partij nodig en haalbaar?). Het gaat om zoeken naar een werkbare balans tussen voldoende tijd voor zorg en gezin, aan- en afwezigheid op de werkvloer en het adequaat uitvoeren van de professionele taken (continuïteit in de onderneming). Vaak zit het faciliteren van mantelzorg en het vermijden van uitval op het werk in kleine dingen: bespreekbaarheid op de werkvloer met collega's, mogelijkheid van telefonische beschikbaarheid van de mantelzorger tijdens de werkuren, afspraken rond het laat aanvragen van verlof/verlet om thuis bijstand te kunnen verlenen, meer mogelijkheden rond thuiswerk of het flexibeler omspringen met werkschema's. Daarbij moet het duidelijk zijn dat niet iedere vraag van de werknemer of iedere vraag van de werkgever altijd ingewilligd kan worden. Er zal telkens een overleg en compromis nodig zijn. Goede afspraken vormen de beste garantie voor wederzijds begrip tussen de werknemer-mantelzorger en de werkgever. Dit is de kern van een **mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid**.
- Een vraag naar mantelzorg kan een impact hebben op de arbeidsorganisatie en de werkdruk in een onderneming. Naast het invullen van de informatiebehoefte van ondernemingen en het ondersteunen van een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid helpt waar nodig ook een gerichte aanpak met (kennisversterking over) **specifieke maatregelen voor ondernemingen**. Het gaat dan bv. om maatregelen om plotse extra noden binnen de arbeidsorganisatie omwille van mantelzorg op te vangen (bv. voor het engageren van tijdelijke werknemers, voor extra prestaties door collega's) en het beperken van administratieve lasten die gepaard gaan met mantelzorg en mantelzorgvriendelijke maatregelen in de onderneming. Een stroomlijning (en integratie) van de bestaande informatie en tools via www.mantelzorgers.be is alleszins al aan te bevelen. De noden van en mogelijkheden voor

vragers. Zie de federale wet van 12 mei 2014 betreffende de erkenning van de mantelzorger die een persoon met een grote zorgbehoefte bijstaat. De nodige uitvoeringsbesluiten gingen in op 1 september 2020.
<https://www.mantelzorgers.be/Pages/Mantelzorgstatuut.aspx>

³³ Zie bv. https://www.kcgezinswetenschappen.be/sites/default/files/publicaties/sandwichcoach_tool_voor_werkgevers_leidinggevenden_0.pdf

de werkgevers vragen verder ook om extra aandacht in toekomstig onderzoek rond en evaluaties van het mantelzorgbeleid.

- **Mantelzorgverlof** is een belangrijk instrument dat mantelzorgers kan helpen om zich voor een beperkte tijd geheel of gedeeltelijk terug te trekken van de arbeidsmarkt om hun rol te vervullen en (eventueel) de combinatie van zorg, gezin en werk mogelijk te houden. Een algemeen kader rond mantelzorgverlof houdt idealiter rekening met heel uiteenlopende en flexibele vragen voor tijdelijke terugtrekking én met een flexibele arbeidsmarkt. Ook hier is het nodig om specifiek verlof in te zetten op maat van een individuele vraag, met een flexibel toepassingsgebied en -voorwaarden en in overleg tussen de werknemer-mantelzorger en de werkgever. Het globale kader rond mantelzorgverlof is een federale bevoegdheid. Het is voor SERV daarom belangrijk dat Vlaanderen daarrond blijft samenwerken met het federale niveau in functie van het realiseren van de eigen beleidsdoelstellingen.

Daarnaast kan Vlaanderen ook een aanvullende rol opnemen via premies. **Aanmoedigingspremies** voor zorgverlof moeten vooral de waardering voor het verlenen van mantelzorgverlof zichtbaar maken maar moeten mantelzorg ook voor iedereen financieel haalbaar maken, zeker voor wie een laag (gezins)inkomen heeft. De aanmoedigingspremies voor zorgverloven en thematische tijdscredieten hebben zeker nood aan een alignering (met uitbreiding) op de federale systemen³⁴. Vandaag bestaat er ook een versnipperd systeem van (lokale) **mantelzorgpremies**. Daar moet meer stroomlijning in komen en zou voor elke burger gelijk moeten zijn. Ook hier is beleidsniveau overschrijdend overleg nodig om tot coherent beleid voor de ondersteuning van mantelzorgers te komen.

- Vermaatschappelijking van zorg kan niet los gezien worden van (lokale) hulp- en dienstverlening die inspeelt op de noden en vragen van zorgvragers en hun mantelzorgers. In het kader van **lokaal sociaal beleid en lokaal gezondheidsbeleid** hebben de lokale besturen keuzes te maken ter ondersteuning van mantelzorg en in het ondersteunen van mantelzorgorganisaties. Hierin past ook de versterking van een nabij aanbod aan centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra, respijtzorg en erkende diensten voor oppashulp. Dat zou ook versterkt moeten worden in het kader van mantelzorgondersteuning (zie ook 9.1).

5.3 Beter samen zorgen

Bij vermaatschappelijking van zorg staan de behoeften, vragen en doelstellingen van de zorgvrager en de naaste omgeving centraal. Hoe daaraan beantwoord wordt, is altijd onderwerp van overleg tussen de zorgvrager én de professionals waarbij er een balans gezocht wordt tussen de wensen van de zorgvrager en de expertise van de professional³⁵. Ze participeren beide gelijk-

³⁴ Zie bv https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20210215_Aanmoedigingspremie_Mantelzorg.pdf

³⁵ Het plan "Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid" (IMC 19 oktober 2015) hanteert volgende omschrijving: "Een persoon met een chronische aandoening heeft behoeften die niet louter medisch zijn (diagnose, planmatige en evidence-based behandeling, symptoombestrijding, pijnbestrijding, vermijden van complicaties), maar ook psychologisch (nood aan informatie, emotionele steun), sociaal (hulp in het dagelijks leven, integratie in de maatschappij) en spiritueel van aard zijn. (...) Ons gezondheidssysteem moet in deze verschillende noden kunnen voorzien. Dit vraagt

waardig aan de besluitvorming, met een wederzijdse informatie-uitwisseling. Dat maakt deel uit van het werken aan volwaardig burgerschap.

Tegelijk moet ook de samenwerking van organisaties en professionals uit diverse expertise in zorg en welzijn nog verder versterkt en aangemoedigd worden om vermaatschappelijking van zorg te realiseren. Multidisciplinariteit en diversiteit in en tussen de werkingen wordt dan een sterke troef om zorg en (welzijns)ondersteuning meer geïntegreerd aan te pakken. Veel zorg- en hulpverleners zitten al lang niet meer op een eiland met oogkleppen op. Er bestaan al heel wat mooie samenwerkingen tussen de GGZ, het welzijnswerk, tussen WZC's en gezinszorg, huisartsen, ziekenhuizen, enz. Toch ziet de SERV nog ruimte voor verbetering. Een nieuw of aangepast model van zorgorganisatie met meer samenwerking gaat altijd gepaard met zorgzame transities, voor de organisaties zelf, de betrokken zorgprofessionals én de zorgvragers.

Samenwerking is nodig vanuit het perspectief van de zorgvrager én van de zorgprofessional/organisatie. Vanuit het perspectief van de **zorgvrager** is het samenwerken van de sectoren zorg en welzijn dé voorwaarde om zorgvragen geïntegreerd en vanuit een doorgaande lijn aan te pakken en vanuit verschillende invalshoeken te werken aan de meest gepaste ondersteuning. Dit is ook belangrijk vanuit het perspectief van zorgcontinuïteit over de tijd heen (tijdig aan-, bij- en afschakelen van professionele zorg) met warme overdrachten tussen verschillende professionals en organisaties. Vanuit het perspectief van de **organisaties** van de sectoren zorg en welzijn zorgt samenwerking voor een meer interdisciplinaire aanpak, zowel binnen organisaties zelf (bv. tussen verschillende expertises) als tussen organisaties (o.a. op de domeinen zorg, welzijn, onderwijs en wonen). Er is een gedifferentieerde aanpak nodig voor algemene en permanente samenwerking en voor afstemming rond individuele cases.

Inspiratie ?

[Mantelzorgvriendelijke aanpak tijdens de overgang van de thuissituatie naar een woonzorgcentrum](#)

De **organisatie van de zorg en het zorgmodel** moet deze manier van werken stimuleren en faciliteren. Dat wil zeggen dat binnen de professionele zorg meer tijd en ruimte wordt gemaakt om te vertrekken vanuit de zorgbehoeften van een zorgvrager én om samen te werken vanuit verschillende expertises en disciplines. Er moet daarbij ingezet worden op structurele samenwerkingen tussen professionals en organisaties³⁶. Projectmatige samenwerkingen zijn belangrijk in de opstartfase om de juiste modus vivendi te vinden maar er moet van bij de start ook al nagedacht worden over de verduurzaming van de samenwerking en de verankering in de verschillende organisaties. Projecten zijn op het terrein verwarrend omdat men telkens opnieuw moet uitzoeken wie waar mee bezig is. De eerstelijnszones en zorgraden kunnen hier als verbindende en structurele actor een rol opnemen.

om een paradigmashift van een ziekte-georiënteerde zorg, naar een zorg die vertrekt vanuit de capaciteiten en doelstellingen van de patiënt.”

³⁶ Een voorbeeld hiervan is het organiseren van een volledig GGZ-aanbod voor volwassenen en ouderen. Om dat te realiseren, werden er zorgnetwerken en zorgcircuits opgezet. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/artikel-107-hervorming-van-de-geestelijke-gezondheidszorg>

De SERV ziet hierin volgende hefbomen om dat te faciliteren:

- **Triadisch werken** (zelfzorg – informele zorg – professionele zorg) legt de link met regie over het eigen leven en versterkt de organisatie van een zorgcontinuüm. Op maat en op niveau van zorgvragers en/of mantelzorgers moet nagegaan worden welke zorgnood er is en wat daarbij opgenomen kan worden als zelfzorg en als mantelzorg en welke professionals en welke organisaties bijkomend ondersteunen. Er wordt telkens gewerkt vanuit evenwaardigheid van de betrokkenen. De professionele zorg neemt de zorgvragers en/of mantelzorgers niet uit handen wat ze nog zelf kunnen doen, maar ondersteunt zelf- en mantelzorg en schakelt tijdig professionele zorg bij waar nodig. (cfr verpleegkundige die iemand elke dag uit bed gaan halen versus hef- en tiltechnieken aanleren aan de mantelzorger).
- Mantelzorgers moet nog meer **erkend en gehoord worden in het overleg met de professionele zorg**. Sommige zorgvragers kunnen niet zelf de regie over hun zorg opnemen maar hebben daarbij ondersteuning nodig van een mantelzorger, een sociaal werker, -verpleegkundige of trajectbegeleider. De regelgeving, o.a. rond privacy en het delen van medische gegevens, moet hierop aangepast zijn. Mantelzorgers kunnen signalen uit de informele zorgcontext delen met de professionele zorg. Andersom delen de professionele zorgverleners met hen duidelijke instructies voor het verlenen van de informele zorg. De mantelzorger vervangt de professionele zorg niet maar kan die wel versterken door hen mee te betrekken, duidelijke vragen te stellen en aandachtspunten mee te geven voor en uit de verzorging.
- Goede **informatieverstrekking** aan de zorgvragers, met bv. met decision aids die ze mee naar huis kunnen nemen om een waarde-afweging te maken en te bespreken met mantelzorger, dragen er toe bij dat de zorgvrager beslissingen kan nemen met juiste en volledige informatie en versterkt de gelijkwaardigheid.
- **Sociaal verpleegkundigen, sociaal werkers en buurtzorgregisseurs leggen verbindingen**. Ze spelen een belangrijke rol om outreachend te werken en om (mee) de juiste verbindingen te leggen als de zorgvragers daar zelf niet in slagen. Zij zoeken naar of en hoe mensen voor zichzelf kunnen, wat het netwerk van de zorgvrager kan opnemen, ze schakelen bij waar dat nodig is en schakelen terug waar dat kan. Ze zorgen voor netwerkontwikkeling (zie ook 5.4). De blik moet hier zeker ook breder zijn dan enkel zorg en welzijn. Ook andere domeinen zoals bv huisvesting en onderwijs moeten meegenomen worden.

Inspiratie ?

SOFA staat voor Samenwerken, Ondersteunen, Faciliteren en Afstemmen. Deze handelingen zijn telkens gekoppeld aan een van de rollen van een mantelzorger. Het helpt je om op de juiste manier om te gaan met de rol van een mantelzorger van dat moment.

- Samenwerken: partner in de zorg
- Ondersteunen: hulpvrager bij overbelasting
- Faciliteren: persoonlijke relatie van de hulpvrager
- Afstemmen: expert die alles weet van de hulpvrager-model

Inspiratie ?

[Doelgerichte zorg is een basishouding - Thuis in de eerste lijn \(fonds-danieldeconinck.be\)](https://fondsdanieldeconinck.be/)

- **Samenwerken is meer dan doorverwijzen.** Als zorgvrager moet je van een zorgverlener op iedere vraag een gepast antwoord krijgen, zonder dat je het gevoel krijgt dat je van “het kastje naar de muur” wordt gestuurd. Dat wil niet zeggen dat de zorgverlener je altijd kan helpen, maar je mag niet losgelaten worden voor je zorgvraag beantwoord wordt. Systeemaspecten en organisatiestructuren moeten het individuele medewerkers mogelijk maken om dat te realiseren. Daar liggen collectieve verantwoordelijkheden op regioniveau, zoals bij de zorgraden en de eerstelijnszones. Men moet samen nadenken over manieren waardoor iedere zorg- en welzijnsprofessional hierin betrokken geraakt, bv. via formele en informele wisselwerkingen, via het stellen van collectieve doelstellingen waarrond men gaat samenwerken, via gedeelde werklocaties (bv zoals bij de wijkgezondheidscentra). Partners moeten elkaar lokaal goed (leren) kennen. Die verbinding is bv. mogelijk via bijscholing, opleiding en vorming over de sociale kaart maar ook via formele en informele ontmoetingen (bv. bij de opening van een nieuwe zorginfrastructuur, informatieavonden voor burgers, de start van nieuwe projecten in het kader van zorgzame buurten, ...) .
- **Een veranderende zorgcultuur zit ook in opleidingen en nascholingen.** Het opleidingsaanbod (initieel en post-initieel) moet transversaal mee inzetten op efficiënt samenwerken met de zorgvragers, de mantelzorgers en met andere professionals en op het creëren van een zorgcontinuüm met een balans tussen zelfzorg, informele zorg en professionele zorg.
- Vermaatschappelijking van zorg vraagt om meer geïntegreerde zorg en meer samenwerking. Het gaat hier in wezen over hoe meer **interdisciplinariteit in zorg en ondersteuning** georganiseerd kan worden. Zowel op federaal niveau als op het niveau van de deelstaten lopen verschillende initiatieven. Centrale coördinatie ontbreekt ook daar zeker nog. Het voornemen voor een Interfederaal Plan voor Geïntegreerde zorg³⁷, gepland voor begin 2024 kan hier zeker een belangrijke bijdrage aan leveren. Ook het lopende onderzoek van het steunpunt WVG³⁸ rond de drempels bij intersectorale samenwerking kan hier nuttige inzichten over opleveren die verdere doorvertaling vragen. (Sectoraal) sociaal overleg mag zeker niet over het hoofd worden gezien.
- **Sociale innovatie** is een interessante voedingsbodem om innovatieve werkvormen van onderuit te laten groeien. Daarmee kan er goed ingespeeld worden op bestaande uitdagingen en het aanwezige potentieel om die uitdagingen op te lossen. Sociale innovatie

³⁷ Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) werd gevraagd om de balans op te maken van de voorde- ringen op het gebied van geïntegreerde zorg in België en actiedomeinen voor te stellen. Na een brede consultatie met het terrein kunnen er drie prioriteiten vastgesteld worden: een duidelijk politiek akkoord, het definiëren van de terri- toria en een hervorming van de financiering. <https://kce.fgov.be/nl/over-ons/persberichten/naar-meer-geintegreerde-zorg-in-belgie>

Lambert Anne-Sophie, Op de Beeck Susanne, Herbaux Denis, Macq Jean, Rappe Pauline, Schmitz Olivier, Schoonvaere Quentin, Van Innis Anna Luisa, Vandenbroeck Philippe, De Groote Jesse, Schoonaert Lies, Vercruysse Helen, Vlaemynck Marieke, Bourgeois Jolyce, Lefèvre Mélanie, Van den Heede Koen, Benahmed Nadia. Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheids- zorg (KCE). 2022. KCE Reports 359A. <http://doi.org/10.57598/R359AS> .

³⁸ <https://www.steunpuntwvg.be/projecten/wegwerken-van-drempels-en-zoeken-naar-oplossingen-voor-intersectorale-samenwerking-en-multi-inzetbaa>

versterken en opschalen vraagt een lange termijn visie op de financiering van initiatieven. Om initiatieven goed te laten doorgroeien is er nood aan een zekere, structurele financiering van de werking. Een structurele financiering geeft perspectief om langdurige relaties op te bouwen tussen zorgvragers en zorg- en dienstverleners, een goed medewerkersbeleid te voeren dat ook kan inzetten op expertiseopbouw en doorgroeien, schept opleidingskansen, ... Goed werkende initiatieven kunnen financieel en structureel verankerd worden op zichzelf of bij reeds bestaande organisaties.

5.4 Nabije en toegankelijke zorg

Vermaatschappelijking van zorg steunt op het principe dat zorg dichtbij de leefomgeving van burgers gebracht moet worden. Naast persoonsgerichte zorg (zie ook 5.1) moet de zorg ook buurtgericht zijn. Dit veronderstelt een algemene versterking en ook een heroriëntering van het zorg- en ondersteuningsaanbod.

De SERV ziet hier acht grote hefbomen:

- **Een rijke sociale kaart.** Als men zorg zo nabij mogelijk de woonplaats wil organiseren, is de invulling, kennis en gebruik van de sociale kaart op lokaal en regionaal niveau zeer belangrijk. In de praktijk betekent dit dat er goed nagedacht wordt over de lokale inplanting van professionele zorg en dienstverleners, dat de zorg- en welzijnsprofessionals goed op de hoogte zijn van de verschillende opties die nabij aangeboden worden en dat ze de zorgvragers actief helpen in het kiezen en vinden van de juiste zorg. De zorgraad en de eerste lijnszones hebben hierin zeker een belangrijke rol.
- **Zorgzame buurtzorg.** Vermaatschappelijking van zorg moet kunnen steunen op professionele hulpverleners die dichtbij de zorgvragers in de buurten werken. Zij hebben een belangrijke functie in het creëren van verbindingen rond zorg in de buurt tussen de zorgvragers, mantelzorgers, vrijwilligers en de professionele zorg. Zo kunnen de verschillende actoren elkaar vinden. Er ontstaan netwerken waarmee een zorgcontinuüm geboden kan worden in een vloeiende combinatie van formele en informele zorg en ondersteuning. We kunnen dan spreken over een buurtzorgregisseur die werkt aan persoonsgerichte en geïntegreerde ondersteuning. Dat is het organiseren van buurtgerichte zorg met differentiële vormen van (thuis)zorg om de zelfredzaamheid te ondersteunen.
- Ook **'Zorgzame buurten'** bouwen voort op het concept 'buurtgerichte zorg'. Ze hebben als doel een samenhangende en buurtgerichte aanpak van zorg, wonen en welzijn te realiseren. Die aanpak moet ondersteuning en zorg voor ieder-



een bereikbaar, beschikbaar en betaalbaar maken³⁹. Concreet zet een zorgzame buurt in op het versterken van lokale netwerken, het realiseren van linken tussen informele en formele zorg en concretiseert integrale zorg door intersectorale samenwerking tussen zorg en welzijn te creëren. Het is belangrijk om de organisatie ervan te verduurzamen en het projectmatige werken op termijn, zowel inhoudelijk als financieel, te overstijgen⁴⁰. Zorgzame buurten kunnen benut worden om tegemoet te komen aan specifieke lokale noden (zoals bv dementiezorg, kwetsbare buurten met veel jonge kinderen, GGZ, ...) maar ze kunnen ook, vanuit een breder verhaal van versterking van de sociale cohesie in de buurt, het opnemen van solidariteit en zorg voor elkaar van onderuit laat groeien. De SERV kijkt uit naar de evaluatie van Zorgzame Buurten met het oog op bestendinging of bijsturing voor de toekomst.

- Vermaatschappelijking van zorg heeft baat bij een **laagdrempelig en nabij eerstelijns-aanbod met een multidisciplinaire aanpak**. De werking van de wijkgezondheidscentra is hier een voorbeeld van. De opbouw van en focus in hun werking draagt zeker bij tot vermaatschappelijking van zorg, in het bijzonder voor de kwetsbare doelgroepen die minder gemakkelijk hun weg vinden in het landschap van zorg en ondersteuning en die nog stappen vooruit kunnen zetten op het vlak van gezondheidsgeletterdheid. De bijkomende aanwezigheid van een sociaal werker en een eerstelijnspsycholoog wordt als zeer waardevol gezien. Tot nu zijn wijkgezondheidscentra een hoofdzakelijk (groot)stedelijk gegeven. In het kader van vermaatschappelijking van zorg kan er verder gekeken worden naar het potentieel van een verdere uitrol van wijkgezondheidscentra maar zeker ook naar de verdere uitbouw van andere initiatieven om een laagdrempelig en multidisciplinair aanbod te ontwikkelen. Er bestaan ook nu al zelfstandige huisartsenpraktijken die in hun praktijkruimte eerstelijns psychologische consulten aanbieden. Er kan voor een verdere uitbouw hiervan bv. gekeken worden naar de mogelijkheden in het kader van de ondersteuning van huisartsen⁴¹ (het vroegere IMPULSEO). De SERV wil nieuwe initiatieven van de Vlaamse Regering op dit punt opvolgen.

Inspiratie ?

Intra- en transmurale zorg, met stevige samenwerking tussen verschillende partners in de zorg- en welzijnsketen, heeft potentieel om zorg dichterbij de zorgvragers te brengen.

<https://www.eerstelijnszone.be/transmurale-zorg>

[Gids transmurale zorg](#)

[Praktische fiche zorgcontinuïteit](#)

[PSY107: betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken](#)

³⁹ Zie bv. https://www.saamo.be/wp-content/uploads/2022/04/2022_SALI001_e-pub_zorgzame-buurten.pdf en Gryp, D., Heylen, L. & Lommelen, L. (2022). *Onderzoeksrapport 'Zorgzame buurten: minder mazen, meer net'*, in opdracht van SAAMO Limburg en SAAMO West-Vlaanderen https://www.saamo.be/wp-content/uploads/2022/04/Vonk3_Onderzoeksrapport-Zorgzame-buurten-minder-mazen-meer-net-Gryp-Heylen-Lommelen.pdf

⁴⁰ Zie ook bv <https://www.steunpuntwvg.be/projecten/de-uitwerking-van-handvaten-om-buurten-te-ondersteunen-bij-de-ontwikkeling-van-een-duurzame-zorgzame>

⁴¹ Zie <https://www.vlaio.be/nl/subsidies-financiering/subsidiedatabank/ondersteuning-huisartsen-impulseo>

- **Residentiele en ambulante zorg en ondersteuning verbinden.** Door sterkere verbindingen te leggen tussen residentiële settings en ambulante zorg doorheen de hele zorgketen bieden er zich mogelijkheden aan om de zorg meer in de maatschappij te brengen. Het schept kansen om residentiële zorg (bv. in het kader van GGZ) sneller af te schakelen en om te schakelen naar zorg thuis en ambulante zorgvormen of om residentiële zorg langer uit te stellen (bv. in het kader van ouderenzorg). De formele zorg, zowel residentieel als ambulant, wordt zo niet teruggeschroefd maar wel **versterkt**. Zorgverstrekkers krijgen dan ook rechtstreeks in de maatschappij een rol, op scholen, in de werkcontext of in de buurt. De expertise die ze hebben in de formele zorgcontext schakelen ze in een breder lokaal netwerk in. Daarbij kan er efficiënter gewerkt worden, wordt er kennis overgedragen en worden interacties met de buurt mogelijk (bv. waarbij een woonzorgcentrum als hub gaat fungeren voor diverse diensten in de buurt).
- **Flexibele inzet van het aanwezige zorgaanbod.** Het moet in de toekomst mogelijk worden om het bestaande zorgaanbod lokaal flexibeler in te zetten voor plots wijzigende zorgvragen, bijvoorbeeld in de context van evoluties als zorgzame buurten (nabije zorg) en vermaatschappelijking van zorg. De SERV vraagt om opties te bekijken om de bestaande erkenningen en vergunningen tijdelijk anders in te zetten, bv. om (leegstaande) residentiële plaatsen (tijdelijk) ook in te zetten voor dagopvang en respijtzorg. Dit is enkel mogelijk onder een aantal strikte voorwaarden: de reeds vergunde of erkende zorg wordt niet verdrongen, de tijdelijke invulling is organiseerbaar voor de voorziening, er is voldoende capaciteit en voldoende gekwalificeerd personeel binnen het bestaande personeelskader en deze tijdelijke invulling houdt rekening met werkbaarheid voor het personeel. De financiering van de zorg moet blijvend gewaarborgd zijn en rechtszeker en correct verlopen. Betrokkenheid van de sectorale sociale partners is noodzakelijk.
- De **Vlaamse sociale bescherming** (VSB) is vanuit sociaal economisch oogpunt een belangrijk instrument voor de ondersteuning van de doelstellingen van vermaatschappelijking van zorg. De zorgbudgetten binnen de VSB voor zwaar zorgbehoevenden, voor ouderen met een zorgnood en voor mensen met een handicap spelen een belangrijke rol in het opvangen van de niet-medische zorgkosten. De ondersteuning van die kosten moet behouden blijven en mag niet geïnstrumentaliseerd worden of aan bijkomende voorwaarden worden onderworpen. De zorgbudgetten gelden als koopkrachtbescherming voor de kwetsbare groepen met een zorgnood en voor de bewoners in de WZC. Een solidair verzekeringsprincipe moet in de VSB voorop blijven staan. Dat wil zeggen dat we alert moeten zijn voor mogelijke uitsluitingsmechanismen zoals verblijfs- en inburgeringsvoorwaarden als drempels voor de toegang tot sociale rechten in de Vlaamse sociale bescherming. Ook de dossiertaks voor het administratief beroep vormt een bijkomende drempel tot het verkrijgen van rechten binnen de Vlaamse Sociale Bescherming. Een Mattheuseffect loert dan om de hoek: er gaat een impact uit van de informatie die verstrekt moet worden over de procedures én van de dossiertaks zelf. Omdat de communicatie over de beroepsprocedures complexer wordt, is die moeilijker te begrijpen door kwetsbare groepen waardoor ze mogelijk afzien van de vraag naar herziening van de beslissing. Van zodra er een som of taks moet betaald worden, haken bepaalde groepen af, al dan niet noodgedwongen, voor het instellen van een beroep tegen een weigering van tegemoetkoming.

- Diverse vormen van **betalende (praktische) ondersteuning aan huis** (zoals thuiszorg, gezinshulp, poetshulp en maaltijdbedeling) zijn belangrijk in het verhaal van vermaatschappelijking van zorg. Ze zorgen ervoor dat zorg en ondersteuning thuis, al dan niet in combinatie met mantelzorg, beter of langer mogelijk blijft. De contingenten voor deze ondersteunende hulp moeten afgestemd zijn op de reële vraag. Waar deze hulp niet (voldoende) beschikbaar is, worden deze noden mogelijk niet ingelost (met mogelijk onverantwoorde leefsituaties), worden ze doorgeschoven naar mantelzorg (met een extra risico tot overbelasting van de mantelzorg) of resulteert het in een onnodig vervroegd gebruik van residentiële zorg. De SERV pleit daarom voor een uitgebreid, divers en betaalbaar aanbod van professionele hulp en ondersteuning aan huis. In functie van de efficiëntie van de organisatie van deze zorg, kan gekeken worden naar sociale innovatie, bv. ook via een synergie met de zorgzame buurten.

6. Vermaatschappelijking van zorg start vóór de grote zorgvragen

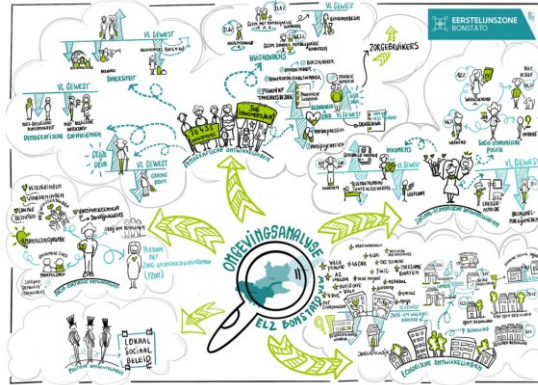
Als we vermaatschappelijking van zorg ernstig nemen, is het belangrijk dat er stevig ingezet wordt op het vermijden van zware zorg- en ondersteuningsvragen. Naast het inzetten op nabije, sterke en laagdrempelige basisvoorzieningen om al bij de eerste behoeften aan zorg en ondersteuning antwoorden te kunnen krijgen, zonder wachttijden, is vooral meer aandacht nodig voor preventie.

Meer preventie vraagt in de eerste plaats om sterker in te zetten op het **tegengaan van taboes en stigmatisering** van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben. Dit kan mensen ervan weerhouden om tijdig zorg en ondersteuning te zoeken en wachten tot ingrijpendere ondersteuning nodig is. Zeker op het vlak van psychisch welbevinden spelen taboes nog een belangrijke rol.

Er is ook nood aan een (nog) betere bekendheid van en een uitgebreider **laagdrempelig en preventief aanbod**, dat doorloopt in multidisciplinaire samenwerkingen en in doorstroming van informatie naar de zorgvragers (en hun mantelzorgers) en tussen professionals onderling (zie ook 5.3)

- **Informatie en campagnes, met aandacht voor inclusieve informatie** die voor iedereen begrijpbaar is, zijn een krachtig instrument daartoe. Minstens de vier belangrijke preventieve hefboomen voor meer gezondheid (niet roken, matig alcoholgebruik, gezonde voeding met minder suiker, zout, vlees en meer groenten en fruit en voldoende beweging) moeten blijvend in de aandacht staan. Inclusieve campagnes die voor (bijna) iedereen haalbaar zijn, werken drempelverlagend (zoals bv. '10000 stappen', 'Bewegen op verwijzing'). De inzichten vanuit gedragsveranderingstechnieken kunnen meer mensen aanzetten tot het maken van gezonde keuzes en het versterken van de gezondheidsgelatenheid.
- Een belangrijk deel van preventie bestaat ook uit het **opbouwen van vertrouwen in zorg en welzijn**. Burgers moet de professionele zorg- en welzijnsdiensten en professionals zien als betrouwbare partners voor het aanpakken van hun problemen of uitdagingen. Een startpunt daarbij is telkens te vertrekken vanuit de vraag, de nood en het niveau van de zorgvrager. Vanaf dat punt moet er nadien verder gewerkt worden aan individuele versterking van een persoon of een gezin. Sociaal werkers zijn, zeker als er ook outreachend gewerkt kan worden, op dit punt een belangrijke en verbindende schakel.

Alle eerstelijnszones kregen vanuit het Agentschap Zorg en Gezondheid de opdracht om een omgevingsanalyse te maken en dit toe te voegen aan een actie-en beleidsplan 2023. ELZ Bonstato werkte naast een [tekstversie](#) ook met een [visuele weergave](#).



- Een 'gezondheidsvaardigheden' omgevingsanalyse om lokaal kwetsbare groepen en hun noden in kaart te brengen
- Een co-creatief proces om een ondersteuningspakket uit te werken voor een gekozen doelgroep rond een welbepaald thema.

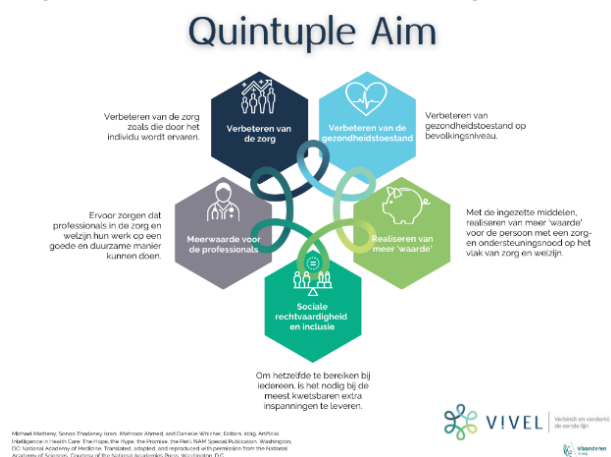
De **Scirocco-tool** ondersteunt de zorggraden om zicht te krijgen op hun huidige situatie met betrekking tot het toepassen van geïntegreerde zorg. De **Scirocco-tool** meet de maturiteit van geïntegreerde zorg binnen een bepaalde regio op twaalf dimensies.



- Informeren op zich zal vaak onvoldoende zijn en moet ook leiden tot **educatie en begeleiding**. Burgers zullen geholpen moeten worden om de informatie die ze ontvangen ook om te zetten in de praktijk en in gedragsveranderingen. Hoe neem ik de regie over de eigen zorg? welke vragen stel ik aan een zorgverlener? hoe kan ik meer bewegen? hoe maak ik gezonde keuzes bij het winkelen en het koken? hoe draag ik zorg voor mijn mentaal welzijn? Educatie en begeleiding ligt in de handen van de verschillende zorgprofessionals en is echt teamwerk, van de professionals in de eerstelijnszorg, tot sociaal werkers, kinesisten, psychologen ... Ook scholen, verenigingen, zelfhulpgroepen, enz. spelen een belangrijke rol.
- De SERV ziet ook een belangrijke opportuniteit bij de eerstelijnszorg. De **eerstelijnszones, zorgraden en LOGO's** zijn belangrijke partners om op regioniveau collectief verantwoordelijkheden op te nemen. Onder andere op het vlak van populatiemanagement, een verbindende functie (webfunctie) om de noden van de regio in kaart te brengen (omgevingsanalyse), het samenwerken aan lokale werkdoelen geïnspireerd op de preventiedoelstellingen van de Vlaamse Overheid (bv. verlagen BMI) en uitwerken van acties (bv. via scholen, diëtisten, wandelclubjes, ...) die breder gaan dan louter medische aanpak.

Ook hier moet gelden dat het mogelijk moet zijn om na een eerste projectmatige start een goede werking te verduurzamen via structurele financiering voor werking en acties.

- De ondersteuning van een **sterk netwerk** rond eerstelijnszorg om expertise op te bouwen en kennis te delen met de verbonden partners (participatieve en transsectorale samenwerking) is zeer belangrijk. Deze rol wordt nu ingevuld door VIVEL. Het Quintuple aim dat ze gebruiken als kompas voor hun werking en aanbod maakt de rol die een sterk netwerk moet vervullen duidelijk. Daarbij gaat er, naast het verbeteren van de ervaring van burgers met de zorg, het verbeteren van de gezondheid van de algemene populatie, het verlagen van de zorgkosten per hoofd van de bevolking en het verbeteren van de ervaring en belevenis van de zorgprofessionals ook aandacht naar sociale rechtvaardigheid en inclusie. Acties en strategieën worden dan aangepast aan specifieke doelgroepen (cfr. proportioneel universalisme) waarbij men via verschillende strategieën hetzelfde effect tracht te bekomen bij verschillende doelgroepen. Die inspanningen zullen nodig blijven om vermaatschappelijking van zorg in alle facetten en voor alle betrokken actoren te blijven ondersteunen en verbeteren.



7. Ruimte maken voor zorg

Vermaatschappelijking van zorg werkt enkel als iedere leefomgeving op een zorgzame en inclusieve manier georganiseerd wordt. Dat wil zeggen dat ieders leefomgeving toegankelijk wordt in de ruime zin van het woord: openbare ruimte waarin iedereen zich vlot kan bewegen, verschillende mobiliteitsmogelijkheden, divers woonaanbod, aanwezigheid van basisdiensten en ruimte voor ontmoeten. In dergelijke omgeving wordt er letterlijk en figuurlijk plaats gemaakt voor zorg en sociale cohesie. Dit sluit ook aan bij strategische doelstellingen van het Beleidsplan Ruimte Vlaanderen⁴² die ingaan op het beter benutten van het bestaande ruimtebeslag en het maximaal vrijwaren van de open ruimte, ook al wordt er daar niet expliciet naar vermaatschappelijking van zorg verwezen.

7.1 Levensloopbestendige buurten

In een levensloopbestendige buurt staat toegankelijkheid en de aanwezigheid van basisdiensten voorop.

- Een levensloopbestendige **buurt** heeft veilige voetpaden en oversteekplaatsen die breed genoeg zijn om zich met een rolstoel of kinderwagen te verplaatsen en heeft parkjes en ontmoetingsplekjes. Beweegvriendelijke ruimte nodigt uit tot wandelen en fietsen. Een gastvrije infrastructuur heeft daar een positieve impact op.
- **Gebouwen en diensten** zijn toegankelijk, zowel letterlijk als figuurlijk. Er zijn geen fysieke drempels, moeilijk te openen deuren, trapjes en opstapjes die de toegang met rolstoelen, rollators of kinderwagens bemoeilijken. De bewegwijzering is helder en alle diensten zijn vlot te vinden.
- Ook **levensloopbestendige woningen en meegroeiwonen**⁴³ zijn belangrijk om vermaatschappelijking van zorg verder te faciliteren. Dit verwijst naar de mogelijkheden om flexibel

Wat is een **buurt** ?

Een buurt is een onderdeel van een gemeente of stad, dat op basis van historische of stedenbouwkundige kenmerken homogeen is afgebakend. Een buurt kan ook door bewoners gedefinieerd of ervaren worden als een bij elkaar horend geheel. Er is niet meteen een bepaalde oppervlakte op kleven of een aantal inwoners. Er is wel een zeker schaalniveau in inwonersaantal nodig om bepaalde diensten te kunnen aanbieden. Een leidraad om over een buurt te kunnen spreken, is dat aangeboden diensten bereikbaar zijn in maximaal 10 minuten fietsen.

⁴² [Strategische visie van het Beleidsplan Ruimte Vlaanderen, zoals goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 20 juli 2018.](#)

⁴³ In 2011 verscheen een brochure, met veertig tips voor een levenslange woning. Via de webpagina's www.meegroeiwonen.info en www.inter.vlaanderen wordt deze werking door Inter verdergezet. Inter blijft hiervoor expertise ontwikkelen en werkt samen met deskundige partners. Via deze webpagina worden actuele informatie, veel gestelde vragen, voorbeeldprojecten en een nieuwsbrief verspreid. Deze gids en brochure, in combinatie met de permanente ondersteuning door Inter, biedt nog steeds een goede basis om inzake dit onderwerp laagdrempelig te informeren en te sensibiliseren.

woningen aan te passen aan wijzigende omstandigheden en woonwensen, ongeacht leeftijd of fysieke beperkingen. Dit vraagt in de toekomst nog meer aandacht bij de sensibilisering van burgers, architecten en bouwpromotoren.

- Levensloopbestendige buurten huisvesten kwaliteitsvolle woningen en idealiter ook **diverse woonvormen**: woningen voor alleenstaanden, koppels en kleine en grote gezinnen, woningen en appartementen voor eigenaars, huurders en sociaal huurders, Dat start in de eerste plaats met het bouwen van wooneenheden die in iedere levensfase toegankelijk zijn of die vlot aanpasbaar zijn aan een nieuwe levensfase (levensloopbestendig bouwen). Daarnaast moet of kan een divers woonaanbod het mogelijk maken dat mensen in functie van hun zorgnood in hun buurt verhuizen naar een aangepaste woonplaats. Zo blijven mensen in hun buurt wonen, met hun vertrouwde sociale netwerk, maar hoeft dit niet noodzakelijk de eigen, oorspronkelijke woning te zijn. Er moet ook ruimte zijn voor wooncollectiviteiten zoals co-housing, gestippeld wonen (d.i. aangepaste woningen voor zorg geïntegreerd in een standaard gebouw, met voorzieningen zodat de zorg kortbij is) en kleinschalige collectiviteiten voor ouderen of voor mensen met een handicap. Om dit te faciliteren moeten de bestaande drempels rond wonen, met de regels rond samenwonen en co-housing, opgelost worden.
- De **multi-inzetbaarheid van ruimte en gebouwen** is een troef. Dit laat om bestaande ruimte en gebouwen (en de diensten erin) flexibeler aan te passen aan wijzigende lokale noden bijvoorbeeld wanneer de wijk plots verjongt (door de komst van of omvorming tot nieuwe wooneenheden voor jonge gezinnen) of vergrijst (door de komst van woningen voor senioren of een nieuw WZC). Het multi-functioneel bouwen en benutten van gebouwen schept kansen tot ontmoeting, bevordert inclusie en sociale cohesie, verlaagt de kans op mogelijke stigmatisering, verhoogt de vertrouwdheid met (andere) professionele diensten en stimuleert kansen op multidisciplinaire samenwerking. Het multi-functioneel bouwen en benutten van gebouwen biedt ook potentiële schaalvoordelen rond gebruik en onderhoud van gemeenschappelijke ruimten als onthaal, permanentie, sanitair, consultatieruimte en vergaderlocaties. Het is evenwel belangrijk dat de diensten nabij genoeg zijn voor iedereen en ook vlot bereikbaar zijn met openbaar vervoer.
- De leefomgeving beschikt over **basisdiensten**. Dat zijn de diensten die men nodig heeft om dagelijks te functioneren : brood en andere verse voedingswaren, een huisarts en apotheek, een ontmoetingsplaats en sociale dienstverlening (bv. via of in het lokaal diensten-centrum of een WZC).
- Een betere ruimtelijke ordening verhoogt de **efficiëntie van zorg, ondersteuning en dienstverlening aan huis**. Het beschikbare zorgpotentieel moet maximaal en efficiënt ingezet kunnen worden bij mensen thuis, met minimale verplaatsingen voor de professionele zorgverleners tussen de verschillende thuislocaties. Verschillende vormen van lokale clustering van zorg, al dan niet met een lokale (residentiële of ambulante) voorziening als uitvalsbasis, verdienen verder onderzoek.
- Een levensloopbestendige buurt zet ook in op **basisbereikbaarheid**. Dit impliceert dat de bereikbaarheidsnoden van alle gebruikers worden beantwoord, ongeacht hun leeftijd, sociaal-economische status, woonplaats in een stedelijke of landelijke omgeving en toeganke-

lijkheidsbeperkingen. Dit vraagt een optimale afstemming tussen een ruimtelijk beleid dat inzet op kernversterking, verdichting en vermenging van functies en een mobiliteitsbeleid dat een basis aan mobiliteit garandeert. Om basisbereikbaarheid sociaal en inclusief vorm te geven zijn geïntegreerde tickets- en tarieven, aansluitgaranties, een vervoer op maat dat niet alleen inzet op deelmobiliteit en informatievoorziening aan een loket of per telefoon onontbeerlijk.⁴⁴ De intenties van het huidige beleid zijn goed, maar de uitvoering met Hop-pin-punten biedt nog geen antwoord op lokale mobiliteitsbehoeften binnen de buurt. Het gaat immers niet alleen om mobiliteit tussen buurten, maar ook om mobiliteit in de buurt zelf.

7.2 Ontmoeten in de buurt

Ontmoeten in de buurt wordt gefaciliteerd door ingrepen voor meer ruimtelijke kwaliteit en een beter ruimtelijk rendement, met als doel het tegengaan van vereenzaming en het versterken van sociale cohesie. Het is daarbij de bedoeling om dener te bouwen mét voldoende kwaliteitsvolle open ruimte. Bij lintbebouwing en verspreide bewoning in landelijk gebied zonder kansen op ontmoeting, stijgt de kans op vereenzaming. Maar ook binnen een compacte dorpskern bestaat de kans op vereenzaming als er weinig kansen zijn tot interactie in de eigen straat.

In het beleidsplan van Ruimte Vlaanderen is er sprake van **'het ruimtelijk rendement'**, de mate waarin het ruimtebeslag gebruikt wordt voor maatschappelijke doeleinden. Het creëren van hoger ruimtelijk rendement gebeurt door meer activiteiten op eenzelfde oppervlakte te organiseren zonder afbreuk te doen aan de leefkwaliteit, en dit op de best gelegen plaatsen. Dit gebeurt door te kiezen voor de meest geschikte, elkaar versterkende combinatie van intensivering, verweving, hergebruik en tijdelijk ruimtegebruik.⁴⁵ Het ruimtelijk rendement wordt geoperationaliseerd via verschillende criteria van ruimtelijke kwaliteit. Het gaat dan bijvoorbeeld over (1) gedeeld en meervoudig gebruik voor meerdere gebruikers tegelijk hetzij op verschillende momenten, flexibel inzetbare ruimte of eenvoudige aanpasbaarheid voor tijdelijke of veranderende maatschappelijke noden, (2) een herkenbare, leesbare en visueel aantrekkelijke omgeving, maar ook over (3) klimaatbestendigheid en energetische aspecten, (4) de beperking van gezondheidsrisico's door het vermijden van blootstelling aan lucht- en geluidhinder, (5) de beweeg- en spelvriendelijkheid te bevorderen en (6) het inclusief samenleven met ruimtelijke principes zoals toegankelijkheid en doelgroep-geschiktheid. Het beleidsplan verwijst niet expliciet naar vermaatschappelijking van zorg als doelstelling. Het zou een sterk signaal zijn als dit ook als een streefdoel van beter ruimtelijk rendement wordt geformuleerd.

⁴⁴ <https://www.mobiliteitsraad.be/mora/publicatie/advies-voorontwerp-decreet-betreffende-basisbereikbaarheid>
<https://www.mobiliteitsraad.be/mora/nieuws/mora-geeft-maatschappelijke-visie-concept-basisbereikbaarheid>

⁴⁵ [Strategische visie van het Beleidsplan Ruimte Vlaanderen, zoals goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 20 juli 2018.](#)

Concreet betekent meer ruimtelijke kwaliteit en een beter ruimtelijk rendement voor vermaatschappelijking van zorg:

- Vlaanderen heeft nood aan **volwaardige kernen** waarbij er meer ingezet wordt op leven in stads- en dorpskernen met de nodige diensten én kwaliteitsvolle open ruimte om wonen aangenaam en haalbaar te maken. Diensten en zorg kunnen dan meer nabij aangeboden worden. De individuele en maatschappelijke kosten voor en door verplaatsingen (bv efficiënter openbaar vervoer, minder verplaatsingen met individueel vervoer, ...) en infrastructuurkosten per wooneenheid (elektriciteits- en gasnet, wateraansluitingen, riolering, ...) worden verkleind.
- Er moet voldoende **kwaliteitsvolle open ruimte** bestaan of gecreëerd worden. Door de verspreide bewoning nu, met huizen tussen de velden, is er weinig aaneengesloten rustgevende groene ruimte over. Er moet ook meer aandacht gaan naar de creatie van kwaliteitsvolle open ruimte in of naast de woonkernen via bv de aanleg van pleintjes en parkjes met een bankje om even rust op te nemen. (Speel)pleintjes op wandel- en fietsafstand zorgen voor kansen op ontmoeting met anderen uit de buurt. Er wordt ruimtelijk ontwikkeld op basis van een bestaande en een toekomstige invulling met nabijheid van diensten en zorg⁴⁶:
 - De ontwikkeling van nieuwe woongelegenheden gebeurt in de nabijheid, op aanvaardbare wandel- of fietsafstand, van een voldoende pakket basisvoorzieningen om zoveel mogelijk mensen de mogelijkheid te geven om hier eenvoudig gebruik van te maken.
 - Het waarborgen van de toegang tot regionale voorzieningen, die een ruimer verzorgingsgebied hebben, gebeurt door ze te ontwikkelen in kernen die vlot bereikbaar zijn met de fiets of via collectieve vervoerssystemen en ondersteunt zo de realisatie van basisbereikbaarheid binnen een regionale context.
 - Het voorzieningenniveau en de knooppuntwaarde (beide al dan niet in min of meerdere mate aanwezig) zijn bepalend voor het na te streven ruimtelijk rendementsniveau en het gewenste activiteitenpakket voor die locatie. De ontwikkeling van het voorzieningenniveau houdt gelijke tred met de zorg- en welzijnsbehoeften van de (toekomstige) bewoners. Publieke voorzieningen zijn daarom een geïntegreerd onderdeel van (her)ontwikkelingsprogramma's.
- **Toegankelijke voetpaden** zijn nodig voor verplaatsingen in de buurt en voor ontmoeting. Niet overal worden voetpaden aangelegd en de bestaande voetpaden zijn soms smal en in slechte staat. Voetpaden die breed genoeg zijn én die toegankelijk voor minder mobiele burgers nodigen uit tot meer verplaatsingen te voet in de buurt (bv voor kleine boodschappen, bezoeken bij bureaus, ...) en bieden ruimte om een praatje te maken met bureaus en andere buurtbewoners. Toegankelijke voetpaden dragen zo bij toe meer inclusie.

⁴⁶ [Strategische visie van het Beleidsplan Ruimte Vlaanderen, zoals goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 20 juli 2018.](#)

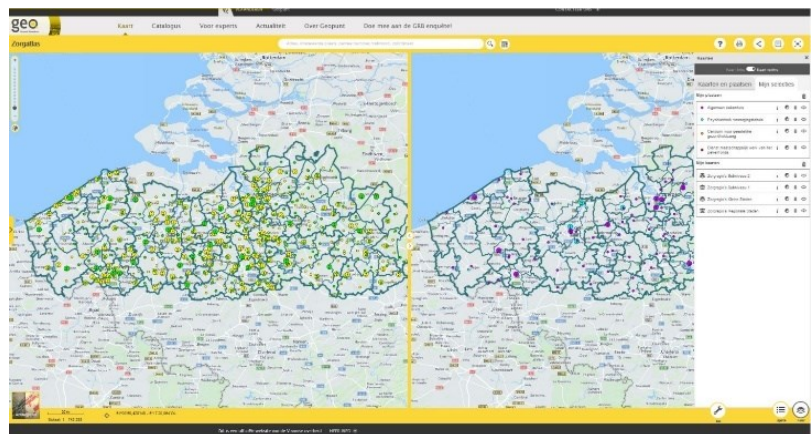
- in iedere buurt wordt ruimte ontwikkeld waar men iets kan organiseren en waar mensen kunnen **samenkomen**. Deze rol kan ingevuld worden door een parochiecentrum maar in het kader van meervoudig gebruik van ruimte kan dat ook een LDC, vrij toegankelijke ruimten in een school, vrijetijdshuis of WZC zijn. Belangrijk hierbij is dat de nadruk ligt op mogelijkheden op ontmoeten en verbinden tussen verschillende doelgroepen.

8. Data en technologie omarmen

Er zit nog veel onontgonnen potentieel voor het verbeteren van zorg en welzijn, en bij uitbreiding ook voor vermaatschappelijking van zorg, in technische innovaties en datatechnologie. Er zijn daarbij garanties nodig rond privacy en eigenaarschap van gegevens.

- Datatechnologie kan ingezet worden om **hiaten te zoeken** in het aanbod van zorg- en welzijnsdiensten, om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen, voor populatiemanagement (onder andere) via eerstelijnszones en als basis voor **zorgstrategische planning**.

Een slim gebruik van data en datatechnologie moet een **brede monitoring** blijven faciliteren. De bestaande **ZorgAtlas**⁴⁷ van Zorg en Gezondheid is hiervan een mooi voorbeeld met nog een sterk potentieel voor verbreding en verdieping in de toekomst. De ZorgAtlas ontsluit gegevens vanuit verschillende (Vlaamse en federale) databronnen en vertaalt die in waarschuwingssignalen. Zo worden in de COVID-periode de gegevens van Sciensano (met bv. informatie over testresultaten en contactopvolging) verrijkt met data van Zorg en Gezondheid, zoals de gegevens van zorgvoorzieningen via de dagelijkse COVID-19-bevraging en de rechtstreekse meldingen van artsen aan het team infectieziekten. Het opzetten van de verschillende datastromen gebeurt in samenspraak met Sciensano en Health-data, en met de nodige aandacht voor de privacy.



⁴⁷ Zie voor meer informatie <https://www.geopunt.be/catalogus/applicationfolder/zorgatlas> en <https://www.vivel.be/wp-content/uploads/2019/12/Zorgatlas.pdf>

- Technologie moet ook ingezet worden om de **informatiedoorstroming** tussen zorgvragers, informele zorg en professionele zorg en welzijnsdiensten te verbeteren via zorg-op-afstand, e-consultaties, automatische doorstroming van gegevens en documenten, monitoring van gezondheidsgegevens en medicatietrouw. Er zijn op dat vlak al heel wat platformen beschikbaar.
- Databanken kunnen nog ruimer ingezet worden om zowel zorgvragers als zorg- en dienstverleners **administratief te ontzorgen**. Dat kan in het kader van het automatisch toekennen van rechten of de pro-actieve attendering ervan, maar ook op het vlak van vergoeding voor prestaties en het beperken van repetitieve administratieve handelingen.
- Digitale kanalen kunnen helpen om **vraag en aanbod in contact te brengen of de praktische organisatie van zorg of ondersteuning regelen** zoals bijvoorbeeld afspraken maken en beheren of burenhulpdiensten plannen. Die kanalen kunnen breed informeren over het bestaande zorgaanbod, de bekendheid van specifieke zorg- en welzijnsdiensten verhogen en de toegang tot zorg en welzijn te faciliteren. Deze kanalen moeten neutrale, correcte en volledige informatie verstrekken, gebruiksvriendelijk zijn, voldoen aan ethische normen en de privacy van de gebruikers respecteren. Kwaliteitsborging is een belangrijk aandachtspunt. De aangeboden kanalen (zoals bv. een digitale sociale kaart) moeten daarop doorgelicht worden en die kwaliteitstoets doorstaan. Ook hier geldt de organisatie van e-inclusieve dienstverlening als een belangrijk aandachtspunt. Een digitale dienstverlening staat in verbinding met ander aanbod van lokale netwerken, vrijwilligersverenigingen of papieren informatie.
- Meer en meer bieden ook **medische applicaties** opportuniteiten om zorg en welzijn op afstand bijvoorbeeld te ondersteunen en begeleiden, de behandeling en medicatieschema's op te

Inspiratie ?

Vitalink is een systeem waarmee zorgverleners digitale gegevens over hun patiënten eenvoudig en veilig met elkaar kunnen delen. Vandaag deelt Vitalink gegevens over vaccinaties, medicatieschema, bevolkingsonderzoeken, kinddossiers en een samenvatting van het patiëntendossier van de huisarts. De patiënt geeft daarvoor eerst toestemming, bepaalt zelf wie de gegevens kan zien en kan op elk moment de gegevens bekijken. Dankzij Vitalink kunnen de zorgverleners beter samenwerken en hun patiënten de best mogelijke zorg en begeleiding geven. Vitalink is ontwikkeld door de Vlaamse overheid en wordt beheerd door zorgverleners en patiënten. Vitalink werkt met strenge veiligheids- en privacygaranties.



1. Geef uw toestemming

U moet toestemming geven dat gezondheidsgegevens over u gedeeld mogen worden tussen zorgverleners. Alleen dan kan er iets over u op Vitalink verschijnen.



2. Bepaal de relatie met uw zorgverleners

U controleert zelf welke zorgverleners een therapeutische relatie met u hebben en dus aan uw gegevens kunnen. U kan ook zorgverleners uitsluiten.



3. Raadpleeg uw gegevens

U kunt uw eigen gegevens raadplegen via [MyHealthViewer](#) en andere webapplicaties.



4. Controleer wie naar uw gegevens kijkt

In My HealthViewer en andere webapplicaties kunt u nagaan welke zorgverleners of zorginstellingen uw gegevens geraadpleegd of gewijzigd hebben.



5. Uw gegevens worden veilig bewaard en gedeeld

Gegevens die Vitalink verzorgt en opslaat zijn altijd versleuteld en dus onleesbaar gemaakt. Zelfs de overheid en de technische beheerders van Vitalink kunnen uw gegevens niet lezen.

Inspiratie ?

mHealthBelgium, of voluit mobile health Belgium, is het Belgische platform voor mobiele applicaties die CE-gemarkeerd zijn als medisch hulpmiddel.

Dit unieke platform centraliseert alle relevante en noodzakelijke informatie over mobiele applicaties voor patiënten, zorgprofessionals en zorginstellingen in 3 talen (Nederlands, Frans, Engels). De informatie heeft betrekking op CE-markering, gegevensbescherming, veiligheid van de communicatie, interoperabiliteit met andere ICT systemen alsook op de manier waarop de app wordt gefinancierd. mHealthBelgium is opgebouwd als een validatiepiramide met 3 niveaus. Een applicatie komt steeds binnen in het onderste niveau M1 en kan in de hiërarchie opklimmen via M2 naar het topniveau M3.

<https://mhealthbelgium.be/nl/>

volgen of klinisch te monitoren.

- Datatechnologie moet het mogelijk maken dat gebruikers meer **zeggenschap en beheer over de eigen (gezondheids-)gegevens** krijgen. Burgers moeten de mogelijkheid hebben om gelaagdheid te brengen in wie, voor welke periode toegang heeft tot bepaalde individuele gezondheidsgegevens. Niet alle zorg- en welzijnsprofessionals moeten te allen tijde toegang hebben tot al die persoonlijke gegevens. Men moet dit kunnen beperken tot wat relevant is in een bepaalde context. Een vergelijkbare mogelijkheid moet bestaan om mantelzorgers toegang te geven tot bepaalde relevante gezondheidsgegevens en de toegang tot andere gegevens af te sluiten.

De gebruiksvriendelijkheid en toegankelijkheid van de technologische en data-gerelateerde toepassing is essentieel om een verschil te maken voor de burgers en de zorgverleners. Dat moet een constant aandachtspunt blijven in het beleid rond digitalisering én zorg- en welzijnsdiensten.

De SERV vindt het ook belangrijk dat de gezondheidsdata die op deze manier worden gegenereerd publiek worden beheerd. De **privacy en ethische omgang met gevoelige gegevens** moet ten allen tijde gewaarborgd zijn. Het vrijwaren van privacy is een belangrijke publieke waarde. Daarom zijn er terecht regels voor de verwerking van persoonsgegevens (AVG-regels). De SERV verwijst hier naar zijn [advies van 9 mei 2022 over de Vlaamse datastrategie en data-actieplan 2022](#), de [oproep en het advies rond betere overheidsdata voor sterk beleidsonderzoek en goed bestuur](#) (samen met VLIR, 13 september 2021) en de [aanbevelingen en acties rond de transitie naar een digitale samenleving](#) van 4 juli 2018.

9. De rol van de overheid

Historisch gezien is vermaatschappelijking van zorg een poging om vorm te geven aan zorg met de samenleving: de vormgeving van de relatie tussen de burger en de overheid, met interactie van het middenveld en de zorg- en welzijnsprofessionals. De rol en de verantwoordelijkheden van de burgers, de zorg- en welzijnsprofessionals én de lokale en centrale overheden moeten goed uitgeklaard worden.

De lokale en centrale overheden hebben ieder een eigen, complementaire rol in de organisatie van vermaatschappelijking van zorg. Dit werkt versterkend als iedereen de eigen verantwoordelijkheid opneemt en die tegelijk laat samen sporen met de doelstellingen van de anderen.

9.1 Lokale overheid

Vermaatschappelijking van zorg komt op lokaal niveau samen in de bevoegdheden rond lokaal gezondheidsbeleid en lokaal sociaal beleid. Op lokaal niveau kan sterk ingezet worden op samenwerkingen en actiepunten die aangepast zijn aan de lokale context met geografisch sluitende plannen. De lokale besturen moeten voor de vormgeving van het lokale beleid beschikken over hefboomen die door de centrale overheid worden voorzien in de vorm van beleidskaders, subsi-

dies en fondsen, gegevensstromen, ... (zie 9.2). Het basiskader en -niveau rond zorg en ondersteuning moet lokaal overal gegarandeerd zijn.

- Lokaal gezondheidsbeleid heeft als doel de klemtonen van het Vlaams sectorale beleid rond preventie en gezondheidspromotie te vertalen naar de lokale context, samen met partners als de LOGO's, de zorgraden en de eerstelijnszones en ook het VIGEZ.
- Lokaal sociaal beleid biedt veel kansen om horizontaal sociaal beleid te ontwikkelen én af te stemmen op de lokale situatie (steden versus plattelandsgebieden en -regio's) en verschillende beleidsdomeinen met elkaar te kruisen (wonen, zorg, welzijn, werk, onderwijs, ruimtelijke ordening, ...). Het gaat over het recht op een menswaardig bestaan, het volwaardig participeren van mensen aan de diverse domeinen van het maatschappelijk leven: o.a. arbeid, vorming, onderwijs, sociaal-cultureel leven, huisvesting, gezondheid,... Het heeft ook te maken met leefbare en veilige steden, gemeenten en buurten.

Lokaal sociaal en gezondheidsbeleid moet breed worden ingevuld. Het moet oog hebben voor het welzijn van alle burgers, in het bijzonder van wie zwakker staat in de samenleving en moet de burger/klant/zorgvrager centraal zetten. Het gaat over een positieve en brede invulling van grondrechten, over verschillende beleidsdomeinen heen en over het lokaal versterken van complementariteit en samenwerking tussen informele en formele zorg. Daarin speelt de verbinding en samenwerking met de eerstelijnszones een belangrijke rol.

Inspiratie ?

Het Expertisecentrum Health Innovation van de UCLL Hogeschool heeft het onderzocht wat de remmende en stimulerende factoren zijn in de samenwerking tussen lokaal bestuur, zorg en welzijn. Het resultaat lees je in het onderzoeksrapport, de Doegids en het reflectiekader voor meer en beter samenwerken, en in de inspiratiebundel 'Zorg- en welzijnsvernieuwers'.

<https://research-expertise.ucll.be/nl/health-innovation>

Lokale besturen worden ook uitgedaagd om vanuit een rechtenbenadering hun beleid af te stemmen op hun buurten. 'Zorgzame Buurten' (zie ook 5.4) zijn de concrete vertaling van het kruispunt tussen lokaal gezondheidsbeleid en lokaal sociaal beleid. Het gaat om buurten waar het aangenaam wonen en leven is, waar mensen zich thuis voelen, aandacht hebben voor elkaar, hun talenten kunnen inzetten, waar ruimte is voor ontmoeting en voor nabije zorg-, hulp- en dienstverlening. De SERV ziet voor de lokale besturen een belangrijke rol om zorgzame buurten mee te initiëren door verschillende partners met elkaar in contact te brengen, doelstellingen uit te zetten en de verbinding te maken met het lokaal sociaal- en gezondheidsbeleid.

Er is evenwel waakzaamheid nodig bij het decentraliseren van beleid richting de lokale besturen. Decentralisering mag er niet toe leiden dat grondrechten op een ongelijke manier gerealiseerd worden of de ondersteuning van burgers versnipperd naar gelang de woonplaats. De grondrechten en de beleidsdoelstellingen zijn over heel Vlaanderen gelijk, alleen zullen lokaal bepaalde doelstellingen meer inzet of een afwijkende aanpak vergen om ze te realiseren. Een centraal kader rond beleidsdoelstellingen, gemeenschappelijke implementatie (bv. delen van gegevens) en (kwaliteits)opvolging en registratie blijft noodzakelijk.

Het lokaal bestuur heeft in functie van het realiseren van de centrale en lokale beleidsplannen een regierol te vervullen die dienend, faciliterend en aanvullend is ten aanzien van het lokale

aanbod zorg en welzijn. Een regierol verschilt van het effectief voeren van de regie in de zin dat het lokaal bestuur enkel de krijtlijnen voor de uitvoerende regierol uitzet en de uitvoerende regierol faciliteert. Die dienende en aanvullende rol bestaat er in om de aanwezige initiatieven en voorzieningen aan te sporen om te kijken wat er lokaal al bestaat, wat er nog gemist wordt in functie van de beleidsdoelstellingen en wie het aanbod kan organiseren of aantrekken dat lokaal nog ontbreekt. Waar nodig moet deze rol van het lokaal bestuur ook responsabiliserend zijn om de betrokken organisaties of aanbieders te wijzen op de verantwoordelijkheid die ze hebben in het realiseren van een globaal en dekkend aanbod. Het lokaal bestuur heeft géén reglementerende of controlerende rol.

Een breed en gedragen lokaal gezondheidsbeleid en lokaal sociaal beleid impliceert een volgehouden focus van de lokale besturen op een diverse waaier aan doelgroepen. Dat start bij de bepaling van relevante doelgroepen (breed en heterogeen) maar gaat ook verder via het realiseren van de betrokkenheid en steun van die groepen, de uitbouw van een divers en laagdrempelig aanbod én de communicatie van het aanbod naar de betrokkenen toe. Een permanente diversiteitsbril dus.

Lokaal beleid moet inhoudelijk goed worden ingevuld en ondersteund. De nodige expertiseopbouw vraagt, zeker voor de kleinere lokale besturen ondersteuning op een hoger, centraler niveau. VVSG heeft een blijvende en belangrijke opdracht via lerende netwerken, het delen van goede praktijken en via concrete, individuele ondersteuning van de lokale besturen.

Ook begrotingsmatig moet het lokaal sociaal en gezondheidsbeleid een volwaardige plaats krijgen. De lokale besturen moeten voor het uitvoeren van hun rol kunnen beschikken over de correcte middelen. Het moet ook duidelijk zijn dat centraal opgelegde financiële ondersteuning van burgers (bv. mantelzorgpremies) niet mogen wegen op de begrotingen van de lokale besturen.

9.2 Centrale overheid

Vermaatschappelijking van zorg kan niet zonder een faciliterende, subsidiërende, organiserende kaderstellende, ondersteunende en handhavende centrale Vlaamse overheid. De centrale overheid heeft een rol te vervullen naar de zorgvragers, hun gezinnen en hun mantelzorgers toe maar ook naar de zorg- en welzijnsprofessionals, de zorg- en welzijnsorganisaties en de lokale overheden toe.

De SERV onderscheidt minstens volgende functies:

- **Faciliteren:** Dit gebeurt via het voorzien van de nodige decretale kaders voor de zorg- en welzijnsorganisaties om hun dienstverlening te organiseren in lijn met de beleidsdoelstellingen. Vermaatschappelijking van zorg is een voorbeeld van zo een beleidsdoelstelling. Het is, om bijvoorbeeld in te kunnen spelen op lokale noden of om innovatief werken te versterken, zinvol om te werken met doel- en experimentwetgeving. De principes die de SERV

in 2016 formuleerde rond betere regelgeving, met o.a. doelregelgeving, blijven geldig⁴⁸. Men moet over beleidsdomeinen heen durven en blijven kijken om te werken op de verschillende aspecten die verbonden zijn met vermaatschappelijking van zorg (bv langer thuis blijven wonen lukt niet zonder aangepaste buurten en woningen en gebiedsdekkende thuisdiensten). Ook heeft het centrale beleid een functie in het versterken van de professionele zorg via de instroom in de sector, de loon- en arbeidsvoorwaarden en een beleid rond (zelfstandig) ondernemen in de sector. Daar is heel wat lopende i.k.v. het tripartite akkoord VIA6 (instroomplan, zorgambassadeur, verbeteringen voor de werknemers, ...), maar de beleidsaandacht op deze punten mag niet verslappen.

- **Financieren:** Vanuit het algemeen en maatschappelijk belang van een goede organisatie van zorg en welzijn en als onderdeel van de sociale bescherming staat de centrale overheid (mee) in voor de financiering van infrastructuur, aanbod, werking en personeel in de sectoren zorg en welzijn én van de taken die de lokale overheden vervullen op deze domeinen. Op die manier verzekert de centrale overheid het uitvoeren van taken die niet (volledig) aan de werking van de markt kunnen worden overgelaten, zorgt ze voor een gelijk speelveld voor de aanbieders en de gebruikers, zorgt ze voor de duurzame werking van de initiatieven en kan ze overzicht houden op de geboden kwaliteit en kwantiteit. Deze financiering is de herverdeling van middelen die de centrale overheid ontvangt uit belastingen en sociale bijdragen (al dan niet via dotatie). In de praktijk bestaan er duidelijke verschillen in de manier waarop verschillende werkmiddelen en toelagen (aan instellingen) geïndexeerd worden. In sommige domeinen zijn deze uitgaven reeds jaren niet geïndexeerd, soms zonder transparante motivering of zonder rekening te houden met eerder aangegane verbintenissen⁴⁹. Dat drukt op een kwaliteitsvolle dienstverlening.
- **Organiseren:** de centrale overheid zorgt voor een performante en efficiënte administratie en overheidsdiensten. Dat gaat onder meer over de organisatie van aangiftes, aansluitingen, terugbetalingen, (digitaal) ontzorgen van burgers door hen automatisch rechten toe te kennen, ... Dat is belangrijk om de regie over de eigen zorg te kunnen houden. Taken die niet aan de markt overgelaten (kunnen) worden, subsidieert of organiseert de overheid (al dan niet gedeeltelijk) zelf.
- **Kaderstellen:** de keuze van de Vlaamse Regering om de lokale overheid bevoegdheden te geven op het vlak van zorg en sociaal beleid laat toe om lokaal te gaan differentiëren in de aanpak en de ingezette instrumenten, betrokken partners, ... Toch is het ook belangrijk om over heel Vlaanderen (incl. de bevoegdheden voor Brussel) de sociale rechten van burgers op gelijke leest te schoeien met garanties rond de kwaliteit van het aanbod en rond een geïntegreerd aanbod met samenwerking tussen organisaties en zorgverstrekkers. Het kan niet de bedoeling zijn dat het realiseren van sociale rechten afhangt van de gemeente of de

⁴⁸ Zie ook SERV advies Betere regelgeving
https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20161031_betere_regelgeving_ADV_0.pdf

⁴⁹ Zie ook SERV begrotingsadvies 2023.
https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20220706_Begroting_BO2023_ADV.pdf

buurt waar men woont (dus ook buiten de stadskern of op het platteland). Ook premies in het kader van zorg en welzijn (bv zorgbudget, mantelzorgpremie) en zorgverloven zouden voorzien moeten worden via een centraal kader.

- **Ondersteunen:** De centrale overheid staat als neutrale partner in voor het centraal ontsluiten en beschikbaar maken van gegevens rond welzijn en gezondheid voor eigen beleidsdoeleinden en voor verschillende actoren op dit domein (aanbieders zorg en ondersteuning, burgers). Het respecteren van een strikt ethisch kader rond het gebruik van deze gegevens en het respect voor ieders privacy is primordiaal.
- **Handhaven:** Ook voor monitoring, controle en handhaving moet naar de centrale overheid gekeken worden. Ze heeft als taak het lokaal realiseren van centrale beleidsdoelstellingen op te volgen. Ze monitort de output en impact van de zorgorganisaties (o.a. in het kader van het kwaliteitsdecreet) en wat de lokale overheden doen en realiseren op het vlak van lokaal sociaal- en gezondheidsbeleid met de middelen die ze krijgen (o.a. rond het realiseren van de gestelde gezondheidsdoelstellingen). Het vervullen van (sociale) grondrechten kan immers niet afhankelijk zijn van de postcode van de woonplaats.

Bibliografie

Bracke, M., Mortelmans, D., Declercq, A., Raeymaeckers, P., De Koker, B., Heylen, L. (2022). Zorg-enquête 2021: Inhoudelijk rapport. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/6binag0/files/2022_02%20Rapport_02_SWVG_Rapport_MJP1_03%20Zorgenquete%202021_Inhoudelijk%20Rapport.pdf?lrghymk

Bronselaer, J., Vandezande, V., Vanden Boer, L. Demeyer, B. (2016), Sporen naar duurzame mantelzorg: Hoe perspectief bieden aan mantelzorgers?
https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/2016_Sporen_naar_duurzame_mantelzorg_DWVG_0.pdf

Bronselaer, J., Vandezande, V., Vanden Boer, L. Demeyer, B. (2018), Wat weten we (niet) over informele zorg in Vlaanderen? Voorstel voor het dichtten van de cijfer- en kennislacunes.
https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/InformeZorgInVlaanderen_rapport.pdf

Buntinx, J., Pless, S. (2022), Samenwerken rond zorg en welzijn: wat zijn de stimulerende en remmende factoren voor samenwerking rond zorg, welzijn en samenleven in steden en gemeenten? in opdracht van SAAMO West-Vlaanderen en Limburg, gefinancierd door Fonds Dr. Daniël De Coninck, Cera en Porticus. <https://www.saamo.be/wp-content/uploads/2022/04/Rapport-Samenwerken-rond-zorg-en-welzijn-breed-bekeken.pdf>

Charafeddine, R., Braekman, E., Van der Heyden J. (2019), Gezondheidsenquête 2018: Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/37. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

Coussement, A., Vercruysse, S.M., Christiaens, K., m.m.v. Peter Heyrman (2019). VELE HANDEN - Zorg en samenleving in heden en verleden. Een historisch perspectief op het hedendaags debat over de vermaatschappelijking van de zorg in Vlaanderen. Op zoek naar continuïteit en discontinuïteit. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/qa7rhxc/files/2019_03%20Rapport%2019_EF29_Vele%20handen_Zorg%20en%20samenleving%20in%20heden%20en%20verleden.pdf?aw6ri0s

De Koker, B. (2018), Variaties op mantelzorg : de inzet en beleving van mantelzorgers in de context van de vermaatschappelijking van de zorg. Antwerpen : Universiteit Antwerpen, Faculteit Sociale Wetenschappen, Departement Sociologie.
https://www.mantelzorgers.be/Documents/Variaties_op_mantelzorg_Proefschrift_Benedicte_De_Koker_2018.pdf

De Schuyter, R., Timmers, M., Vrints, L. (2021) Een plek voor de sandwichgeneratie. Aanbevelingen voor socioculturele organisaties en mantelzorgorganisaties.

https://www.kcgezinswetenschappen.be/sites/default/files/publicaties/sandwichcoach_tool_voor_organisaties_0.pdf

De Witte, N., Joris, S., Van Assche, E., Van Daele, T. (2021), Technologische en digitale toepassingen in zorg & welzijn: een richtingwijzer. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/qsavhtw/files/2021_09%20Rapport_57%20SWVG%20EF73%20ehealth%20Eindrapport.pdf?j94q6xp

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2013), De Kracht van het engagement. De vermaatschappelijking van de zorg in de dagelijkse praktijk. <https://www.vlaanderen.be/publicaties/de-kracht-van-het-engagement-de-vermaatschappelijking-van-de-zorg-in-de-dagelijkse-praktijk>

Drieskens S., Braekman E., Charafeddine R., Demarest S., Berete F., Gisle L. & Van der Heyden J. Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013 - 2018: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: Sciensano. <https://hisia.wiv-isp.be/>

European Economic and Social Committee (2022), OPINION Family caring for people with disabilities and older persons. The role of family members caring for people with disabilities and older persons: the explosion of the phenomenon during the pandemic [Own-initiative opinion] SOC/730 <https://webapi2016.eesc.europa.eu/v1/documents/P6FJPSUHKDC2-288331576-8659/download>

Federaal Planbureau (2021), Demografische vooruitzichten 2020-2070. https://www.plan.be/uploaded/documents/202103310840330.FOR_POP2070_12389_N.pdf

Gérain, P., Avalosse, H. (2020), Focus op de mantelzorger: hun welzijn en hun gebruik van ondersteunende diensten en respijtzorg. https://www.cm.be/media/CM-Informatie-Mantelzorg_tcm47-68573.pdf

Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., Van der Heyden, J. (2020), Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018. Brussel, België : Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

Gryp, D., De Pauw, H. & Heylen, L. (2021). (In)formele zorg. Eindrapport. In opdracht van Stad Antwerpen. <https://mobilabandcare.be/wp-content/uploads/2022/05/Gryp-De-Pauw-Heylen-2021-Eindrapport-informele-zorg.pdf>

Gryp, D., Heylen, L. & Lommelen, L. (2022). Onderzoeksrapport 'Zorgzame buurten: minder mazen, meer net', in opdracht van SAAMO Limburg en SAAMO West-Vlaanderen zie: https://www.saamo.be/wp-content/uploads/2022/04/Vonk3_Onderzoeksrapport-Zorgzame-buurten-minder-mazen-meer-net-Gryp-Heylen-Lommelen.pdf

Hoge Raad financiën (2019), Rapport studiecommissie vergrijzing. https://www.plan.be/uploaded/documents/201907091048020.REP_CEVSCVV2019_11902_N.pdf

<https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/cijfers>

KBS (2017), Mantelzorgers van thuiswonende ouderen in België: een cruciale en complexe rol. Data-onderzoek <https://media.kbs-frb.be/nl/media/7441/20170106PP01.pdf>

KBS (2022) Kiezen moet kunnen. Ook voor ouderen. De woonzorgomgeving van de toekomst. https://media.kbs-frb.be/nl/media/9926/NL_Publicatie_Kiezen%20moet%20kunnen

Kinderrechtencommissariaat (2021), Jaarverslag 2020-2021. Het wachten moe. https://kinderrechten.be/sites/default/files/krc_jaarverslag_2020_2021_lr_def-interactief.pdf

Kinderrechtencommissariaat (2022), advies Code zwart voor mentaal welzijn https://kinderrechten.be/sites/default/files/advies_2021_2022_12_code_zwart_voor_mentaal_welzijn.pdf

Knaeps, J., De Koker, B., Steyaert, J., Heylen, L. & Van Puyenbroeck, J. (red.) (2018). Zorg voor mantelzorg. Handboek voor studenten en professionals in zorg en welzijn. De Boeck, Wommelgem. <https://school.vanin.be/zorg-voor-mantelzorg.html>

Knaeps, J., Lommelen, L. (2016). Mantelkracht. Coachingprogramma voor mantelzorgers. Brussel, Politeia. <http://www.politeia.be/nl-be/book/mantelkracht/MANTEL433W.htm>

Lambert, A. , Op de Beeck, S., Herbaux, D., Macq, J., Rappe, P., Schmitz, O., Schoonvaere, Q., Van Innis, A., Vandenbroeck, P., De Groote, J., Schoonaert, L., Vercruysse, H., Vlaemynck, M., Bourgeois, J., Lefèvre, M., Van den Heede, K., Benahmed, N. (2022), Transitie naar (meer) geïntegreerde zorg in België. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 359A. <http://doi.org/10.57598/R359AS> .

MORA (2015), Advies basisbereikbaarheid Maatschappelijke visie op de conceptualisering van basisbereikbaarheid. https://www.mobiliteitsraad.be/sites/default/files/documenten/20150421_MORA-Advies%20Basisbereikbaarheid.pdf

MORA (2018), Advies Voorontwerp van decreet betreffende de basisbereikbaarheid. <https://www.mobiliteitsraad.be/sites/default/files/documenten/MORA%20Advies%20Voorontwerp%20van%20Decreet%20Basisbereikbaarheid.pdf>

Nguyen, D., Van der Heyden, J. Charafeddine, R. (2019), Gezondheidsenquête 2018: Kwetsbaarheid bij ouderen. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/38. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

Op de Beeck, L., Seghers, N., Maes, B. (2022) Het combineren van mantelzorg en werk: een grote uitdaging. <https://hiva.kuleuven.be/nl/nieuws/docs/rapport-combineren-van-mantelzorg-en-werk.pdf>

Pelfrene, E. (2005), Ontgroening en vergrijzing in Vlaanderen 1990-2050, Verkenningen op basis van de NIS-bevolkingsvooruitzichten. Stativaria 36. <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/2246>.

SAAMO (2022), Minder mazen, meer net. Aan de slag met zorgzame buurten. https://www.saamo.be/wp-content/uploads/2022/04/2022_SALI001_e-pub_zorgzame-buurten.pdf

SAR WGG (2012) Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen. https://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SARWGG_ADV_20121207_Visienota_IntegraleZorgEnOndersteuning.pdf

SAR WGG (2012), Visienota Integrale zorg en ondersteuning. https://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SARWGG_ADV_20121207_Visienota_IntegraleZorgEnOndersteuning.pdf

SERV (2016), Advies Betere regelgeving: prioritaire voorstellen. https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20161031_betere_regelgeving_ADV_0.pdf

SERV (2018), Aanbevelingen en acties rond de transitie naar een digitale samenleving. <https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/20180703%20Digitalisering%20-%20aanbevelingen%20en%20acties.pdf>

SERV (2021), Advies Aanmoedigingspremie mantelzorg. https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20210215_Aanmoedigingspremie_Mantelzorg.pdf

SERV (2021), Oproep en advies rond betere overheidsdata voor sterk beleidsonderzoek en goed bestuur (samen met VLIR). https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20210913_SERV_VLIR_oproep_betere_overheidsdata_ADV.pdf

SERV (2022), Advies Vlaams mantelzorgplan 2022-2024. https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20220620_Mantelzorgplan_ADV.pdf

SERV (2022), Begrotingsadvies 2023. https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20220706_Begroting_BO2023_ADV.pdf

SERV (2022), Advies Vlaamse datastrategie en data-actieplan 2022. https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_20220509_Vlaamse_datastrategie_actieplan_ADV.pdf

Stichting Innovatie en Arbeid (2020), Rapport Werkbaarheidsprofiel zorg- en welzijnssector 2019 Sectorale analyse op de Vlaamse werkbaarheidsmonitor 2004 – 2019.

https://www.serv.be/sites/default/files/documenten/SERV_Raad_20200615_WBM2019_Zorg-en%20Welzijnssector_StIA_RAP.pdf,

Teppers, E., Schepers, W., Van Regenmortel, T. (2019), Het gebruik van en de behoefte aan kinderopvang voor baby's en peuters jonger dan 3 jaar In het Vlaamse Gewest.

<https://hiva.kuleuven.be/nl/nieuws/nieuwsitems/het-gebruik-van-en-de-behoefte-aan-kinderopvang-in-Vlaanderen-20190912>

Timmers, M., Gielens, T. (2021) De Sandwichgeneratie in balans. Ondersteuning van de combinatie van werk, gezin en zorg bij 45-plussers op het werk.

https://www.kcgezinswetenschappen.be/sites/default/files/publicaties/sandwichcoach_tool_voor_werkgevers_leidinggevenden_0.pdf

Van den Heede, K., Bouckaert, N., Detollenaere, J., Kohn, L., Maertens de Noordhout, C., Vanhooreweghe, J., Bruyneel, A., Sermeus, W. (2022), Verpleegkundige bestaffing op Belgische intensieve zorgen afdelingen: impact van twee jaar COVID-19 pandemie. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 353A.

<https://doi.org/10.57598/R353AS>

Van den Heede, K., Bruyneel, L., Beeckmans, D., Boon, N., Bouckaert, N., Cornelis, J., Dossche, D., Van de Voorde, C., Sermeus, W. (2019), Verpleegkundige bestaffing voor een veilige(re) zorg in acute ziekenhuizen. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 325A. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_325_Safe_nurs_staffing_Report_2nd_edition_0.pdf

Van der Heyden, J., Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Nguyen, D. Tafforeau, J., Gisle, L., Braekman, E., Berete F (2019), Gezondheidsenquête 2018: gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten. Brussel, België: Sciensano. Rapportnummer: D/2019/14.440/33 Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

Van Impe, G., Scholiers, B., Vansteenkiste, S., De Smet, R. (2022). Krap, krappere, krapst?! Spannende tijden op de Vlaamse arbeidsmarkt. Over.Werk. Tijdschrift van het Steunpunt Werk, 32(1), 5-17. https://www.steunpuntwerk.be/files/OverWerk_2022_1_01.pdf,

VAPH (2022), Het VAPH in cijfers. https://extranet.vaph.be/jaarverslag/2021-eerste-jaarhelft/Het-VAPH-in-cijfers-Eerste-jaarhelft-2021_23-03-2022.pdf

VDAB (2022), Lijst knelpuntberoepen.

<https://www.vdab.be/sites/default/files/media/files/Knelpuntberoepen%202022.pdf>

Verheyden, H., Vervloesem, E., Schiettecat, T., Dermout, V. Roets, G. (2021) TAKE CARE ! (On)zichtbare zorg als sociaal-ruimtelijk vraagstuk. Onderzoeksrapport.

<https://www.ugent.be/pp/swsp/nl/actueel/nieuws/bijlagen/2021-09-28-onderzoeksrapport-take-care-on-zichtbare-zorg-als-sociaal-ruimtelijk-vraagstuk>

Verslag Hoge Raad voor de Werkgelegenheid

https://hrw.belgie.be/sites/default/files/content/download/files/hrw_2022_07_stand_van_zaken_op_de_arbeidsmarkt.pdf

Vlaamse Regering (2017), Nabije zorg in een warm Vlaanderen. Vlaams Mantelzorgplan 2016–2020. <https://www.vlaanderen.be/publicaties/nabije-zorg-in-een-warm-vlaanderen-vlaams-mantelzorgplan-2016-2020>

Vlaamse Regering (2018), [Strategische visie van het Beleidsplan Ruimte Vlaanderen, zoals goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 20 juli 2018.](#)

Vlaamse Regering (2022), Mantelzorgplan 2022-2024.

<https://www.mantelzorgers.be/Documents/Mantelzorgplan%202022-2024.pdf>

Volckaert, E. (2022). Oud vasthouden: Over vergrijzing, wonen en beleid. Gompel&Svacina.

Volckaert, E., Schillebeeckx, E., & De Decker, P. (2021). Beyond nostalgia: Older people's perspectives on informal care in rural Flanders. *Journal of Rural Studies*, 87, 444-454.

Volckaert, E., Schillebeeckx, E., De Decker, P., & Van Damme, W. (2021). Buurtzorg op het Vlaamse platteland: een illusie? *Geron*.

Werkgroep Wachttijden - Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg (2021), Uitgebreid rapport wachttijden. https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2021/01/Uitgebreid-rapport-wachttijden_Def2.pdf

WHO (2015), WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report . https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf