

Rapport

Opmaak van een zorgstrategisch plan voor Zorgpunt Waasland

Strategische nota 03/04/2023

Auteurs: Désirée Vandenberghe, Melissa Desmedt, Peter Willen & Melanie Sioen

Inhoudstafel

Inhoudstafel	2
GEBRUIKTE AFKORTINGEN.....	5
OVERZICHT FIGUREN	6
OVERZICHT TABELLEN	8
EXECUTIVE SUMMARY	10
INLEIDING.....	15
DEEL I. KWANTITATIEVE EN KWALITATIEVE ANALYSE	17
1. VOORBEREIDENDE FASE	17
1.1. Desk research	17
1.2. Analyse van het eigen aanbod.....	17
1.3. Alternatieve SWOT-analyse.....	19
1.4. Verkennende gesprekken	20
1.4.1. Huidige situatie	20
1.4.2. Toekomstbeeld.....	22
1.4.3. Aandachtspunten bij het nastreven van het toekomstbeeld	24
1.5. Conclusie	26
2. OMGEVINGSANALYSE	27
2.1. Methodologie.....	27
2.2. Attractiegebied	28
2.2.1. Woonzorgcentra	28
2.2.2. Personen met een beperking	29
2.2.3. Diensten van thuiszorg	29
2.2.4. Conclusie	29
2.3. Zorgvraag	30
2.3.1. Demografische factoren	31
2.3.2. Gezondheidsfactoren.....	41
2.3.3. Economische factoren	58
2.3.4. Socio-culturele en technologische factoren	63
2.4. Zorgaanbod	68
2.4.1. Residentiële zorg	69
2.4.2. Ambulante zorg	80
2.4.3. Thuiszorg.....	86
2.4.4. Aanvullend aanbod	92
2.4.5. Samenwerking en netwerken	94

2.4.6. Arbeidsmarkt, opleidingen en omgaan met personeelstekort	95
2.5. Samenvatting en conclusie	100
2.5.1. Zorgvraag samengevat	100
2.5.2. Zorgaanbod samengevat	102
2.5.3. Conclusie	104
3. PROGNOSES	106
3.1. Neutrale prognose	106
3.1.1. Methodiek	106
3.1.2. Evolutie van zorgvraag t.a.v. het zorgaanbod	110
3.2. Trendmatige prognose	114
3.2.1. Trends in voorkeuren	114
3.2.2. Innovatieve dienstverleningsconcepten en woonvormen	117
3.2.3. Beleidsmatige prikkels	125
3.3. Conclusie	129
DEEL II. EXPLORATIEVE FASE: BEVRAGING EN FOCUSGROEPEN	131
4. ALGEMENE AANPAK	131
4.1. Fases	131
4.2. Doelgroepen en steekproef van de bevraging	131
4.3. Doelgroepen van de focusgroepen	132
4.4. Communicatie	132
5. BEVRAGING	134
5.1. Onderdelen in de bevraging & resultaatbespreking	134
5.2. Karakteristieken van de respondenten	135
5.2.1. Aantal respondenten	135
5.2.2. Leeftijd, geslacht en herkomst	137
5.2.3. Woonsituatie, wettelijke status en huishoudsamenstelling	138
5.2.4. Mantelzorg	138
5.2.5. Bekendheid en gebruik van de diensten van ZPW	139
5.3. Welke dienstverlening missen de respondenten?	141
5.3.1. Thuis- en buurthulp	142
5.3.2. Personen met een beperking	144
5.3.3. Personen met mentale moeilijkheden	144
5.3.4. Mantelzorg	144
5.3.5. Woningaanpassingen en woonvormen	145
5.4. Wat overwegen de respondenten voor de toekomst?	146

5.4.1. Thuis- en buurthulp.....	146
5.4.2. Personen met een beperking	147
5.4.3. Personen met mentale moeilijkheden	148
5.4.4. Woonvormen.....	148
5.5. Samenvatting	149
6. FOCUSGROEPEN	150
6.1. Beschrijving van de focusgroepen	150
6.2. Zorggebruikers.....	151
6.2.1. Huidige ervaringen met het zorgaanbod in de omgeving en/of van Zorgpunt Waasland?.....	152
6.2.2. Onbeantwoorde noden met betrekking tot zorg en ondersteuning	152
6.2.3. Het zorgaanbod van de toekomst.....	152
6.2.4. Ankerpunten voor zorg en ondersteuning in de toekomst	153
6.2.5. Personen van andere herkomst (anderstaligen).....	153
6.3. Zorgpartners	154
6.3.1. Trends en evoluties binnen de (brede) gezondheidszorg	155
6.3.2. Noden en behoeften van de verschillende doelgroepen.....	156
6.3.3. Samenwerking tussen zorgverleners en -partners.....	156
6.3.4. Ankerpunten voor zorg en ondersteuning in de toekomst	156
6.4. Stagiairs/medewerkers van Zorgpunt Waasland	157
6.4.1. Ervaringen en verwachtingen in de zorgsector.....	157
6.4.2. Perceptie en voorkeur van de 'subsectoren' binnen de zorg	157
6.4.3. Meerwaarde van zorgorganisaties aan studenten	158
6.4.4. Succesfactoren voor een goede werkomgeving	158
6.5. Samenvatting	158
7. CONCLUSIE	160
DEEL III. BELEIDSAANBEVELINGEN EN STRATEGISCHE DOELSTELLINGEN	162
8. BELEIDSAANBEVELINGEN	162
9. STRATEGISCHE DOELSTELLINGEN.....	170
REFERENTIES.....	174

GEBRUIKTE AFKORTINGEN

Afkorting	Omschrijving
ASS	Autismespectrumstoornissen
AZ	Algemeen ziekenhuis
BelRAI	Belgian Resident Assessment Instrument
BOB	Basisondersteuningsbudget
CAW	Centrum algemeen welzijnswerk
CDV	Centrum voor Dagverzorging
CGG	Centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CVK	Centrum voor Kortverblijf
DG pmeh	Directoraat-Generaal Personen met handicap
eHealth	Tele-health of telegeneeskunde
ELZ	Eerstelijnszone
GAW	Groep van Assistentiewoningen
GES	Gedrags- en emotionele stoornissen
GDT	Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
(I)ADL	(Instrumental) activities of daily living
IGO	Inkomensgarantie voor ouderen
IMB	Individuele Materiële Bijstand
IT	Integratietegemoetkoming
IVT	Inkomensvervangende Tegemoetkoming
KGWO	Kleinschalig genormaliseerd wonen
LDC	Lokaal dienstencentrum
MDT	Multidisciplinaire teams
MFC	Multifunctionele centra
mHealth	Mobile health
MMC	Minder mobiele centrale
NOW	Eerstelijnszone Noord-Oost-Waasland
PAB	Persoonlijk Assistentiebudget
PVB	Persoonsvolgend Budget
PVF	Persoonsvolgende financiering
PZ	Psychiatrisch ziekenhuis
RTH	Rechtstreeks Toegankelijke Hulp
RVT(-bed)	Rust- en verzorgingstehuis
SHM	Sociale huisvestingsmaatschappij
THAB	Tegemoetkoming hulp aan bejaarden
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VIA-6	6de Vlaams Intersectoraal Akkoord
VTE	Voltijds equivalent
WZC	Woonzorgcentrum
ZWW	Eerstelijnszone Zuid-West-Waasland

OVERZICHT FIGUREN

Figuur 1. Schematische voorstelling van plan van aanpak	15
Figuur 2. Aanbod van Zorgpunt Waasland	18
Figuur 3. Output over waar Zorgpunt Waasland volgens de respondenten voor staat	21
Figuur 4. Output i.v.m. het toekomstbeeld van de zorg van de respondenten van ZPW	23
Figuur 5. Output i.v.m. het toekomstbeeld van het personeel van de respondenten van ZPW	23
Figuur 6. Stappen binnen de kwantitatieve omgevingsanalyse	27
Figuur 7. DESTEP-model.....	28
Figuur 8. Procentueel aandeel en het aantal bewoners in woonzorgcentra uit de 4 lokale besturen	28
Figuur 9. Procentueel aandeel en het aantal bewoners met een beperking uit de 4 lokale besturen	29
Figuur 10. Procentueel aandeel en het aantal gebruikers van de diensten van thuiszorg uit de 4 lokale besturen	29
Figuur 11. Leeftijdsgroepen als % van de totale bevolking in NOW en ZWW in 2021	33
Figuur 12. Leeftijdsgroepen als % van de totale bevolking in Beveren, Sint-Niklaas, Zwijndrecht en Kruike (1990-2040)	34
Figuur 13. Demografische coëfficiënten: interne vergrijzing, grijze druk en groene druk in NOW en ZWW (1990-2040).	35
Figuur 14. Demografische coëfficiënten: interne vergrijzing, grijze druk en groene druk in Sint-Niklaas, Beveren, Kruike en Zwijndrecht (1990-2040).	35
Figuur 15. Demografische coëfficiënten: afhankelijkheids- en mantelzorgratio, familiale zorgindex in ZWW en NOW (1990-2040)	36
Figuur 16. Demografische coëfficiënten: afhankelijkheidsratio, mantelzorgratio, familiale zorgindex in Sint-Niklaas, Beveren, Kruike en Zwijndrecht (1990-2040)	37
Figuur 17. Aandeel van niet-Belgische herkomst en nationaliteit in de totale bevolking van ZWW en NOW (links) en Sint-Niklaas, Beveren, Kruike en Zwijndrecht (rechts) in 1990 -2020	38
Figuur 18. Aandeel niet-Belgische herkomst en Niet-EU, niet OESO-herkomst in 2 ELZ per leeftijdsgroep (1990-2021)	38
Figuur 19. Samenstelling van huishoudens in ZWW en NOW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (1990-2020)	39
Figuur 20. Aantal alleenwonenden als % van de eigen leeftijdsgroep in ZWW en NOW (1990-2020).....	40
Figuur 21. Aandeel één-persoonshuishoudens binnen de 2 eerstelijnszones (links) & de 4 lokale besturen (rechts) in totale huishoudens van ZPW (2020-2040).....	40
Figuur 22. Aantal personen met zorgbudget naar type in NOW en ZWW (links) en in Zwijndrecht, Sint-Niklaas, Beveren en Kruike (rechts) (2008-2021)	47
Figuur 23. Aantal personen met zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden naar type verblijf in NOW en ZWW (links) en in Zwijndrecht, Sint-Niklaas, Beveren en Kruike (rechts) (2008-2021)	47
Figuur 24. Het percentage van de leeftijdsgroepen in zorgbudgetten voor zwaar zorgbehoevende personen in NOW en ZWW (2008-2021).....	48
Figuur 25. Aantal personen met een beperking (erkend door DG Personen met een handicap) in de 4 lokale besturen (links; 2010-2021) en opgedeeld per leeftijdsgroep (rechts; 2007-2021).....	48
Figuur 26. Personen met een beperking die beroep doen op met IT en/of IVT in beide ELZ (2007-2019).....	50
Figuur 27. Personen met een beperking die beroep doen op met IT en/of IVT in de 4 lokale besturen (2007-2019)	50
Figuur 28. Het aantal personen volgens profiel van zorgzwaarte in woonzorgcentra in ELZ NOW en ZWW (links) en de 4 lokale besturen (rechts) (2013-2018)	52
Figuur 29. Het aantal personen volgens profiel van zorgzwaarte in thuisverpleging in ZWW en NOW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2009-2018).....	53
Figuur 30. Thuisverpleging* bij mannen en vrouwen uit arrondissement Sint-Niklaas, opgedeeld op basis van leeftijd (2008-2018)	53
Figuur 31. Procentuele toename van aantal personen met dementie in Vlaanderen (2018-2035).....	54
Figuur 32. Verdeling over de verschillende types van dementie (o.b.v. een studie in Vlaams-Brabant, 2016).....	55
Figuur 33. Aandeel met statuut chronische aandoeningen per leeftijdsgroep in alle 4 de lokale besturen (2014-2018) .	55
Figuur 34. Antidepressivaconsumptie per 1.000 inwoners per dag (vastgestelde dagelijkse dosis) in alle 4 de lokale besturen (2008-2020)	56

Figuur 35. Antidepressivaconsumptie per 1.000 inwoners per dag (vastgestelde dagelijkse dosis) per arrondissement (2013).....	57
Figuur 36. Verhoogde tegemoetkoming per leeftijd en inkomensgarantie voor ouderen in NOW & ZWW (2013-2020)	59
Figuur 37. Verhoogde tegemoetkoming per leeftijd en inkomensgarantie in Sint-Niklaas (links) en in Beveren, Kruikeke, Zwijndrecht (rechts) (2013-2020)	60
Figuur 38. Opleidingsniveau 55-75 jarigen in Vlaanderen (2010-2020)	60
Figuur 39. Aantal personen met een (equivalent) leefloon (alle leeftijden) in NOW & ZWW (links; 2001-2019) en in de 4 lokale besturen (rechts; 1999-2020)	61
Figuur 40. Overzicht van de kwetsbaarheidsindicatoren in het attractiegebied	61
Figuur 41. Overzicht van de kwetsbaarheidsindicatoren in Sint-Niklaas, Kortrijk en Oostende.....	62
Figuur 42. Kansarmoede-index in de 4 lokale besturen (2001-2020).....	63
Figuur 43. Sociaal weefsel in de buurten van de 4 lokale besturen (links) en minstens maandelijks contact volgens type in de 4 lokale besturen (rechts) (2020).....	64
Figuur 44. Resultaten van project 'Gezond ouder worden'	65
Figuur 45. Evolutie in soort internetgebruik volgens leeftijd in België (2016-2019)	67
Figuur 46. Evolutie in capaciteit (aantal plaatsen) in residentiële ouderenzorg, per type in NOW en ZWW (2006-2021)	70
Figuur 47. Evolutie in aantal plaatsen/bedden volgens programmatie en huidige capaciteit in WZC in NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2005-2021)	71
Figuur 48. Aanbodratio in ELZ NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2005-2021).....	72
Figuur 49. Realisatiegraad in ELZ NOW en ZWW links) en alle 4 de lokale besturen (rechts) (2005-2021).....	72
Figuur 50. Evolutie in aantal plaatsen/bedden volgens programmatie en huidige capaciteit in CVK in NOW en ZWW (links) en de 4 lokale besturen (rechts) (2006-2020)	74
Figuur 51. Aanbodratio per 1000 65+'ers van CVK in NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2006-2021)	74
Figuur 52. Realisatiegraad van CVK in NOW en ZWW (links) en alle lokale besturen (rechts) (2006-2021)	75
Figuur 53. Huidige capaciteit van GAW in NOW en ZWW (links) en alle lokale besturen (rechts) (2005-2021)	76
Figuur 54. Aanbodratio per 100 65+'ers van GAW in ELZ NOW en ZWW (links) en de 4 lokale besturen (rechts) (2005-2021)	77
Figuur 55. Aanbodratio per 10 000 65+'ers van CDV in ELZ NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2014-2021).....	81
Figuur 56. Realisatiegraad van CDV in ELZ NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2014-2021)	82
Figuur 57. Aanbodratio van LDC in ELZ NOW en ZWW (links) en de 4 lokale besturen (rechts) (2009-2021)	83
Figuur 58. Realisatiegraad van LDC in ELZ NOW en ZWW (links) en de 4 lokale besturen (rechts) (2009-2021)	83
Figuur 59. Evolutie in aantal uur gezinszorg volgens programmatie en huidige capaciteit in ELZ NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2010-2020)	88
Figuur 60. Realisatiegraad in ELZ NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2010-2020)	88
Figuur 61. Gebruik van dienstencheques in ELZ NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2009-2020)	90
Figuur 62. Stappen in de berekening van de (toekomstige) zorgvraag	106
Figuur 63. Opbouw van de trendmatige prognoses	114
Figuur 64. Illustraties van de doelgroep binnen de KBS-bevraging 'Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen'	115
Figuur 65. Het cirkelmodel van zorg	125
Figuur 66. Campagnebeelden	133
Figuur 67. Matrixstructuur voor de bespreking van resultaten	134
Figuur 68: Spreiding van de bruikbare antwoorden over de verschillende doelgroepen.....	136
Figuur 69: Spreiding van de doelgroep over de verschillende lokale besturen	136
Figuur 70: Spreiding van de leeftijd van de respondenten in leeftijdscategorieën (per 10 jaar).....	137
Figuur 71. Verdeling van mantelzorgers per type ontvanger.....	138
Figuur 72. Verdeling van personen die mantelzorg ontvangen per type mantelzorger	139
Figuur 73. Bekendheid van ZPW (links) en gebruik van hun diensten (rechts)	139
Figuur 74. Samenvatting van dit onderdeel volgens matrixstructuur	142
Figuur 75. Samenvatting van dit onderdeel volgens matrixstructuur	146

Figuur 76. Samenvatting van de bevraging volgens matrixstructuur	149
Figuur 77. Samenvattende visualisatie van aanbevelingen	170

OVERZICHT TABELLEN

Tabel 1. Beleidsdoelstellingen Zorgpunt Waasland 2020-2025.....	17
Tabel 2. Aantal voorzieningen en dienstverlening van Zorgpunt Waasland voor de 4 lokale besturen	17
Tabel 3. Alternatieve SWOT-analyse: Wat willen we als organisatie zijn.....	19
Tabel 4. Alternatieve SWOT-analyse: Wat willen we als organisatie niet zijn... ..	20
Tabel 5. Sterktes en werkpunten van Zorgpunt Waasland.....	21
Tabel 6. Belangrijkste aandachtspunten m.b.t. de positionering en krijtlijnen van ZPW	26
Tabel 7. Algemene demografische kenmerken in ELZ NOW, ELZ ZWW, Beveren, Sint-Niklaas, Kruibeke en Zwijndrecht (2020;2021)	33
Tabel 8. Overzicht van karakteristieken van zorgbudgetten en hun combinaties voor ouderen.....	46
Tabel 9. Aantal personen met een beperking die beroep doen op VAPH-ondersteuning in de 4 lokale besturen (2018-2020)	49
Tabel 10. Meerderjarige personen met een beperking met PVB (naar leeftijd) in de Vlaamse gemeenschap (2020)	49
Tabel 11. Zorgzwaarte in residentiële zorg	50
Tabel 12. Zorgzwaarte in thuiszorg	52
Tabel 13. Voorkeuren voor woonvormen indien zelfstandig wonen niet langer kan in Vlaanderen (2020)	65
Tabel 14. Ingesteldheid tgv. digitale technologie bij verschillende leeftijdsgroepen in Vlaanderen (2020)	66
Tabel 15. Digitale vaardigheden bij verschillende leeftijdsgroepen Vlaanderen (2020)	66
Tabel 16. Bereidheid tot gebruik van technologie om langer zelfstandig te blijven wonen België (2020)	66
Tabel 17. Aantal woonzorgcentra per ELZ en lokaal bestuur (2021)	71
Tabel 18. Aantal CVK opgedeeld per ELZ en lokaal bestuur.....	73
Tabel 19. Aantal GAW opgedeeld per ELZ en lokaal bestuur	76
Tabel 20. Aantal woonvoorzieningen voor personen met een beperking opgedeeld per ELZ en lokaal bestuur.....	77
Tabel 21. Vergunde initiatieven met woongelegenheden voor personen met een beperking in het attractiegebied	78
Tabel 22. Programmacijfer en huidige capaciteit van CDV in de ELZ en 4 lokale besturen (2014-2021).....	81
Tabel 23. Aantal LDC opgedeeld per ELZ en lokaal bestuur.....	82
Tabel 24. Vergunde initiatieven voor ambulante aanbod voor personen met een beperking in het attractiegebied	85
Tabel 25. Aantal uur van de verschillende types gezinszorg en aanvullende thuiszorg.....	87
Tabel 26. Aandeel van het aantal uur van gezinszorg van verschillende organisaties per lokaal bestuur	87
Tabel 27. Aandeel van het aantal uur van poetshulp van verschillende organisaties per lokaal bestuur.....	89
Tabel 28. Aandeel van het aantal uur van karwei-hulp van verschillende organisaties per lokaal bestuur.....	89
Tabel 29. Aandeel van het aantal uur van oppashulp van verschillende organisaties per lokaal bestuur.....	89
Tabel 30. Aantal initiatieven van mindermobielenvervoer opgedeeld per ELZ en lokaal bestuur	92
Tabel 31. Sociale huisvestingsmaatschappijen in de 4 lokale besturen en het attractiegebied	94
Tabel 32. Leeftijdsgroepen actief in de zorg in Vlaanderen (2019)	95
Tabel 33. Relevante opleidingen voor ZPW in Sint-Niklaas en Beveren	97
Tabel 34. Bevolkingsaandelen naar specifieke doelgroepen, per leeftijdsgroep, in Beveren, in 2020	106
Tabel 35. Bevolkingsaandelen naar specifieke doelgroepen, per leeftijdsgroep.....	107
Tabel 36. Bevolkingsaandelen naar specifieke doelgroepen, per leeftijdsgroep, in Beveren, in 2020	107
Tabel 37. Aandelen naar type zorgaanbod, per leeftijdsgroep	108
Tabel 38. Aandelen naar type zorgaanbod, per leeftijdsgroep	109
Tabel 39. Werkwijze voor de indeling naar zorgzwaarte in woonzorgcentra en thuisverpleging	110
Tabel 40. Resultaten van de neutrale prognose in de lokale besturen van Zorgpunt Waasland - Scenario 1 (2020-2040)	111
Tabel 41. Resultaten van de neutrale prognose in de lokale besturen van Zorgpunt Waasland – Scenario 2 (2020-2040)	112

Tabel 42. Resultaten van de indeling naar zorgzwaarte voor de neutrale prognose in de lokale besturen van Zorgpunt Waasland - Scenario 2 (2020-2040)	113
Tabel 43. Voorkeuren voor woonvormen indien zelfstandig wonen niet langer kan in Vlaanderen (2020)	115
Tabel 44. Gemiddelde leeftijd van respondenten per lokaal bestuur	137
Tabel 45. Aandeel respondenten per leeftijdscategorie.....	137
Tabel 46. Woonsituatie van de respondenten	138
Tabel 47. Huishoudsamenstelling van de respondenten	138
Tabel 48. Met wie wonen de respondenten samen?	138
Tabel 49. Gebruik van de diensten van ZPW in het afgelopen jaar.....	140
Tabel 50. In welke mate overweegt men thuiszorgdiensten in de toekomst	147
Tabel 51. In welke mate overweegt men buurthulp in de toekomst	147
Tabel 52. In welke mate overwegen personen met een beperking deze diensten in de toekomst	148
Tabel 53. In welke mate overwegen personen met mentale moeilijkheden deze diensten in de toekomst	148
Tabel 54. In welke mate zou men onderstaande woonvormen overwegen	148

EXECUTIVE SUMMARY

Disclaimer: Dit rapport werd iteratief opgebouwd naarmate de verschillende projectfasen werden doorlopen. Elk onderdeel is dus opgebouwd met de inzichten die in de betreffende fase beschikbaar was.

Binnen een steeds veranderd zorglandschap van groeiende of wijzigende zorgvragen, wil Zorgpunt Waasland (ZPW) een goed beeld verwerven van de **noden en behoeften in de omgeving om zo haar dienstverlening accuraat en eigentijds af te stemmen**. De organisatie wil zo komen tot een **zorgstrategisch plan** waarin nieuwe initiatieven of accenten worden gedefinieerd om de missie en visie in het Waasland te kunnen realiseren voor de komende 10 jaar (of meer).

Deel I van dit rapport bespreekt de **kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie** die werd uitgevoerd. Uit een **voorbereidende fase (Hoofdstuk 1)** van desk research, analyse van het eigen zorgaanbod, alternatieve SWOT-analyse en verkennende gesprekken leren we onder meer het DNA en uitdagingen van de organisatie beter kennen. Ondanks dat Zorgpunt Waasland een jonge organisatie is, toont deze een zekere maturiteit in de interne werking, documentatie, opvolging van projecten en een focus van beleidsdoelstellingen op belangrijke trends in het veranderende zorglandschap.

Via de verkennende gesprekken werden verschillende evoluties en trends aangehaald waar ZPW rekening mee zal moeten houden in de toekomst (deze factoren worden in de omgevingsanalyse verder uitgediept) en werd er stilgestaan bij de manier waarop ZPW hieraan tegemoet kan komen. De gewenste positionering en krijtlijnen voor de toekomst kunnen als volgt samengevat worden:

Profileren	Maak het huidige zorgpunt meer kenbaar en speel in op de grote omvang met de intentie om te groeien tot een organisatie die het grondgebied volledig dekt.
Specialiseren en regisseren	Sta kritisch stil bij specialisatie en de rol als regisseur: niet per se opnemen waar je niet de sterkste in bent/kan zijn, maar de juiste partners vinden om dit in de regierol op te nemen.
Samenwerken	Kom naar buiten als sterke zorgpartner in de regio met gemeenschappelijke initiatieven en aandacht voor betrokkenheid en samenwerkingsverbanden. Participeer met de doelgroepen van ZPW om in te spelen op de noden en zo initiatieven uit te werken.
Innoveren	Zoek naar initiatieven/ideeën voor en met de bevolking . Wees leergierig, dynamisch, proactief en niet vastgeroest.
Integreren	Ga voluit voor geïntegreerde zorg via buurtgerichte zorg, het zorgcontinuüm, vermaatschappelijking en lokale verankering vanuit een holistisch perspectief.
Organiseren en empoweren	Zet de interne organisatie, communicatie en informatiedoorstroom horizontaal en verticaal op punt. Betrek en engageer de werknemers vanuit de visie van warme werkgever.
Excelleren	Dé referentie: bied blijvend kwalitatieve zorg op een betrouwbare, degelijke, betaalbare wijze met passie voor de individuele bewoner en met een visie op wonen en leven.

Vervolgens werd een **omgevingsanalyse (Hoofdstuk 2)** aangevat, waarbij een overzicht wordt gegeven van relevante aspecten van zorgvraag en zorgaanbod, met aandacht voor enerzijds historische trends en anderzijds een blik op verwachte, toekomstige evoluties tot 2040 (waar deze gegevens beschikbaar zijn). Hiertoe werd eerst het attractiegebied (i.e. interessegebied) voor de studie bepaald als de eerstelijnszones Zuid-West Waasland (ZWW) en Noord-Oost Waasland (NOW), waarbij de 4 lokale besturen van Zorgpunt Waasland (Sint-Niklaas, Beveren, Zwijndrecht en Kruikeke) telkens afzonderlijk worden besproken.

Uit de analyse van de **zorgvraag** komen volgende zaken naar voor (cijfergegevens op niveau van de lokale besturen zijn in de nota terug te vinden):

- Demografie:** De oudere populatie in de 4 lokale besturen van ZPW wordt groter (**vergrijzing**) en gemiddeld ouder (**interne vergrijzing**). Het aandeel jongeren in de populatie blijft stabiel t.o.v. de

beroepsbevolking en het aandeel potentiële **mantelzorgers daalt** doorheen de tijd. Dit leert ons dat vraag naar en druk op formele zorg zal stijgen.

De populatie in de 4 lokale besturen wordt **diverser** (op vlak van herkomst/nationaliteit), voornamelijk in Sint-Niklaas. Deze zorgvragers zullen mogelijk andere noden en wensen hebben. Het aandeel **alleenwonenden** in de populatie stijgt en ongeveer 1/3^{de} van de 75+'ers woont momenteel alleen. Dit heeft een impact op het risico op vereenzaming, op de ondersteuning van mantelzorgers en de nood aan goed georganiseerde thuiszorg.

- b) **Gezondheid:** We merken een stijging in vraag naar de drie verschillende types zorgbudgetten (zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, voor zwaar zorgbehoevenden, voor personen met een beperking). Met gemiddeld 70% van alle zorgbudgetten, vormt het zorgbudget voor **zwaar zorgbehoevende personen** het grootste aandeel. Dit type bestaat zowel voor personen in de residentiële zorg als voor **personen in de mantel- en thuiszorg**; deze laatste steeg het sterkste. We zien een stijging in het aantal personen met een **hogere zorgzwaarte** zowel in de residentiële zorg als in de thuisverpleging. Het aantal erkende **personen met een beperking** stijgt in alle lokale besturen en er is een stijgend aandeel personen met dementie en chronische aandoeningen, met name bij ouderen.
- c) **Economisch:** De financiële situatie van **ouderen** blijft doorheen de tijd eerder stabiel (op vlak van ouderen met een inkomensgarantie en/of verhoogde tegemoetkoming), echter doen **beroepsactieven** wel vaker beroep op financiële ondersteuning zoals (equivalent) leefloon en verhoogde tegemoetkoming. Dit aandeel is het grootst in Sint-Niklaas. Wat betreft de financiële situatie van ouderen dienen we rekening te houden met verborgen armoede, financieel misbruik en het aandeel alleenstaande ouderen. Ouderen zijn gemiddeld hoger opgeleid, wat kan bijdragen tot een meer kritischere ingesteldheid en het stellen van hogere eisen.
- d) **Socio-cultureel en technologisch:** We merken een mogelijk risico op **vereenzaming** bij ouderen door eerder beperkt sociaal netwerk en beperkte contacten in de buurt. Ouderen zijn beter **geïnformeerd, mondiger en kritischer**, maar ook meer **individualistisch** met risico op isolatie. Hulpbehoevende ouderen tonen een voorkeur om **langer thuis** te wonen, indien nodig met professionele hulp. Het gebruik van **e-gezondheidstoepassingen** is toegenomen bij ouderen en ongeveer 1/3^e heeft de voorkeur om langer thuis te wonen via dergelijke hulpmiddelen. Ouderen staan steeds **positiever tgv. digitale technologieën**, maar er blijft een kloof in vaardigheden en gebruik van toepassingen. De interesse is hoger bij hoogopgeleiden en lager bij meer geïsoleerde ouderen.

Uit de analyse van het **zorgaanbod** formuleren we volgende conclusies:

- a) Binnen **de residentiële zorg en ondersteuning** biedt ZPW de helft van de bedden in woonzorgcentra (WZC) en Centra Voor Kortverblijf (CVK) in de lokale besturen en 1 op 3 bedden in de eerstelijnszones NOW en ZWW. Bij groepen van assistentiewoningen (GAW) worden bijna 40% van de plaatsen in de lokale besturen aangeboden en 1 op 4 in de beide eerstelijnszones. Zowel de gemiddelde verblijfsduur als bezettingsgraad liggen hoog in de WZC's van ZPW. Daarmee is Zorgpunt Waasland duidelijk een speler in de regio waar niet naast valt te kijken betreffende residentiële ouderenzorg.

Wat betreft wonen voor personen met een beperking zijn er een 10-tal gekende woongelegenheden in de regio, waarvan ZPW er één aanbiedt (De Bron). Het totaal aantal woongelegenheden is moeilijk na te gaan, maar ligt naar schatting rond de 300 personen, waarvan ZPW er 38 of een goede 10% voorziet.

Wat betreft overige woongelegenheden is er een beperkt aanbod aan herstelverblijven, sociale huisvesting en Initiatieven van Beschut Wonen.

- b) Binnen de **ambulante zorg** zijn er allerhande types dienstverlening voor ouderen, personen met (jong)dementie en personen met een beperking. Het aanbod in het attractiegebied lijkt voornamelijk beperkt wat betreft palliatieve centra voor dagverzorging.
- c) Binnen **thuiszorg** identificeren we de diensten voor **gezinszorg en aanvullende thuiszorg**. Hieronder vallen verschillende types dienstverlening waarvan de types **gezinszorg** en **poetshulp** de meest voorkomende zijn (in aantal gepresteerde uren). Meestal zijn er een beperkt aantal aanbieders die hier het grootste aandeel van de uren aanbieden. ZPW voorziet binnen gezinszorg en poetshulp bijna 1/4^e van de uren, terwijl dit bij karwei-hulp zo'n 15% van het totaal bedraagt. Naast gezinszorg en aanvullende thuiszorg, wordt ook thuisverpleging in kaart gebracht. Hier zijn er heel wat verschillende spelers, maar is er geen informatie over de verdeling van of het aantal gepresteerde uren. Er werden ook enkele initiatieven in kaart gebracht die thuiszorg voor personen met een psychiatrische stoornis aanbieden; ook hier is het moeilijk in kaart te brengen hoe groot dit aanbod precies is.
- d) **Aanvullend** brengen we ziekenhuizen, het aanbod van mindermobielenvervoer en thuisopvang voor zieke kinderen in kaart binnen het attractiegebied.
- e) In de regio zijn er een heleboel **samenwerkingen** voor verschillende doelgroepen en rond verschillende thema's (personen met dementie, jeugd, GGZ, palliatieve zorg, chronische zorg, Zorgzame Buurten,...). Zorgpunt Waasland neemt onder meer een actieve rol op bij Zorgzame Buurten en verschillende initiatieven voor personen met dementie.
- f) Op de **arbeidsmarkt** van de zorg zien we krapte en vergrijzing, met moeite om vacatures in te vullen: voor elke 100 (oudere) uittreeders zijn er maar 60 (jongere) instromers. Dit leidt tot een hoge werkdruk bij de werknemers en lage werkbaarheid: de werkbaarheidsgraad in de zorg- en welzijnssector zakte van 60% in 2010 naar 50,8% in 2019. Er bestaat wel enthousiasme binnen de (oudere) populatie om zich in te zetten als vrijwilliger in de zorgsector. Tot slot werd in kaart gebracht welke scholen in het attractiegebied opleidingen bieden die interessant kunnen zijn voor een **instroom aan personeel** bij Zorgpunt Waasland.

Om een beter beeld te krijgen van de potentiële toekomstige situatie en discrepantie tussen vraag en aanbod, worden enkele **prognoses** uitgevoerd (*Hoofdstuk 3*). Uit scenario 1 en 2 van de neutrale prognoses kunnen we concluderen dat er een stijging in aanbodcapaciteit nodig zal zijn van gemiddeld zo'n 45% over de verschillende types dienstverlening voor ouderen, personen met (jong)dementie en personen met een beperking om te voldoen aan de zorgvraag in 2040. Wat de woonzorgcentra specifiek betreft, **vertaalt dit zich in extra capaciteit van 1.272 à 1.518 bedden in de 4 lokale besturen tussen 2020 en 2040**.

Echter houdt dit geen rekening met wijzigende voorkeuren en beleidsprykkels in de komende jaren. Vanuit de voorkeuren van de doelgroepen merken we namelijk dat er meer volume en vraag is naar **langer thuis wonen met ondersteuning van thuiszorg en digitale toepassingen** en vraag naar **alternatieve types (woon)ondersteuning** die beter aansluiten bij de noden en behoeften. Volgende aandachtspunten kwamen naar voor bij de trendmatige prognose:

- a) **Thuiszorg en -verpleging** zullen naar alle waarschijnlijkheid verder innoveren en uitbreiden om enerzijds een groter volume van personen en anderzijds personen met een hogere zorgzwaarte in de thuisomgeving te ondersteunen. Zo is er vraag naar zorg op afstand via digitale toepassingen en openheid bij ouderen om meer gebruik te kunnen maken van digitale toepassingen, hierbij rekening houdend met de vaardigheidskloof en risico op vereenzaming.
- b) Om tegemoet te komen aan individuele noden en behoeften, is een **brede waaier aan woonmogelijkheden** nodig. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan een kleinschalige organisatie van

zorg en ondersteuning of andere opties om zorg te richten op specifieke doelgroepen zoals personen met dementie en personen met een beperking. Deze tussenvormen kunnen zo de hoge vraag naar mantelzorg, thuiszorg en -verpleging mee opvangen.

- c) Het zal dan ook belangrijk zijn om een **geïntegreerd zorgcontinuüm** aan te bieden zodat personen die bij de residentiële diensten komen aankloppen geen 'onbekenden' zijn waarvan het dossier nog grotendeels opgebouwd moet worden. Deze vroege connectie met de verschillende doelgroepen wint verder aan relevantie gezien de signalen van (stijgend risico op) vereenzaming en de dalende mantelzorgratio.
- d) Een **stijgende zorgzwaarte en nood aan gespecialiseerde zorg** zal nodig zijn in de residentiële setting (personen met dementie, chronische aandoeningen en ouderen met psychiatrische stoornissen) aangezien zij nog steeds in grote mate beroep zullen doen op woonondersteuning.

Deel II bespreekt de **exploratieve bevraging** die plaatsvond, op basis van een lokale bevraging en verdiepende focusgroepen. We leren volgende zaken uit **hoofdstukken 5 en 6**:

- a) **Er is een grote nood aan informatie en zorgeducatie:** Zorggebruikers geven in sterke mate aan dat het moeilijk is om de informatie op één plek te vinden. Het is onduidelijk naar wie zich te wenden voor een bepaalde diensten en informatie, zelfs voor zorgverleners. Het aanbieden van bepaalde, laagdrempelige types dienstverlening, kunnen bovendien helpen om het gesprek aan te knopen om cliënten zo kennis te laten maken met de dienstverlening.
- b) **Er ligt een nadruk op 'ageing well in place' en het belang van buurtgerichte zorg in dit verhaal:** men wil graag zo lang mogelijk – gezond – thuis blijven wonen en is hierbij op zoek naar (flexibele) dienstverlening om dit te realiseren. Belangrijk hierbij zijn onder meer het vermijden van vereenzaming, het voorzien van mobiliteitsopties, laagdrempelige activiteiten, het ondersteunen van mantelzorgers, het aanbieden van aanbevelingen voor woningaanpassingen.
- c) **De vraag naar flexibele, tijdelijke woonvormen stijgt:** omwille van kortere ligduren in het ziekenhuis en vanuit de vraag van ontlasting van mantelzorgers. We zien dat **innovatievere woonvormen** (zoals groepswonen, kangoeroewonen,...) voornamelijk relevant zijn voor toekomstige generaties. Dergelijke woonvormen kunnen ook op de arbeidsmarkt net wat meer aanspreken aan potentiële medewerkers. Daarnaast zien toekomstige generaties mogelijkheden in **assistentiewoningen** (of zorgflats) voor de toekomst. Dit type lijkt dus een toekomstbestendige woonvorm doorheen de verschillende lokale besturen al zien we daar nog sterke variaties in het huidige aanbod (bv. in Kruibeke).
- a) **Er is een brede variëteit aan ondersteuning nodig voor doelgroepen met specifieke noden:** Zo zijn er meer en meer personen met complexe en diverse problematieken waarbij case management een belangrijke rol kan spelen; personen met een andere herkomst worden moeilijk bereikt en weten niet goed wat te verwachten van die dienstverlening (die niet altijd aansluit bij de eigen tradities); de groep van personen met (jong)dementie groeit; personen met een beperking hebben nood aan een uitgebreider aanbod in zowel vrijetijdsbesteding als woongelegenheden; meer en meer personen met mentale moeilijkheden die psychologische ondersteuning vragen.
- b) **Betaalbaarheid** vormt een rode draad doorheen deze exploratieve fase. Personen met financiële moeilijkheden worden een steeds grotere groep en doen later of geen beroep op de diensten. Deze bezorgdheid leeft zowel bij zorggebruikers als zorgverleners.
- c) Het verder uitbouwen van **multidisciplinaire en intersectorale samenwerkingen** blijft cruciaal in het zorglandschap van de toekomst (en van vandaag). Dit om tegemoet te komen aan de noden en behoeften van inwoners. Het behouden van goede connecties, bv. via de zorgraad van de eerstelijnszones, vormt een eerste cruciale stap om elkaar en elkaars expertises te vinden.

- d) Tot slot wordt ook het **tekort aan personeel en capaciteit** opgemerkt door zorggebruikers en vormt dit een bezorgdheid. De aanpak van deze uitdaging zal vanuit verschillende hoeken moeten komen. In dit kader blijft het ook belangrijk om groeimogelijkheden en een aangename werkomgeving te bieden aan de medewerkers. Zo werd bijvoorbeeld een kinderopvang voorgesteld om de werknemers (alsook alleenstaande ouders in de omgeving) te ondersteunen.

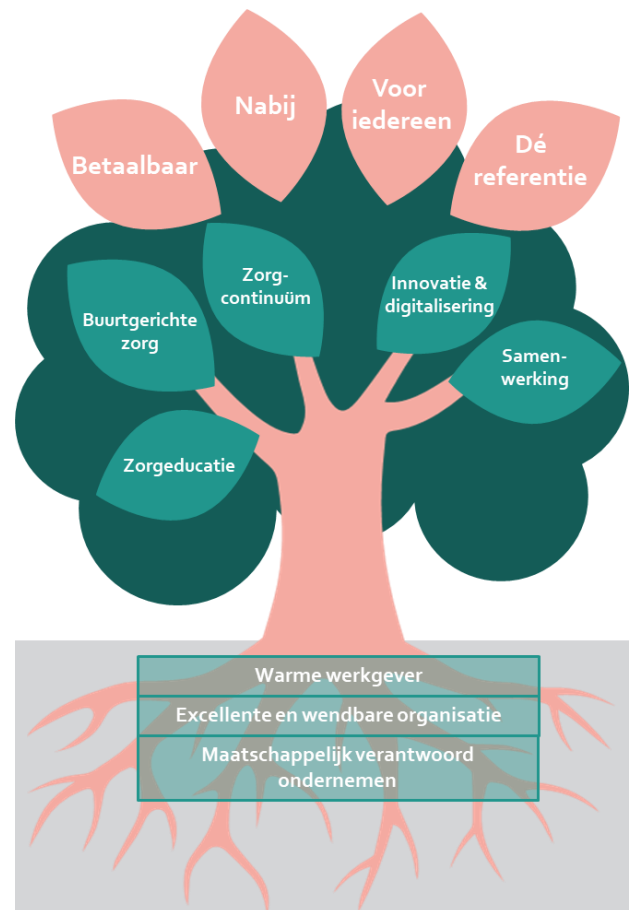
Tot slot geven we vorm aan enkele aanzetten voor **zorgstrategische pistes in Deel III**. Ze worden visueel samengebracht in de figuur rechts. Al deze aanbevelingen connecteren met of dragen bij tot het bereiken van de missie en visie van Zorgpunt Waasland, namelijk het verstrekken van **nabije en betaalbare zorg voor iedereen** die ze nodig heeft en het zijn van **dé referentie** als het gaat om zorg voor mens en maatschappij.

De boom wordt bevolkt door de verschillende pistes die zich richten op de dienstverlening voor cliënten en gebruikers, alsook op samenwerkingen met partners binnen (en buiten) het zorglandschap.

Er wordt een belangrijke nood aan **(zorg)educatie** uitgedrukt waar Zorgpunt Waasland samen met de lokale besturen een belangrijke rol kan opnemen. Ook **buurtgerichte zorg** zal nog verder een onmisbare schakel vormen in het zorglandschap en deze sterke, leeftijdsvriendelijke buurtwerking kan ook het *ageing well in place* zo verdere ondersteuning bieden. Verder vragen de toekomstige noden en trends de sector om te bewegen in de richting van **een zorgcontinuüm** via een geïntegreerde dienstverlening.

Het verkennen van **innovatieve dienstverlening** (met o.a. tussenvormen tussen thuis en residentieel wonen) en **digitale toepassingen** kan relevant zijn voor zowel cliënt en personeel. Dit dient steeds te gebeuren met het oog op toegankelijkheid, betaalbaarheid en zorgkwaliteit. Om te overleven in de toekomstige context wordt ook vastgesteld dat een rol binnen **samenwerkingen en netwerken**, zowel binnen de zorgsector als daarbuiten, onmisbaar zal blijven. Hierbij dient ZPW zich de vraag te stellen welke diensten het zelf wil aanbieden en in welke zaken het zich wil specialiseren om zich te differentiëren in het zorglandschap.

De wortels in de figuur geven de zorgstrategische pistes voor de interne organisatie aan; hierbinnen identificeren we drie aspecten. Ten eerste, **een excellente en wendbare organisatie**, verwijzend naar een systeem van continue verbetering doorheen alle lagen, afdelingen en diensten van een organisatie met de nodige aandacht voor het gedrag dat nodig is om dit te bereiken. Ten tweede, het zijn van een **warme werkgever** en verder bouwen aan een sterk personeelsbeleid. Als derde aanbeveling, het nastreven van **maatschappelijk verantwoord ondernemerschap**, waar sociaal ondernemerschap en duurzaamheid belangrijke pijlers vormen.



INLEIDING

Zorgpunt Waasland (ZPW) is één van de grootste openbare besturen in de provincie Oost-Vlaanderen en een grote zorgverstrekker in het Waasland. ZPW wil nabije en betaalbare zorg voor iedereen verstrekken die ze nodig heeft en wil dé referentie zijn als het gaat om zorg voor mens en maatschappij. Binnen een steeds veranderd zorglandschap van groeiende of wijzigende zorgvragen, wil Zorgpunt Waasland een goed beeld verwerven van de **noden en behoeften in de omgeving om zo haar dienstverlening accuraat en eigentijds af te stemmen**. De organisatie wil zo komen tot een **zorgstrategisch plan** waarin nieuwe initiatieven of accenten worden gedefinieerd om de missie en visie in het Waasland te kunnen realiseren voor de komende 10 jaar (of meer).

Bij het maken van toekomstige strategische keuzes wil de organisatie zich kunnen baseren op de resultaten van deze studie die relevante **kwantitatieve en kwalitatieve aspecten** omtrent zorgvraag, zorgaanbod en mogelijke trendmatige ontwikkelingen onderzoekt, bespreekt en er conclusies aan koppelt. Er wordt een exploratief onderzoek naar de behoeften omtrent dienstverlening uitgevoerd waaruit conclusies gedistilleerd kunnen worden over het toekomstig zorgaanbod van ZPW. Het advies inzake het zorgstrategisch plan is ook gebaseerd op algemene medische en wetenschappelijke inzichten.

Om deze vragen te beantwoorden werd Möbius Healthcare aangesteld voor externe, gespecialiseerde begeleiding. Onderstaand plan van aanpak werd door het team van Möbius voorgesteld:

Figuur 1. Schematische voorstelling van plan van aanpak



We lichten de verschillende stappen binnen dit plan van aanpak kort toe:

1. KICK-OFF

- Het project werd aangevat via een opstartoverleg met Zorgpunt Waasland.
- We voerden een beknopte desk research van relevante documenten (e.g., organogrammen, huidige missie/visie, beleidsplannen, meerjarenplannen, ...) om de werking beter te leren kennen.
- We organiseerden een kick-off met de Project- en Stuurgroep i.f.v. een infomoment over het traject en een eerste brainstorm rond de toekomstige zorgstrategie.
- Tenslotte werd een eerste communicatie-actie uitgevoerd rond het traject naar de relevante stakeholders en medewerkers.

2. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE EVALUATIE

- We voerden verkennende gesprekken uit met sleutelfiguren om inzicht te krijgen in de werking van ZPW.
- We analyseerden het huidig aanbod door een kwalitatieve en kwantitatieve analyse uit te voeren van het dienstverleningsaanbod van Zorgpunt Waasland.
- We voerden een omgevingsanalyse uit om een beeld te krijgen van de lokale noden en reële behoeften en het zorgaanbod. Daarvoor werd eerst het attractiegebied van ZPW bepaald.
- We voerden een prognose uit a.d.h.v. toekomstige simulaties om na te gaan hoe de zorgvraag zal evolueren t.o.v. het zorgaanbod in het attractiegebied en t.o.v. het eigen zorgaanbod van ZPW.
- We organiseerden een strategisch denkmoment om de discrepanties tussen vraag en aanbod te bespreken en eerste stappen i.f.v. de zorgstrategische richting te bepalen.

3. EXPLORATIEF ONDERZOEK VAN DE BEHOEFTE I.K.V. DE DIENSTVERLENING

- We organiseerden een bevraging bij de bevolking om de behoeften aan dienstverlening in kaart te brengen.
- Aanvullend aan de bevraging voerden we ook enkele interviews uit in functie van (mogelijke) lokale lacunes. De interviews laten toe om specifieke informatie over een thema te verzamelen.
- We organiseerden opnieuw een strategisch denkmoment om de noden naar het dienstverleningsaanbod en de lokale lacunes te bespreken i.f.v. het zorgstrategisch plan.

4. CONSOLIDEREN & BEPALEN VAN DE ZORGSTRATEGISCHE RICHTING

- We consolideren alle input en resultaten vanuit de voorgaande fasen in een nota.
- We organiseren een strategische denkmoment voor het bepalen van de zorgstrategische richting. We gebruiken de consolidatie in het rapport en de presentatie als basis voor de discussie.
- We vullen de eindrapportering aan met de resultaten van het strategisch denkmoment en doen een eindredactie van het rapport.

1. VOORBEREIDENDE FASE

In een voorbereidende fase werden enkele eerste stappen ondernomen om Zorgpunt Waasland als organisatie, met diens DNA en uitdagingen beter te leren kennen. Hierbij werden onder meer een analyse van het eigen aanbod, alternatieve SWOT-analyse en verkennende gesprekken uitgevoerd. De output van deze activiteiten wordt hier achtereenvolgens kort toegelicht.

1.1. DESK RESEARCH

Zorgpunt Waasland leverde verschillende type documenten aan waaronder tevredenheidsmetingen, jaarverslagen, buurtanalyses en beleidsdocumenten. Deze documenten werden allemaal grondig doorgenomen.

Uit deze beleidsdocumenten leerden we dat, ondanks dat Zorgpunt Waasland een jonge organisatie is, er al een grote mate van maturiteit aanwezig is binnen de organisatie. Dit is o.a. merkbaar in de uitgebreide en gestructureerde documentatie, rapportering en opvolging van de interne werking, gekoppeld aan de beleidsdoelstellingen van ZPW. Deze beleidsdoelstellingen gelden van 2020 t.e.m. 2025. Ze worden frequent opgevolgd en focussen op belangrijke trends zoals buurtgerichte zorg, vermaatschappelijking van zorg, zorgcontinuïteit, *ageing well in place*, etc. Er werden bovendien enkele buurtanalyses uitgevoerd. Deze werden goed onderbouwd en gedocumenteerd. Tenslotte werpt Zorgpunt Waasland een kritische en open blik op de uitdagingen en werkpunten in de eigen organisatie en hun dienstverlening.

Tabel 1. Beleidsdoelstellingen Zorgpunt Waasland 2020-2025

Beleidsdoelstellingen 2020-2025
ZPW bevordert de sociale cohesie in de buurt
ZPW zorgt dat iedereen zo goed mogelijk zelfstandig thuis kan wonen
ZPW ondersteunt de cliënt en zijn netwerk in een thuisvervangende omgeving om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te kunnen wonen.
ZPW biedt moderne dienstverlening voor een aangenaam woon-, zorg- en leefklimaat.
ZPW is een efficiënte, kostenbewuste en effectieve organisatie.

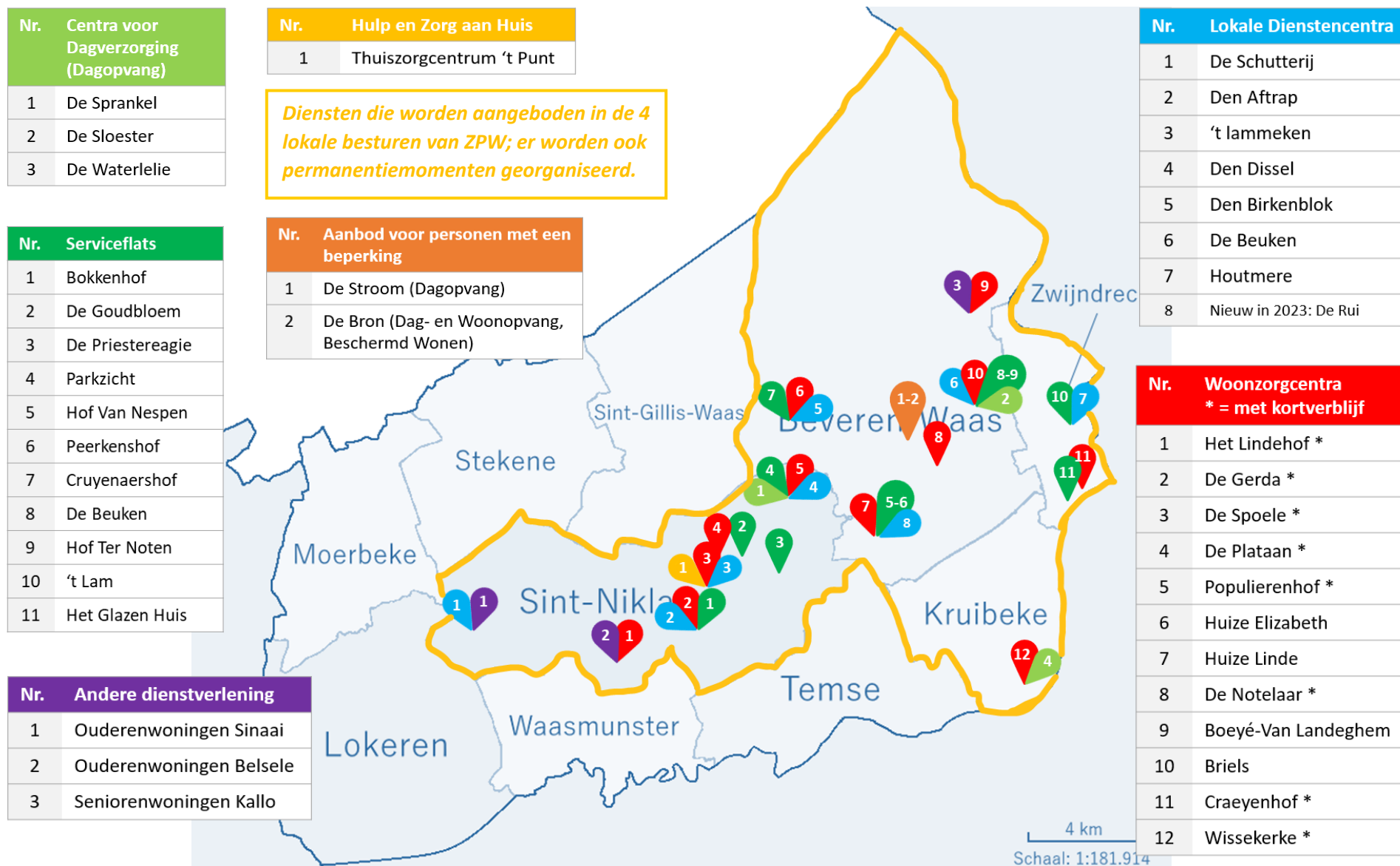
1.2. ANALYSE VAN HET EIGEN AANBOD

Het dienstverleningsaanbod van Zorgpunt Waasland werd vervolgens in kaart gebracht. Dit wordt in de omgevingsanalyse verder uitgebreid met andere aanbieders in de omgeving. We vatten het aanbod van Zorgpunt Waasland samen naar lokaal bestuur en type in onderstaande Tabel 2. Dit wordt gevisualiseerd op een kaart, weergegeven in Figuur 2.

Tabel 2. Aantal voorzieningen en dienstverlening van Zorgpunt Waasland voor de 4 lokale besturen

	Dag-opvang	Woonzorg-centra	Assistentie-woningen	Diensten-centra	Aanbod voor personen met een beperking	Hulp en Zorg aan huis
Sint-Niklaas	1	5	6	5	0	Aanbod voorzien in alle lokale besturen
Beveren	3	5	6	3	2	
Zwijndrecht	0	1	2	1	0	
Kruibeke	1	1	0	0	0	

Figuur 2. Aanbod van Zorgpunt Waasland



1.3. ALTERNATIEVE SWOT-ANALYSE

Tijdens het startoverleg met de Project- en Stuurgroep werd er gebrainstormd rond de toekomstige zorgstrategie van Zorgpunt Waasland a.d.h.v. een interactieve, alternatieve SWOT-analyse. Onderstaande tabellen geven de resultaten weer van deze brainstorm. Het eerste deel van de oefening overloopt wat de organisatie wel wil zijn naar de toekomst toe, het tweede deel focust op wat de organisatie niet wil zijn. Er werd samen nagedacht over enkele vragen (zie Tabel 3 en Tabel 4).

Wat Zorgpunt Waasland wil zijn, maar onbereikbaar lijkt, spitst zich vooral toe op de omvang van ZPW: zowel kleinschaligheid als een grote omvang wordt hierbij aangehaald. De aspiraties gaan vooral over de organisatie en visie van de dienstverlening: topics zoals zorg op maat, positionering in de regio, specialisatie, innovatie en de holistische visie werden aangehaald. Het DNA van Zorgpunt Waasland focust zich enerzijds op de organisatie als werkgever en het personeel en anderzijds op de positionering en visie van de dienstverlening.

Tabel 3. Alternatieve SWOT-analyse: Wat willen we als organisatie zijn...

WAT WILLEN WE ALS ORGANISATIE ZIJN...	...en gaan we NOOIT worden?	...en ZOU KUNNEN gebeuren?	...en zullen we ALTIJD BLIJVEN?
	<ul style="list-style-type: none"> • Kleinschalig (je kan niet zeer individueel en gericht zaken beslissen, geen maatwerk) • Te groot (toegankelijkheid die zou wegvallen, 'uitbreiden om uit te breiden') 	<ul style="list-style-type: none"> • Meer zorg op maat • Sterk in elk dorp • Specialist in bepaalde domeinen, dé referentie zijn op vlak van zorg/in de regio • Innovatief, pionier, vernieuwend, trendsetter • Uniek • Een top mens benadering • Betrouwbare werkgever • Er zijn voor personen met verdoken of stille zorgvraag • Diverser naar doelpubliek over dienstverleningsaanbod heen • Flexibiliteit voor de werknemer 	<ul style="list-style-type: none"> • Goede/betrouwbare werkgever • Met cliënt/bewoner centraal • Toegankelijk, voor iedereen, nabij, laagdrempelig, betaalbaar, bereikbaar • Warm, personeel met warm hart, zorgzaam • Met focus op het zorgcontinuüm, het brede spectrum blijven aanbieden • Sociale tewerkstelling • Bepalende schakel in zorglandschap
	<i>Onbereikbaar</i>	<i>Aspiratie</i>	<i>DNA</i>

Wat ZPW niet wil zijn als organisatie en volgens hen ook nooit zal worden benadrukt een groot, winstgedreven organisatie die over het hoofd van de bewoner of cliënt beslist. De vrees bestaat wel om te groot te worden met verlies van eigenheid als mogelijk gevolg, te veraf van de klant, vastgeroest en gefragmenteerd waarbij er geen zorg op maat aangeboden kan worden. De schaduwkant van de organisatie benadrukt opnieuw de grootte van de organisatie.

Tabel 4. Alternatieve SWOT-analyse: Wat willen we als organisatie niet zijn...

WAT WILLEN WE ALS ORGANISATIE NIET ZIJN...	...en gaan we NOOIT worden?	...en ZOU KUNNEN gebeuren?	...en zullen we ALTIJD BLIJVEN?
	<ul style="list-style-type: none"> • Een winstgedreven organisatie, een privébedrijf, commercieel • Een organisatie voor rijke burgers • Een organisatie die beslist over het hoofd van de bewoner/cliënt met zorgnoed 	<ul style="list-style-type: none"> • Te groot (vanuit de ambitie om te groeien, niet om sterker te worden) • Te ver van de klant, onpersoonlijk, niet betrokken • Bureaucratisch • Vastgeroest, eng denkend, standaard • Blijven denken in aparte entiteiten • Verlies van eigenheid • Kwetsbaar als organisatie omwille van mensen die niet handelen naar bepaalde waarden • Dat er gekozen wordt voor ZPW enkel omwille van lage/betaalbare prijs, i.p.v. prijs-kwaliteit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Groot (al brengt dit ook voordelen met zich mee, belangrijk om mechanismen te behouden die de organisatie wendbaar houden)
	Nooit ons	Vrees	Schaduw

1.4. VERKENNENDE GESPREKKEN

Als eerste stap binnen de kwantitatieve en kwalitatieve analyse, krijgen we graag wat meer voeling met de identiteit, huidige situatie en uitdagingen voor de toekomst van Zorgpunt Waasland. Hiertoe werden 12 verkennende gesprekken georganiseerd om de perspectieven op zorgvraag en -aanbod, belangrijke ontwikkelingen enz. te capteren doorheen de horizontale en verticale structuur van ZPW (het volledige zorgcontinuüm) en vanuit de verschillende lokale besturen.

De interviewgids voor deze verkennende gesprekken is terug te vinden in bijlage 1. De vragen kunnen gegroepeerd worden binnen 3 categorieën: (1) de huidige situatie (2) positionering en klijntlijnen en (3) toekomstbeeld. Het is echter van belang om in het achterhoofd te houden dat de resultaten een weergave zijn van de mening van de bevroegde respondenten en dat deze niet noodzakelijk een weergave zijn van de reële situatie.

1.4.1. Huidige situatie

Waar Zorgpunt Waasland voor staat

Zorgpunt Waasland wordt door de respondenten omschreven als een organisatie met een passie voor zorg. Het zorgaanbod ondersteunt elke levensfase van de zorgbehoevenden en stimuleert hen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Onderstaande afbeelding vat de resultaten samen op de vraag "Hoe zou je in één zin omschrijven waar ZPW voor staat?".

Figuur 3. Output over waar Zorgpunt Waasland volgens de respondenten voor staat



Sterktes en werkpunten van Zorgpunt Waasland

In onderstaande tabel worden de sterktes en werkpunten van Zorgpunt Waasland weergegeven. De nadruk ligt hier bij het bestaande aanbod; blinde vlekken binnen het huidige aanbod worden in een volgende stap besproken.

Tabel 5. Sterktes en werkpunten van Zorgpunt Waasland

Sterktes (binnen werking en <u>bestaand</u> aanbod)	Werkpunten (binnen werking en <u>bestaand</u> aanbod)
Sterke reputatie van WZC , voorzieningen zijn lokaal gekend	ZPW als koepel is te ongekend en de diensten zoals buurt- en thuiszorg onvoldoende zichtbaar in straatbeeld .
Sterk in infrastructuurwerking , nieuwbouw, comfortabele zorgomgeving	Interne structuur voor verbetering vatbaar: zoekende naar (horizontale) afstemming, vlotte communicatie- en informatiedoorstroom. Inefficiënte interne processen veroorzaken moeheid en traagheid/onduidelijkheid en belemmeren inzet op projecten & proeftuinen.
Kwaliteit van zorg en naast de zorg (bv. keuken, hoteldienst,...), zeer sterke knowhow van fysieke zorg voor ouderen	Zoektocht naar juiste profielen en gekwalificeerd personeel , nood aan gespecialiseerde zorg (psychische problemen, dubbeldiagnoses, psycho-pharmaco, multi-problem gezinnen,...), meer connectie nodig met ' soft facility '
Geëngageerde , creatieve en (intrinsiek) gemotiveerde werknemers, ze willen er zijn voor de mensen en hen steunen, sterk probleemoplossend vermogen	Door tijdsgebrek en werkdruk is er een tekort aan reflectie over impact van interventies op de bewoners. Snel, probleemoplossend werken wordt onvoldoende gecombineerd met communicatie naar bewoners of mantelzorgers.
Doen hun best om een warme werkgever te zijn (Happy@Work)	Personeelsbeleid moet nog bewuster naar competenties en talent ; met focus op mentale gezondheid , preventie en coachen van leidinggevenden.
Sterk in de palliatieve werking	Palliatieve werking mag niet de voornaamste reden zijn dat ouderen naar ZPW komen
Wijzigende visie op wonen en leven	Implementatie van wonen en leven is nog beperkt en lokaal (afhankelijk per WZC) en komt in het gedrang door werklust en tijdsgebrek.

	Nood aan een meer behoeftegestuurd aanbod , in dialoog met de zorgvrager, met inzet op het kleinschalige .
Zorgcontinuüm: Aanwezig aanbod voor de kleine zorgvraag tot de sterk zorgbehoevende personen	Maar nog verdere uitbouw nodig van bepaalde types dienstverlening: <ul style="list-style-type: none"> o Buurtzorg verder en sneller laten groeien (meer grondgebied, type projecten, aantal DC, verbindend, preventief,...) o Thuiszorg moet naar een volgend niveau (oa. flexibeler) o Collectieve gezinszorg en dienstverlening (CADO's) o Klein segment voor personen met een beperking en beperkte kennis hieromtrent o Vervoer van ouderen tussen de verschillende voorzieningen, of van thuis naar voorziening o Aanbod voor mantelzorger (praatgroepen, infosessies bij dementie) o Zorgeducatie (meer structureel advies om mensen wegwijs te maken in het zorglandschap)
Enorm groei potentieel en een belangrijke positie in landschap	Men mag echter ook niet te snel groeien, want de interne organisatie moet eerst op punt staan. Dit staat ook in contrast met het feit dat ZPW als paraplu onvoldoende gekend is.
Connectie met publieke besturen: financiële middelen (innovatie), groter personeelsbestand (dan private voorzieningen), lokale verankering, aandacht personen in kwetsbare situatie, ruim werkingsgebied	Weinig eenheid tussen besturen: er zijn nog historische gegroeide verschillen tussen 'Oost en West'; 'wij-zij' gevoel (ook binnen voorzieningen). Men stoot ook op traagheid van beslissingen wat belemmert om proactief en innovatief te werk te gaan.
Goede relatie met Coördinerend Raadgevend Arts (CRA)	

1.4.2. Toekomstbeeld

De respondenten werden bevraagd om hun ideaalbeeld te schetsen over Zorgpunt Waasland via de vraag "Je wordt morgen wakker in je ideale wereld; hoe zou Zorgpunt Waasland er dan uit zien?". De resultaten kunnen onderverdeeld worden binnen twee thema's: zorg en personeel.

Bij het thema 'zorg' waren zorg op maat en een holistische blik op de burger vaak terugkerende elementen bij de respondenten. Daarnaast wensen ze ook een organisatie te zijn met sterke verankering in de buurt die erkend wordt als 'de referentie' en laagdrempelig aanspreekpunt voor inwoners in de regio. De resultaten worden in onderstaande afbeelding gevisualiseerd.

Figuur 4. Output i.v.m. het toekomstbeeld van de zorg van de respondenten van ZPW



Bij het thema 'personeel' lag de focus op het versterken van de organisatie door een gestroomlijnde interne werking en communicatie en meer wendbaarheid zodat er vlotter en innovatiever ingespeeld kan worden op nieuwe trends. Daarnaast werd aangegeven dat werknemers nog beter begeleid kunnen worden zodat ze nog meer ambassadeurs kunnen worden voor ZPW en het aanbod. Ook was er de wens voor een meer 'bottom-up' werking met ruimte voor meer (kleinschalige) initiatieven of projecten die vanuit de werknemers starten. De resultaten werden gevisualiseerd in onderstaande afbeelding.

Figuur 5. Output i.v.m. het toekomstbeeld van het personeel van de respondenten van ZPW



1.4.3. Aandachtspunten bij het nastreven van het toekomstbeeld

Wanneer het toekomstbeeld wordt nagestreefd, moet er rekening gehouden worden met enkele factoren zoals **evoluties in de zorgvraag**, **trendmatige ontwikkelingen** en potentiële **blinde vlekken**. De blinde vlekken kunnen bijvoorbeeld doelgroepen zijn waar momenteel geen of zeer weinig aanbod voor is, wat niet impliceert dat ZPW hier sowieso aanbod voor moet voorzien.

Evoluties in zorgvraag

Er is een evolutie merkbaar in het aantal mantelzorgers en de zorgnood van de oudere bevolking. Het **aantal mantelzorgers daalt** én de mantelzorgers worden **mondiger** waardoor de medewerkers **meer vragen** ontvangen van de ouderen die vroeger eerder aan mantelzorgers gesteld werden. Daarnaast stijgt het aantal **eenoudergezinnen, alleenstaande en alleenwonende ouderen** wat de gezinszorg beïnvloedt. Dit heeft effect op de eenzaamheid van de ouderen. Volgens de respondenten is **eenzaamheid** de laatste jaren een groter probleem geworden dan voorheen. Deze grotere **diversiteit** in huishoudsamenstelling is ook aanwezig bij de **herkomst of nationaliteit** van de ouderen.

Bij de residentiële zorg, voornamelijk woonzorgcentra, is een **hogere zorgzwaarte** merkbaar. Een woonzorgcentra voelt daardoor soms aan als het verlengde van een ziekenhuis i.p.v. een dienst voor wonen en zorg. De stijging in het aantal personen met een **chronische aandoening, multi-morbiditeit of dysfagie** (slikproblematiek) heeft alsook een impact op deze verhoogde zorgzwaarte. Bovendien is er vanwege de stijging in dysfagie ook een grotere zorgvraag richting de keukenwerking merkbaar. De stijging in dysfagie kan enerzijds liggen aan een groter voorkomen, maar kan ook liggen aan een betere detectie van deze slikproblematiek.

Er is een evolutie zichtbaar in de zorgvraag voor personen met een psychiatrische stoornis. **Personen in de psychiatrie worden ouder** en komen vaker richting de ouderenzorg, maar er is een moeilijke aansluiting tussen de ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

Tenslotte worden **cliënten mondiger**, vragen zij meer participatie, regie en zorg op maat binnen hun zorgtraject. Daardoor moet de structuur van een woonzorgcentrum en van de thuiszorg flexibeler georganiseerd worden om aan deze noden tegemoet te komen.

Deze evoluties in zorgvraag zijn vaak ook te vertalen naar **personen met een beperking**. Deze evoluties zullen, samen met de **financiële uitdagingen**, een belangrijke rol spelen in de positionering en krijtlijnen van ZPW.

Trendmatige ontwikkelingen

De belangrijkste trendmatige ontwikkelingen (volgens de respondenten) werden in kaart gebracht.

Ten eerste is er een **stijging** merkbaar in de **instroom** van mensen die **behoefte** hebben aan **gespecialiseerde zorg**. Dit kan deels verklaard worden door de daling in PVT bedden.

Ten tweede zal er in de toekomst extra gefocust moeten worden op **technologie en digitalisering** om tegemoet te komen aan de behoeftegestuurde zorg, marketing/positionering (rolstoelen, tovertafels...). Er moet echter wel rekening gehouden worden met de **digitale kloof**.

Daarnaast daalt het aanbod aan **medewerkers** enorm. Men voelt aan dat de werkdruk stijgt door een combinatie van redenen (bv. te weinig personeel, vanwege afwezigheden wegens ziekte en mensen die minder uur gaan werken.) Dit aanbod past zich niet snel genoeg aan vanwege een 'vastgeroeste normering'. Bovendien hebben medewerkers ook nieuwe wensen, zoals een grotere **focus op de work-life balance**.

Ten vierde liggen er nog veel beleidsmogelijkheden bij het **buurtgericht werken**. Dit zal in de toekomst mogelijks een belangrijkere rol spelen. De zorgvrager wenst namelijk meer (behoeftegestuurde) **zorg op maat**. Zij worden bovendien **mondiger** en wensen meer te participeren in hun zorgtraject, waarop de buurtgerichte zorg kan inspelen. De trend van **wonen en leven** is ook gekoppeld aan deze buurtgerichte zorg. Mensen willen namelijk een totaalbeleving en eerder **kleinschalige zorg** ontvangen.

Projectmatige financiering zal doorheen de tijd aan belang winnen vanwege de algemene financiële uitdagingen. Hierbij worden noden uit de buurt gekoppeld aan een gestructureerde aanvraag voor subsidiëring, bv. om chronische zieken te bereiken. Bovendien zal de beleidsmatige focus op de duurzaamheid van een werking verder toenemen. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan het moderniseren en herconditioneren van de infrastructuur en mobiliteit binnen ZPW met modulair en flexibel bouwen als mogelijke inspiratie.

Tenslotte is **zorgcontinuïteit** van groot belang. Hierbij dient ingezet te worden op de noden aan een betere **informatiedoorstroom**. De evolutie naar **één zorgdossier en BelRAI** is een belangrijke factor binnen de informatiedoorstroom. Er zal de komende jaren veel energie naar de BelRAI gaan i.p.v. de zorg. Het is daarom belangrijk om de balans niet uit het oog te verliezen.

Blinde vlekken

De blinde vlekken in verband met een huidig aanbod werden bevestigd. De respondenten merkten op dat **ouderen van allochtone afkomst** hun weg niet vinden naar de reguliere dienstverlening van ZPW. **Minder begoede mensen** blijven ook verdoken van de dienstverlening: omwille van financiële kwetsbaarheid en (gebrek aan) draagkracht gaan deze mensen zichzelf de dienstverlening ontzeggen. Ze zetten de stap niet en stellen vaak zelfs de vraag niet.

Er is een **gebrek aan thuisverpleging**. Deze zorgvragen worden nu doorgestuurd naar het Wit-Gele Kruis. Binnen de thuiszorg is er ook **nood aan een aanbod voor GGZ, psychiatrische stoornissen en mensen met nood aan zware hulpverlening**. Een aanbod dat zich inzet op **opvoedingsondersteuning bij jonge gezinnen, ondersteuning voor personen met jongdementie, nachtopvang, éénoudergezinnen en gezinnen met jonge kinderen** kan ook interessant zijn. Bovendien vallen personen zonder een expliciete zorgbehoefte snel uit de boot. Zij kunnen bijvoorbeeld wel **eenzaam** zijn, maar dit wordt niet/minder snel gedetecteerd.

Tenslotte is het aantal plaatsen en de vereiste kennis omtrent mensen met een beperking/niet aangeboren hersenletsel onvoldoende om adequaat in te spelen op de noden van deze doelgroep.








1.5. CONCLUSIE

Uit een eerste voorbereidende fase leren we onder meer het DNA van de organisatie beter kennen. Zorgpunt Waasland komt daarbij naar voor als een jonge organisatie die zoekende is naar hun identiteit als welzijnsorganisatie, maar terzelfdertijd een grondige basis heeft in wat betreft documentatie, rapportering en opvolging van doelen. Ondanks dat de entiteit van Zorgpunt Waasland nog maar recent is ontstaan, toont de organisatie wel een zekere maturiteit. Ook de doelstellingen die werden geformuleerd voor de periode 2020-2025 tonen een focus op belangrijke trends in het veranderende zorglandschap zoals buurtgerichte zorg, vermaatschappelijking van zorg, zorgcontinuüm en *ageing well in place*.

Daarnaast heeft de organisatie de aspiratie om verder in te zetten op zorg op maat, positionering in de regio, specialisatie, innovatie en een holistische visie op dit geheel. De vrees hierbij ligt voornamelijk bij het verlies van eigenheid, verder verwijderd geraken van cliënt en patiënt, en vastgeroest geraken of blijven denken binnen aparte entiteiten. Ook de grootte van de organisatie brengt verschillende risico's en opportuniteiten met zich mee waar de organisatie zich van bewust is.

In onderstaande tabel worden bij wijze van conclusie de belangrijkste aandachtspunten m.b.t. de positionering en krijtlijnen van ZPW weergegeven.

Tabel 6. Belangrijkste aandachtspunten m.b.t. de positionering en krijtlijnen van ZPW

	Profileren	Om zich te profileren is het van belang om het huidige zorgpunt meer kenbaar te maken , in te spelen op de grote omvang (grondgebied dekkend), met de intentie om te groeien. Daarnaast hoeft ZPW niet bescheiden te zijn.
	Specialiseren en regisseren	Sta kritisch stil bij specialisatie en de rol als regisseur: niet per se opnemen waar je niet de sterkste in bent/kan zijn, maar de juiste partners vinden om dit in de regierol op te nemen.
	Samenwerken	Profileer de organisatie als een sterke zorgpartner met gemeenschappelijke initiatieven naar de buitenwereld toe . Schenk aandacht aan betrokkenheid en samenwerkingsverbanden in de regio. Participeer met de bevolking om in te spelen op de noden en zo initiatieven uit te werken.
	Innoveren	Zoek naar initiatieven/ideeën voor en met de bevolking . Wees leergierig, dynamisch, proactief en niet vastgeroest.
	Integreren	Ga voluit voor buurtgerichte zorg, zorgcontinuüm, lokale verankering, geïntegreerd, laagdrempelig, dichtbij, gekend, vertrouwd, huiselijk, op maat, buitenomgeving binnentrekken, holistisch (fysiek & mentaal).
	Organiseren en empoweren	Zet (intern) horizontaal én verticaal op punt. Focus op betere informatiedoorstroom en communicatie . Betrek de werknemers en tracht te sturen naar een zelforganiserende werking .
	Excelleren	Wees de referentie . Dit is mogelijk door kwalitatieve zorg aan te blijven bieden op een betrouwbare, degelijke, betaalbare wijze met passie voor de individuele bewoner en de visie op wonen en leven te verscherpen. Wees een aantrekkelijke werkgever.

2. OMGEVINGSANALYSE

2.1. METHODOLOGIE

De doelstelling van de omgevingsanalyse is om de lokale noden, reële behoeften en zorgaanbod in kaart te brengen. Dit kan vervolgens als kapstok dienen om gerichte strategische keuzes te maken. Binnen de omgevingsanalyse werkten we in **3 stappen**, hieronder visueel weergegeven. Doorheen deze nota, gaan we achtereenvolgens in op deze drie stappen met een toelichting van werkwijze, resultaten en conclusies.

Figuur 6. Stappen binnen de kwantitatieve omgevingsanalyse



STAP 1. Bepaling van het attractiegebied

We bepaalden in eerste instantie het attractiegebied van Zorgpunt Waasland en we beschrijven deze regio (situatieschets), waarbij we ook rekening houden met de eerstelijnszones binnen dit gebied en andere bestaande netwerken en samenwerkingsvormen die relevant kunnen zijn. Het attractiegebied omvat de lokale besturen en/of eerstelijnszones waaruit de meeste zorggebruikers afkomstig zijn, de mogelijk toekomstige zorggebruikers wonen en het huidig en/of toekomstig aanbod relevant is voor de strategische keuzes van Zorgpunt Waasland. Dit omvat de lokale besturen waarin ZPW actief is en de omliggende gemeenten in de regio.

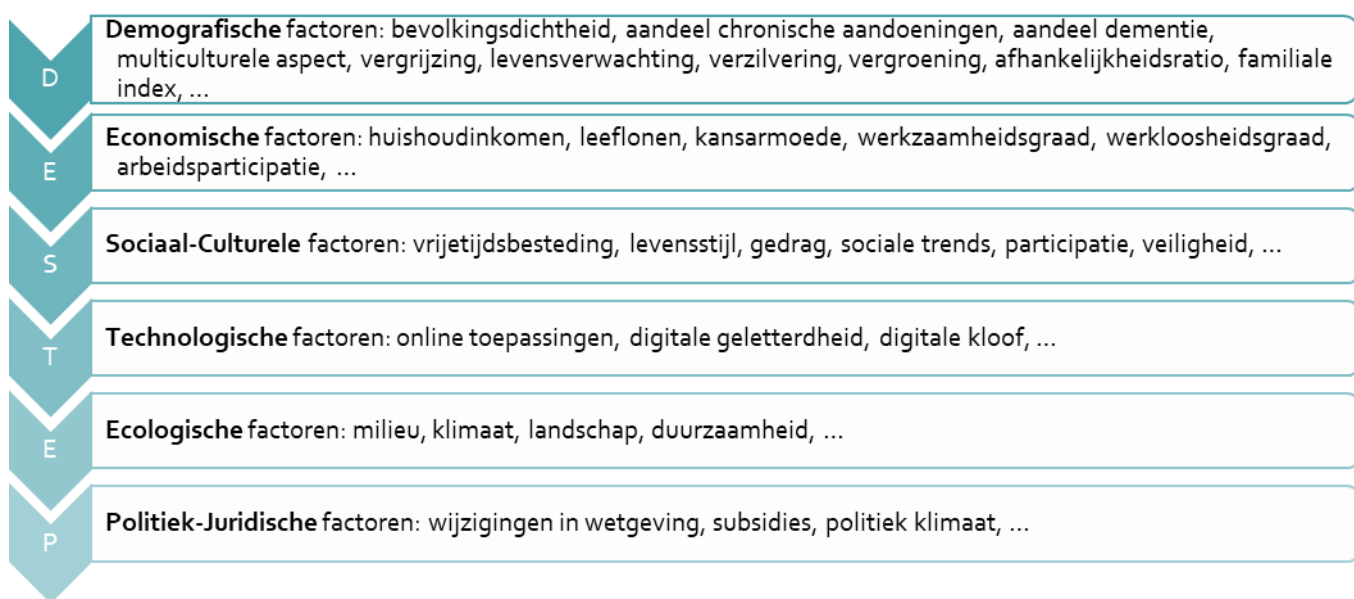
STAP 2. In kaart brengen van de zorgvraag

We brachten de zorgvraag in kaart en gebruikten hiertoe het DESTEP-model, zie Figuur 7, als leidraad. **DESTEP** is een middel waarmee een beeld verkregen kan worden van de **externe omgeving (regio analyse en mogelijke trends)** waarin een organisatie actief is.

Inzicht in de externe omgeving van een organisatie is immers van belang om effectief gebruik te maken van de **kansen en bedreigingen** veroorzaakt door het landschap waarin een organisatie opereert. Dit fungeert als **kapstok** waaraan we de resultaten van de omgevingsanalyse kunnen vasthangen.

Hierbij merken we op dat niet alle factoren even relevant en/of eenvoudig te vinden zijn en ze worden dan ook niet allemaal verder besproken, maar op basis van dit model trachten we de omgeving zo volledig mogelijk in kaart te brengen en geen elementen over het hoofd te zien.

Figuur 7. DESTEP-model



STAP 3. In kaart brengen van het zorgaanbod

We brachten het zorgaanbod in kaart a.d.h.v. het eigen aanbod en dat van de concullega's in het attractiegebied. Hierbij werd aandacht besteed aan de verschillende types van dienstverlening binnen zorg en welzijn.

2.2. ATTRACTIEGEBIED

Om het attractiegebied te bepalen werd gezocht naar een cijfermatige basis om de keuze van dit gebied te onderbouwen. De gebieden waar de zorgvragers van Zorgpunt Waasland van afkomstig zijn, dienen hier als startpunt.

2.2.1. Woonzorgcentra

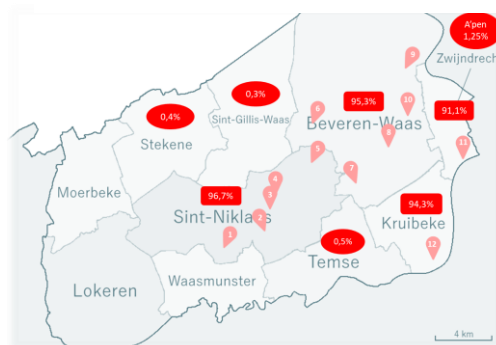
ZPW omvat 12 woonzorgcentra; deze woonzorgcentra hebben een totale capaciteit van 1112 plaatsen. Er zijn 1044 bewoners in deze woonzorgcentra. Van deze bewoners, is 46% afkomstig uit Sint-Niklaas en 36% in Beveren. De WZC in Kruibeke en Zwijndrecht vertegenwoordigen de kleinere aandelen van de bewoners met respectievelijk 12% en 6% van de totale vraag.

Over alle WZC heen, is 45% van de bewoners afkomstig van Sint-Niklaas; 33,6% van Beveren-Waas, 10,7% van Kruibeke en 6,3% van Zwijndrecht. Daarnaast komt gemiddeld 96% van de bewoners uit de 4 eigen lokale besturen.

Bewoners van de WZC buiten de 4 lokale besturen komen uit omliggende gemeenten Stekene, Sint-Gillis-Waas en Temse. Echter, de afwezigheid van bewoners uit Waasmunster is opvallend. In Zwijndrecht worden procentueel ook meer bewoners (bijna 6% van de bewoners) uit Antwerpen aangetrokken.

De Plataan en het Populierenhof hebben gemiddeld minder bewoners van Sint-Niklaas zelf (91% vs. gemiddeld 95%). In geval van het Populierenhof is dit vermoedelijk te wijten aan hun locatie: dit is meer aan de rand van Sint-Niklaas gelegen in vergelijking met andere locaties. Huize Elisabeth te Beveren trekt

Figuur 8. Procentueel aandeel en het aantal bewoners in woonzorgcentra uit de 4 lokale besturen



daarentegen een groter aandeel inwoners uit Beveren aan (97% vs. gemiddeld 88%). Dit is waarschijnlijk te verklaren doordat het WZC iets verder gelegen is van Zwijndrecht en Kruibeke.

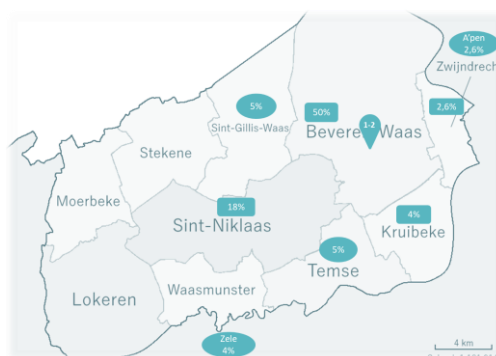
Aanvullende informatie over de verdeling van bewoners en hun afkomst is te vinden in **bijlage 2**.

2.2.2. Personen met een beperking

ZPW omvat twee voorzieningen voor personen met een beperking: De Stroom en De Bron. De Bron biedt verblijven en heeft een totale capaciteit van 78 bedden. De Stroom en De Bron bieden beide dagopvang.

Van alle bewoners, is 74,4% afkomstig uit de 4 eigen lokale besturen, voornamelijk uit Beveren-Waas (50%); dit is niet onverwacht aangezien dit de locatie is van deze voorzieningen. Er komt een groter aandeel uit de andere lokale besturen (in vergelijking met WZC); dit is te verklaren doordat mensen van verder komen voor het gespecialiseerd aanbod. Er is een nog groter verschil merkbaar wanneer we de nacht- en de dagopvang opsplitsen: de inwoners zijn dan procentueel nog vaker afkomstig uit de gemeenten buiten de 4 lokale besturen.

Figuur 9. Procentueel aandeel en het aantal bewoners met een beperking uit de 4 lokale besturen



Aanvullende informatie over de verdeling van gebruikers en hun afkomst is te vinden in **bijlage 2**.

2.2.3. Diensten van thuiszorg

ZPW biedt verschillende types ondersteuning aan gemiddeld 2320 cliënten. De poetsdienst en gezinszorg zijn de meest gebruikte diensten. De grootste vraag over alle types dienstverlening van thuiszorg is veruit afkomstig uit Sint-Niklaas. Dit komt omdat de samenstelling van het aanbod uitgebreider is dan in de andere lokale besturen (Dementieadvies, Maaltijden aan huis, Karweidienst, DVC). De poetsdienst, gezinszorg en dienstencheques zijn in alle besturen aanwezig.

Figuur 10. Procentueel aandeel en het aantal gebruikers van de diensten van thuiszorg uit de 4 lokale besturen



Aanvullende informatie over de verdeling van gebruikers en hun afkomst is te vinden in **bijlage 2**.

2.2.4. Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat over de verschillende types dienstverlening heen veruit het grootste aandeel van bewoners of gebruikers uit de eigen lokale besturen komt. Bewoners of gebruikers die niet uit de eigen lokale besturen afkomstig zijn, komen uit besturen binnen de eerstelijnszones ZWW en NOW.

Een uitzondering op bovenstaande is een aandeel bewoners uit Antwerpen (vooral in Zwijndrecht). We leren ook dat mensen van verder komen voor een gespecialiseerd aanbod, zoals het aanbod voor personen met een beperking.

Op basis van de genoemde data in bovenstaande tekst en bijlage 2. en om een brede blik te behouden op trends in de omgeving, werd besloten om het attractiegebied te bepalen als **Sint-Niklaas, Zwijndrecht, Beveren en Kruibeke, aangevuld met de eerstelijnszones NOW en ZWW**. Enkel bij gebrek aan bovenstaande data zal er op niveau van het arrondissement Sint-Niklaas of regionale zorgzone 9 geanalyseerd worden.

2.3. ZORGVRAAG

De zorgvraag werd in kaart gebracht voor het attractiegebied op niveau van verschillende factoren. Hierbij overlopen we demografische factoren, aspecten van de gezondheidsstatus, economische factoren en socio-culturele en technologische factoren.

Om de zorgvraag in kaart te brengen, werden onder andere volgende **databronnen en databanken** geconsulteerd:

- [Provincies In Cijfers](#);
- [Expertisecentrum Dementie Vlaanderen](#);
- [IMA Atlas](#);
- [Steunpunt Werk](#);
- [Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap \(VAPH\)](#);
- [Statistiek Vlaanderen](#);
- [Statbel](#);
- [Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid](#);
- [Eurostat](#);
- [Gemeente- Stadsmonitor](#);
- Studies van verschillende bronnen zoals KCE, IMEC, Koning Boudewijn Stichting, ...
- Enz.

Voor verdere referenties verwijzen we naar de referentielijst. In wat volgt, bespreken we achtereenvolgens de **resultaten** van de factoren van zorgvraag op niveau van:

- De volledige bevolking van de lokale besturen (Sint-Niklaas, Beveren, Kruikeke, Zwijndrecht), ELZ N-O-Waasland en Z-W-Waasland

- Legende ZWW en NOW: ——— NOW ······ ZWW
- Legende 4 lokale besturen: ——— Beveren ——— Kruikeke ——— Zwijndrecht ······ Sint-Niklaas

De grafieken van de 4 besturen en de 2 ELZ worden voorzien van een uniforme vormgeving van lijnen zoals hierboven weergegeven, zodat de legende doorheen de tekst herkenbaar blijft.

- Uniforme leeftijdsgroepen: 0-24 jaar, 24-65 jaar, 65-79 en 80+ (waar de data dit toestaat)

Aan de start van elk onderdeel (bv. demografische factoren), wordt eerst een **samenvattend kader** geschetst met enkele leerpunten. Na deze samenvatting wordt dit onderdeel verder uitgediept met een gedetailleerde bespreking op niveau van ELZ en besturen.

2.3.1. Demografische factoren

Samenvatting

Wat leren we uit de cijfers?

Leeftijd en demografische coëfficiënten	<p>Sint-Niklaas heeft ongeveer evenveel inwoners als de overige lokale besturen samen. Ondanks dat de leeftijdsgroepen vrij gelijklopend verdeeld zijn over de 4 lokale besturen, heeft Sint-Niklaas de jongste populatie. Dit is alsook merkbaar op niveau van de ELZ: ZWW heeft een jongere populatie dan NOW. In ZWW is 76% van de populatie jonger dan 60 jaar, terwijl dit in NOW maar 72% is.</p> <p>De oudere populatie in de 4 lokale besturen van ZPW wordt groter (vergrijzing) en gemiddeld ouder (interne vergrijzing). In 2020 zien we namelijk dat het aandeel 80+ tgov. 65-79-jarigen gemiddeld 29% bedraagt. Tegen 2040 zal dit gestegen zijn met 17%. De grijze druk, namelijk het aandeel 65+ tgov. beroepsactieven stijgt van 35% in 2020 tot 39% in 2040. Deze trend is iets minder uitgesproken in Sint-Niklaas, waar zowel de groene als grijze druk eerder stabiel blijven. Het aandeel jongeren in de populatie blijft stabiel t.o.v. de beroepsbevolking en het aandeel potentiële mantelzorgers daalt doorheen de tijd. Dit zijn o.a. de personen die informele zorg kunnen bieden aan de ouderen. Dit leert ons dat vraag naar en druk op formele zorg zal stijgen.</p>
Herkomst en nationaliteit	<p>In beide ELZ zien we de afgelopen jaren een stijging in mensen van niet-Belgische herkomst en nationaliteit. Het aandeel personen van niet-Belgische herkomst is in beide ELZ het sterkst gestegen het afgelopen decennia (ZWW 17% tot 27%; NOW 5% tot 10%). Dit wordt weerspiegeld in de lokale besturen waar het aandeel van niet-Belgische herkomst, binnen en buiten de EU/OESO, het hoogst is in Sint-Niklaas. Dit wordt gevolgd door Zwijndrecht als een meer verstedelijkt gebied dan Kruibeke en Beveren.</p> <p>De stijging in diversiteit naar herkomst is meest uitgesproken bij jongere en middelbare leeftijdsgroepen, van niet-EU en niet-OESO herkomst, in ZWW. Deze meer diverse bevolking (naar herkomst) zal de komende 10-20 jaar verder doorstromen naar de 65+'ers, al zien we in deze laatste groep ook vandaag al stijgingen in diversiteit naar herkomst. De noden en wensen m.b.t. de zorg van de toekomstige zorgvragers zullen mogelijk wijzigen vanwege deze stijging in diversiteit.</p>
Samenstelling van huishoudens	<p>Het aandeel alleenwonenden in de populatie stijgt en ongeveer 1/3de van de 75+'ers woont alleen. Dit aandeel ligt het hoogst in ZWW (35% vs. NOW 32%). Dit wordt weerspiegeld in de lokale besturen waar het aandeel alleenwonenden het hoogst is in Sint-Niklaas met 34% en laagst in Kruibeke met 28%. Het aandeel samenwonende paren met kinderen daalde gemiddeld met 31% tussen 1990 en 2020 in alle lokale besturen, wat mede bijdraagt tot de projectie van dalende mantelzorgratio die we eerder zagen. Hier zien we het laagste percentage in Sint-Niklaas met 27% en het hoogste in Kruibeke met 31%.</p> <p>Dit beïnvloedt het risico op vereenzaming, gebrek aan ondersteuning van mantelzorgers en nood aan goed georganiseerde thuiszorg- en verpleging.</p>

Interpretatie & implicatie van de cijfers?

- 1) Een ouder wordende bevolking zal het gezondheidssysteem en de capaciteit in ouderenvoorzieningen onder druk zetten, aangezien gezondheidsproblemen gemiddeld vaker voorkomen bij ouderen. Ook naast de formele of professionele zorg zien we een toenemende druk: er zullen minder mantelzorgers of beroepsactieven zijn die bijstand kunnen verlenen aan oudere familieleden of vrienden.

In kader van buurtgerichte zorg kan dit uitdagingen stellen aangezien dit in sterke mate berust op de deelname of initiatieven met mantelzorgers en vrijwilligers.

- 2) De groep aan ouderen in de 4 lokale besturen wordt niet alleen groter en gemiddeld ouder, maar ook gevarieerder naar achtergrond en gezinssamenstelling. Verschillende studies tonen aan dat allochtone ouderen gemiddeld vroeger met gezondheidsproblemen geconfronteerd worden en vaker een minder goede socio-economische positie hebben. (Cuyvers & Kavs, 2001; Janssens, 2003; Talloen, Verstraete, & Chech, 2011)

Daarnaast tonen deze studies aan dat de culturele verwachtingen over de combinatie van formele en informele zorg verschillen bij allochtone ouderen. Zo staan deze senioren en hun familie dikwijls terughoudend tegenover de professionele (residentiële) zorg, terwijl ze positiever staan tegenover het aanbod van thuiszorg. Deze voorkeur zou voornamelijk ontstaan omwille van onvoldoende herkenbaarheid van de eigen religieuze, culturele en andere gewoonten en tradities in de bestaande residentiële zorgvoorzieningen, eerder dan een algemene sterkere voorkeur voor mantelzorg boven residentiële zorg. Een te beperkte kennis van de Nederlandse taal en de Belgische welzijns- en gezondheidsvoorzieningen, of een andere notie van vrije tijd verhoogt de drempel verder. (Cuyvers & Kavs, 2001; Janssens, 2003; Talloen, Verstraete, & Chech, 2011; Allart, 2018)

Het aanbod van zorg en ondersteuning zal rekening moeten houden met deze grotere diversiteit en noden en behoeften. Zeker aangezien ook vandaag reeds wordt aangegeven dat personen van een andere nationaliteit of herkomst in mindere mate deel uitmaken van de bewoners of gebruikers van ZPW.

- 3) Alleenwonenden of mensen uit eenpersoonshuishoudens maken gemiddeld meer gebruik van de gezondheidszorg, leven ongezonder en risicovoller dan meerpersoonshuishoudens en eenzaamheid komt vaker voor (KCE, 2020) Onderzoek toont ook aan dat ouderen die alleen wonen sneller naar een woonzorgcentrum verhuizen; het aantal alleenwonenden is daarom een belangrijke indicator bij de uitbouw van zorg- en ondersteuningsdiensten (KCE, 2011)

De stijging van het aantal alleenwonenden in combinatie met de eerder vermelde dalende mantelzorgratio zal uitdagingen vormen voor buurtgerichte zorg – om deze personen voldoende te identificeren en te antwoorden op de zorgbehoeften – en in de residentiële zorg – om correct te plannen naar de instroom en zorgvraag van personen die onder meer bij woonzorgcentra komen aankloppen.

Leeftijd en demografische coëfficiënten

Onderstaande tabel toont de voornaamste demografische kenmerken van ELZ NOW, ZWW, Beveren, Zwijndrecht, Sint-Niklaas en Kruikeke.

De tabel toont aan dat Sint-Niklaas in 2021 bijna evenveel inwoners had als Beveren, Zwijndrecht en Kruikeke samen. De bevolkingsdichtheid van Sint-Niklaas is dezelfde als in Zwijndrecht (952/km²). Daarnaast had NOW in 2021 gemiddeld een oudere populatie dan ZWW (resp. 42,7 jaar en 41,1 jaar). De hoogste gemiddelde leeftijd vinden we terug in Beveren (43 jaar). In ZWW merken we een grotere stijging in bevolking tegen 2040 (12%) dan in NOW (8%).

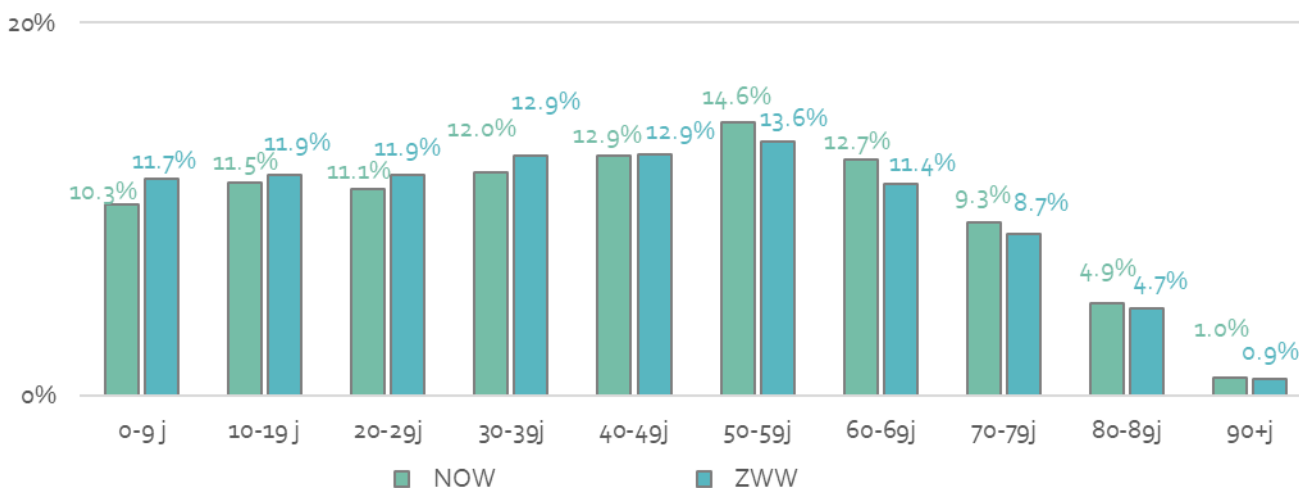
Tabel 7. Algemene demografische kenmerken in ELZ NOW, ELZ ZWW, Beveren, Sint-Niklaas, Kruikeke en Zwijndrecht (2020;2021)

	Inwoners (2021)	Bevolkingsdichtheid (km ²) (2021)	Gemiddelde leeftijd (2021)	Projectie inwoners (2040)	% stijging tussen 2021 en 2040
ZWW	169 320	648	41,1	190 383	12%
Sint-Niklaas	79 357	952	40,8	90 844	14%
NOW	123 563	403	42,7	133 199	8%
Beveren	49 062	323	43	53 880	10%
Kruikeke	16 785	502	42,1	17 998	7%
Zwijndrecht	19 263	952	42,7	19 825	3%

Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Figuur 11 toont dat de leeftijdsgroepen vrij gelijklopend verdeeld zijn over de twee eerstelijnszones. Het voornaamste verschil is de iets jongere bevolking met 44,9% van personen tussen 0 en 49 jaar in ZWW en 48,4% in NOW.

Figuur 11. Leeftijdsgroepen als % van de totale bevolking in NOW en ZWW in 2021

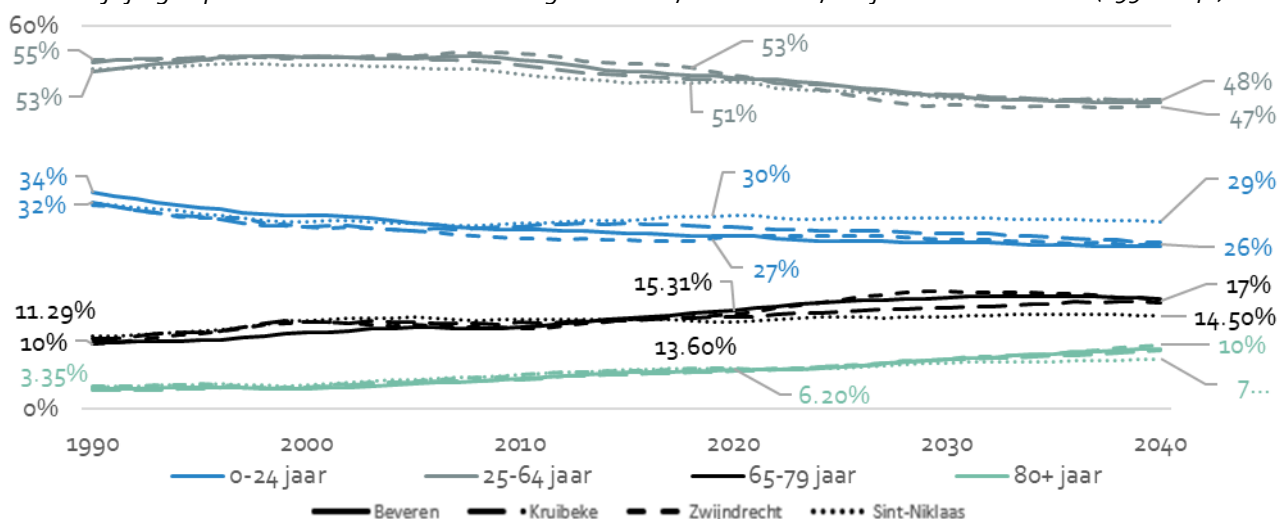


Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Figuur 12 toont de verdeling naar leeftijdsgroepen als percentage van de totale bevolking in de 4 besturen, alsook de verwachte evolutie van deze groepen tussen richting 2040. Het voornaamste verschil is de jongere populatie in Sint-Niklaas (30% 0-24 jarigen vs. 27% in andere lokale besturen in 2020).

Het aandeel ouderen (65+) bedraagt in 2020 gemiddeld 21,3% van het totaal aantal inwoners in Beveren, Zwijndrecht en Kruikeke, en bijna 20% in Sint-Niklaas, waarvan 80+ gemiddeld 6% bedraagt. Tussen 2020 en 2040, verwachten we een stijging van de oudere bevolking, voornamelijk in het aandeel 80+ers. Dit stijgt namelijk van 6% tot 9% (een stijging van 56%) en de 65+ers stijgen van 24% tot 26%, en een daling in het aandeel beroepsactieven (8%). Het aandeel jongeren blijft min of meer stabiel.

Figuur 12. Leeftijdsgroepen als % van de totale bevolking in Beveren, Sint-Niklaas, Zwijndrecht en Kruikeke (1990-2040)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

In wat volgt, vatten we enkele demografische coëfficiënten samen die de verschuiving en relaties tussen leeftijdsgroepen beter in kaart kunnen brengen. Onder demografische coëfficiënten worden onderstaande indicatoren opgenomen. We overlopen deze achtereenvolgens in het attractiegebied waarbij er altijd eerst gekeken wordt naar de eerstelijnszones NOW en ZWW en indien er relevante verschillen merkbaar zijn, worden de 4 lokale besturen (Sint-Niklaas, Beveren, Kruikeke en Zwijndrecht) ook onderzocht.

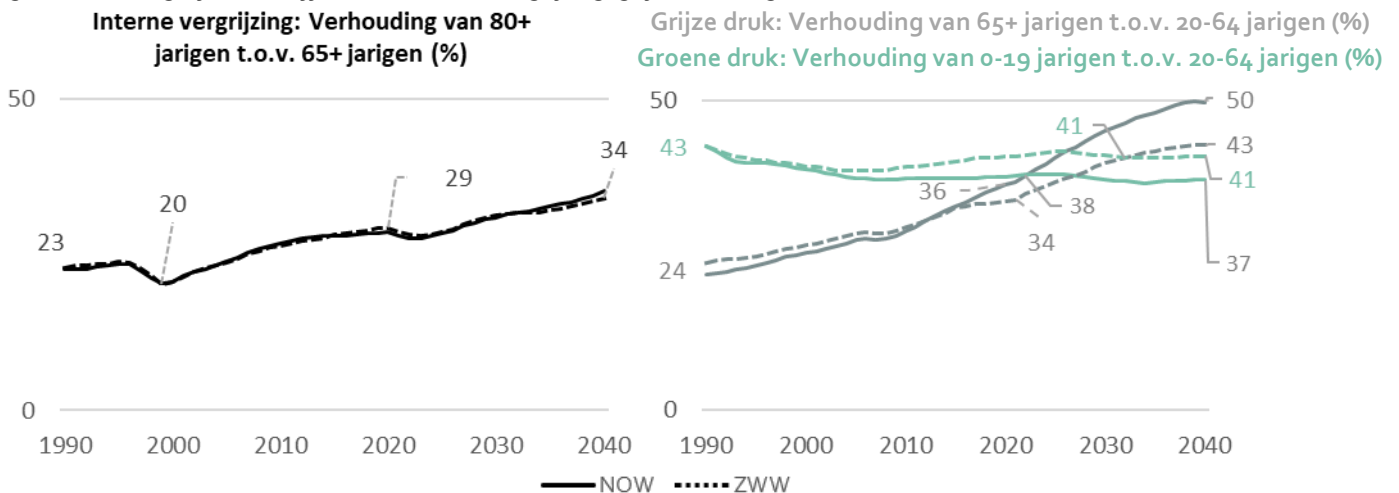
- Grijze druk: verhouding van 65-jarigen en ouder t.o.v. 20-64-jarigen (%)
- Groene druk: verhouding van 0-19-jarigen t.o.v. 20-64-jarigen (%)
- Interne vergrijzing: verhouding van 80-jarigen en ouder t.o.v. 65-jarigen en ouder (%)
- Afhankelijkheidsratio: verhouding van 0-19-jarigen én 65-jarigen en ouder t.o.v. 20-64-jarigen (%)
- Familiale zorgindex: verhouding van 80-jarigen en ouder t.o.v. 50-59-jarigen (%)
- Mantelzorgratio: verhouding van 40-79-jarigen en ouder t.o.v. 80-jarigen en ouder (%)

We zien bij de interne **vergrijzing** in Figuur 13 dat in NOW en ZWW de groep 65+'ers niet enkel groter wordt in vergelijking met de beroepsbevolking, maar dat de groep gemiddeld ook ouder wordt. In 2020 zien we namelijk dat de interne (dubbele) vergrijzing (aandeel 80+ tgv. 65-79-jarigen) gemiddeld 29% bedraagt. Dit betekent dat er 29 80+ jarigen zijn voor 100 65+'ers. Tegen 2040 stijgt dit tot 34 80+jarige inwoners voor elke 100 65-79 jarige inwoners (stijging van 17%).

In 2020 was de **grijze druk** (aandeel 65+ tgv. beroepsactieven) in de 2 eerstelijnszones gemiddeld 35%. Er zijn dus 35 gepensioneerden (65+) voor 100 beroepsactieven (24-64 jaar). Tegen 2040 stijgt dit tot 39 gepensioneerden voor elke 100 beroepsactieven (stijging van 11%).

In 2020 was de **groene druk** (aandeel kinderen/jongeren tgv. beroepsactieven) gemiddeld 38%. Er zijn 38 jongeren voor 100 beroepsactieven. Dit blijft tot 2040 stabiel in beide eerstelijnszones.

Figuur 13. Demografische coëfficiënten: interne vergrijzing, grijze druk en groene druk in NOW en ZWW (1990-2040).



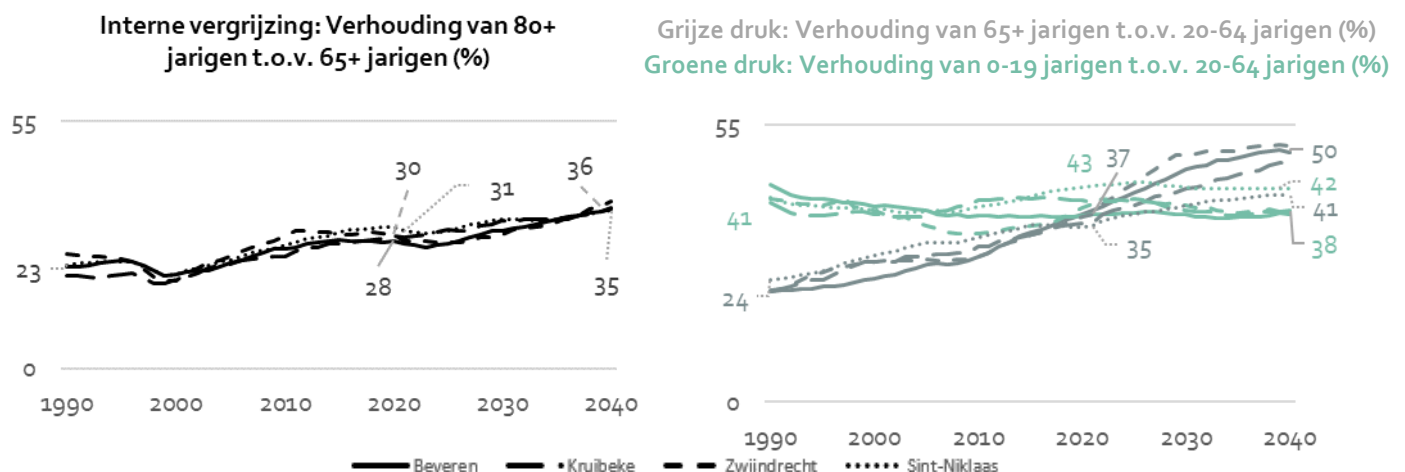
Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Wanneer we focussen op Sint-Niklaas, Beveren, Zwijndrecht en Kruikeke dan zien we bij de **interne vergrijzing** op Figuur 14, dat de groep 65+’ers niet enkel groter wordt in vergelijking met de beroepsbevolking, maar dat de groep gemiddeld ook ouder wordt. Dit is iets minder uitgesproken in Sint-Niklaas, waar zowel groene en grijze druk eerder stabiel blijven. In 2020 was de interne (dubbele) vergrijzing (aandeel 80+ tgv. 65-79-jarigen) het hoogst in Sint-Niklaas, maar Beveren zal het sterkst stijgen tussen 2020 en 2040 (25%). In 2020 zijn er 28 80+’ers voor 100 65+’er, wat tegen 2040 stijgt tot 35 80+’ers.

De **grijze druk** (aandeel 65+ tgv. beroepsactieven) zal tegen 2040 gemiddeld 35% stijgen in Kruikeke, Beveren en Zwijndrecht, tot gem. 50 gepensioneerden per 100 beroepsactieven. De grijze druk stijgt in deze periode minder sterk in Sint-Niklaas (17%).

De **groene druk** (aandeel kinderen/jongeren tgv. beroepsactieven) zal tot 2040 licht dalen in Kruikeke, Zwijndrecht en Beveren. Dit stagneert in Sint-Niklaas rond 42 0-19-jarigen per 100 20-64 jarigen.

Figuur 14. Demografische coëfficiënten: interne vergrijzing, grijze druk en groene druk in Sint-Niklaas, Beveren, Kruikeke en Zwijndrecht (1990-2040).



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

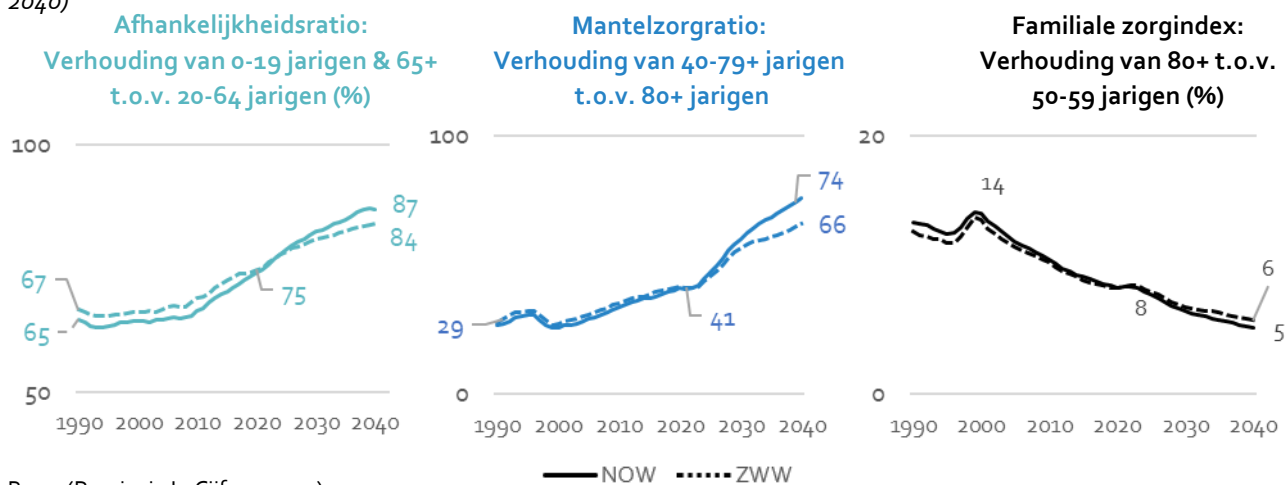
Sinds 1990, zien we in NOW en ZWW een continue stijging van niet-beroepsactieven en van 80+’ers t.o.v. hun mantelzorgers en jongere familieleden. Daarnaast zien we dat het aantal potentiële mantelzorgers (t.o.v. 80+) daalt. De mantelratio is echter gebaseerd op prognoses van demografische leeftijdsgroepen. Deze evolutie moet dus enigszins genuanceerd worden aangezien dit niet de reële situatie zal zijn voor elke 80+er.

De afhankelijkheidsratio in 2020 toont namelijk dat er in beide eerstelijnszones 77 jongeren en ouderen (i.e. 'afhankelijken') zijn voor 100 beroepsactieven. Tegen 2040 stijgt deze verhouding voor NOW sterker dan in ZWW (door vergrijzing) tot respectievelijk 87% en 84%.

De mantelzorgratio in 2020 toont 8 potentiële mantelzorgers (40-79 jarigen) per 80+'er. Dit daalt tegen 2040 naar 5 potentiële zorgdragers per 80+ in NOW en 6 in ZWW. De familiale zorgindex in 2020 toont 41 hoogbejaarden (80+) voor 100 50-59 jarigen (familieleden die typisch zorg dragen). Tegen 2040 stijgt dit voor NOW tot 74 80'ers (80%) en voor ZWW tot 66 80+'ers (61%).

Deze coëfficiënten tonen ons dus een stijgende druk op beroepsactieven en mantelzorgers om zorg te dragen voor of ondersteuning te bieden aan een groeiende groep ouderen. Deze druk kan resulteren in een grotere vraag naar formele zorg. Deze evoluties in coëfficiënten zijn gelijklopend voor ELZ NOW en ZWW.

Figuur 15. Demografische coëfficiënten: afhankelijkheids- en mantelzorgratio, familiale zorgindex in ZWW en NOW (1990-2040)

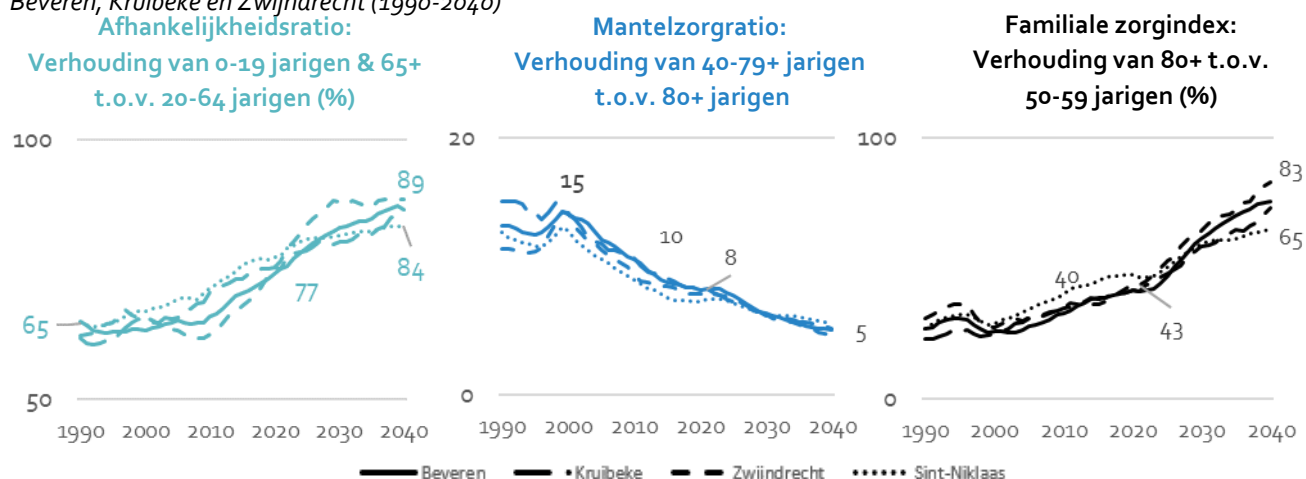


Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Sinds 1990, stijgt de druk op de werkende bevolking en potentiële mantelzorgers in alle lokale besturen. Deze stijging is iets minder sterk in Sint-Niklaas. In 2020 toont de afhankelijkheidsratio dat er gemiddeld 77 jongeren en ouderen wonen per 100 beroepsactieven in de 4 lokale besturen. Vanwege de vergrijzing zal deze kloof tot 2040 blijven groeien tot 89 jongeren en ouderen per 100 beroepsactieven (stijging van 16%).

De mantelzorgratio toont een stijgend tekort aan mantelzorgers in de 4 lokale besturen (daling van 8 tot 5). Hierbij geven we mee dat de mantelzorgratio gebaseerd is op prognoses demografische leeftijdsgroepen. Deze evolutie moet dus enigszins genuanceerd worden: dit zal niet de reële situatie zijn voor elke 80+'er. De familiale zorgindex is in 2020 het hoogst in Sint-Niklaas, maar wordt daar het laagst in 2040. De sterkste stijging wordt verwacht in Beveren en Zwijndrecht, met een gemiddelde stijging van 84%.

Figuur 16. Demografische coëfficiënten: afhankelijkheidsratio, mantelzorgratio, familiale zorgindex in Sint-Niklaas, Beveren, Kruibeke en Zwijndrecht (1990-2040)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

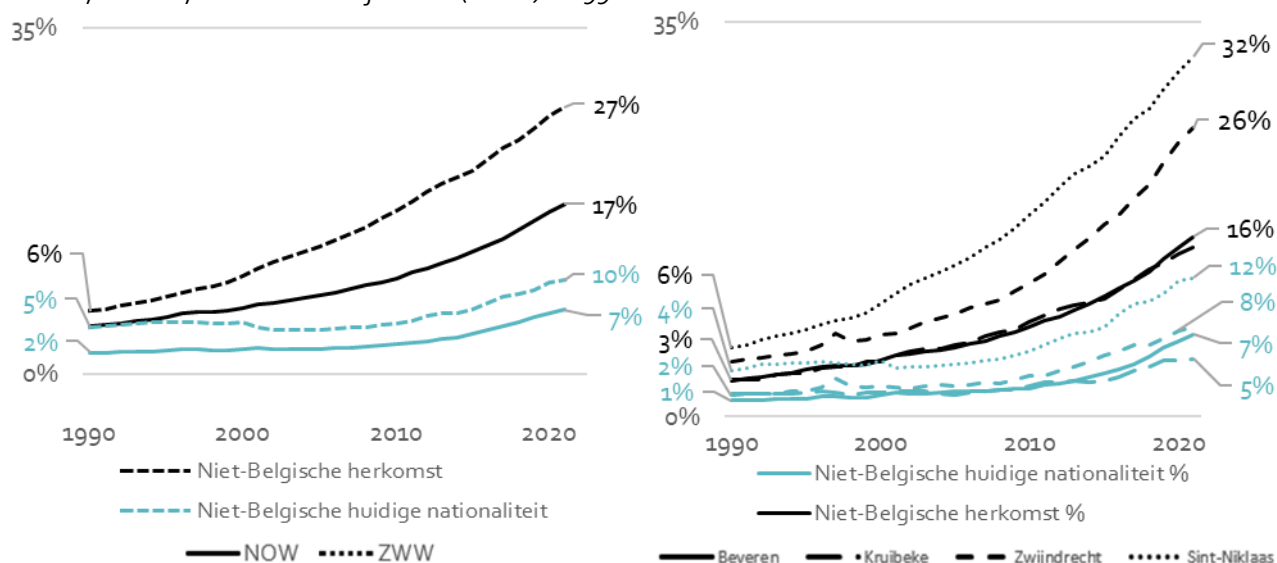
Een ouder wordende bevolking zal het gezondheidssysteem en de capaciteit in ouderenvoorzieningen onder druk zetten, aangezien gezondheidsproblemen gemiddeld vaker voorkomen bij ouderen. Ook naast de formele of professionele zorg zien we een toenemende druk: er zullen minder mantelzorgers of beroepsactieven zijn die bijstand kunnen verlenen aan oudere familieleden of vrienden. In kader van burgergerichte zorg kan dit uitdagingen stellen aangezien dit in sterke mate berust op de deelname of initiatieven met mantelzorgers en vrijwilligers.

Herkomst en nationaliteit

In de algemene bevolking van NOW en ZWW, stellen we een toename aan diversiteit in herkomst en niet-Belgische nationaliteit vast in de laatste decennia (linkse Figuur 17). Onder niet-Belgische herkomst vallen deze personen die geen Belgische nationaliteit bij geboorte hebben of 1 van de ouders heeft geen Belgische nationaliteit bij geboorte; niet-Belgische nationaliteit verwijst naar de huidige nationaliteit van de personen in kwestie.

Zoals de rechtse Figuur 17 aangeeft, zien we deze trend ook in alle lokale besturen. Het aandeel personen van niet-Belgische herkomst is sterk gestegen afgelopen jaren. De afgelopen 10 jaar steeg dit in ZWW en NOW resp. van 17% tot 27% en 5% tot 10%. Deze aandelen zijn het hoogst in Sint-Niklaas (32%) en Zwijndrecht (26%), de dichtst bevolkte regio's. Ook het aandeel personen van niet-Belgische nationaliteit stijgt sterk de afgelopen jaren. In Sint-Niklaas zien we het grootste aandeel met 12%.

Figuur 17. Aandeel van niet-Belgische herkomst en nationaliteit in de totale bevolking van ZWW en NOW (links) en Sint-Niklaas, Beveren, Kruikeke en Zwijndrecht (rechts) in 1990 -2020

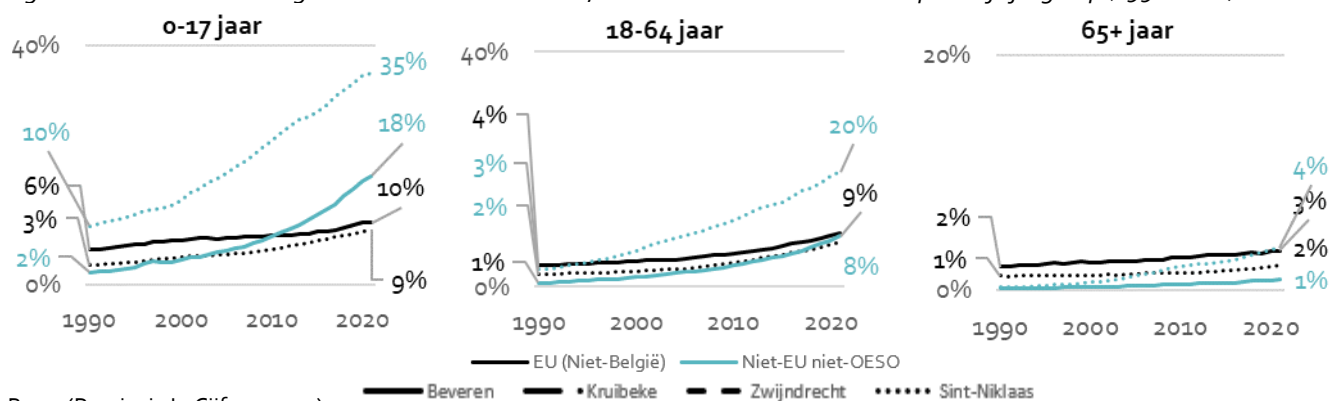


Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Opm.: Niet-Belgische herkomst = geen Belgische nationaliteit bij geboorte of 1 van de ouders heeft geen Belgische nationaliteit bij geboorte

Vooraf bij jongeren en beroepsactieven zijn de aandelen van personen van niet-Belgische herkomst of van niet-EU, niet-OESO herkomst het hoogst (zie Figuur 18). We kunnen verwachten dat de diversiteit naar herkomst en nationaliteit, die nu voornamelijk in de beroepsactieve groep wordt opgemerkt, in de komende 10 á 20 jaar zal verschuiven naar de groep van 65+ en 80+. Deze trend verloopt ook vandaag reeds stijgend bij oudere generaties (65+), voornamelijk in ZWW (niet-EU en niet-OESO herkomst).

Figuur 18. Aandeel niet-Belgische herkomst en Niet-EU, niet OESO-herkomst in 2 ELZ per leeftijdsgroep (1990-2021)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Opm.: Niet-Belgische herkomst = geen Belgische nationaliteit bij geboorte of 1 van de ouders heeft geen Belgische nationaliteit bij geboorte

Verschiedende studies tonen aan dat allochtone ouderen gemiddeld vroeger met gezondheidsproblemen geconfronteerd worden en vaker een minder goede socio-economische positie hebben. (Cuyvers & Kavs, 2001; Janssens, 2003; Talloen, Verstraete, & Chech, 2011) Daarnaast tonen deze studies aan dat de culturele verwachtingen over de combinatie van formele en informele zorg verschillen bij allochtone ouderen. Zo staan deze senioren en hun familie dikwijls terughoudend tegenover de professionele (residentiële) zorg, terwijl ze positiever staan tegenover het aanbod van thuiszorg. Een te beperkte kennis van het Nederlands of de Belgische welzijns- en gezondheidsvoorzieningen kan de drempel naar formele zorg verder verhogen, ook religieuze gewoonten, andere culturele noties van vrije tijd, rol of mening van echtgenoot enz. spelen hierin mee (Cuyvers & Kavs, 2001; Janssens, 2003; Talloen, Verstraete, & Chech, 2011)

Het aanbod van zorg en ondersteuning zal rekening moeten houden met deze grotere diversiteit en noden en behoeften. Zeker aangezien ook vandaag reeds wordt aangegeven dat personen van een andere nationaliteit of herkomst in mindere mate deel uitmaken van de bewoners of gebruikers van ZPW.

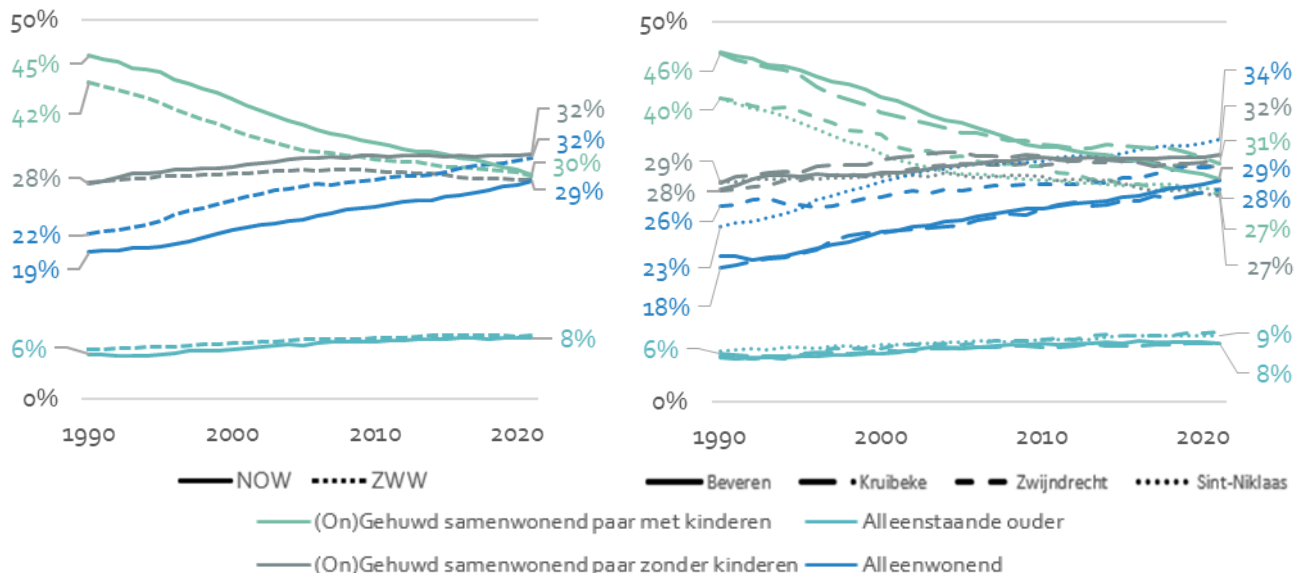
Samenstelling van huishoudens

Figuur 19 toont dat de samenstelling van de huishoudens doorheen de tijd gewijzigd is. Het aandeel alleenwonenden is het sterkst gestegen als percentage van alle huishoudens tussen 1990 en 2020, in alle lokale besturen. Dit steeg namelijk gemiddeld 43% in alle lokale besturen, waarbij Kruikeke en Beveren de voornaamste stijgingen vertoonden (58% en 52%). In 2020 ligt het percentage alleenwonenden het hoogst in Sint-Niklaas met 34% en laagst in Kruikeke met 28%.

Het aandeel samenwonende paren met kinderen daalde gemiddeld met 31% tussen 1990 en 2020 in alle lokale besturen, wat mede bijdraagt tot de projectie van dalende mantelzorgratio die we eerder zagen. Hier zien we het laagste percentage in Sint-Niklaas met 27% en het hoogste in Kruikeke met 31%.

Tegelijkertijd vertoonde het aandeel (on)gehuwd samenwonenden zonder kinderen een lichte stijging in de lokale besturen van NOW en blijft constant in Sint-Niklaas en ZWW. Het aandeel alleenstaande ouders vertoonde een licht stijgende/constante trend beide ELZ (7% naar 9%).

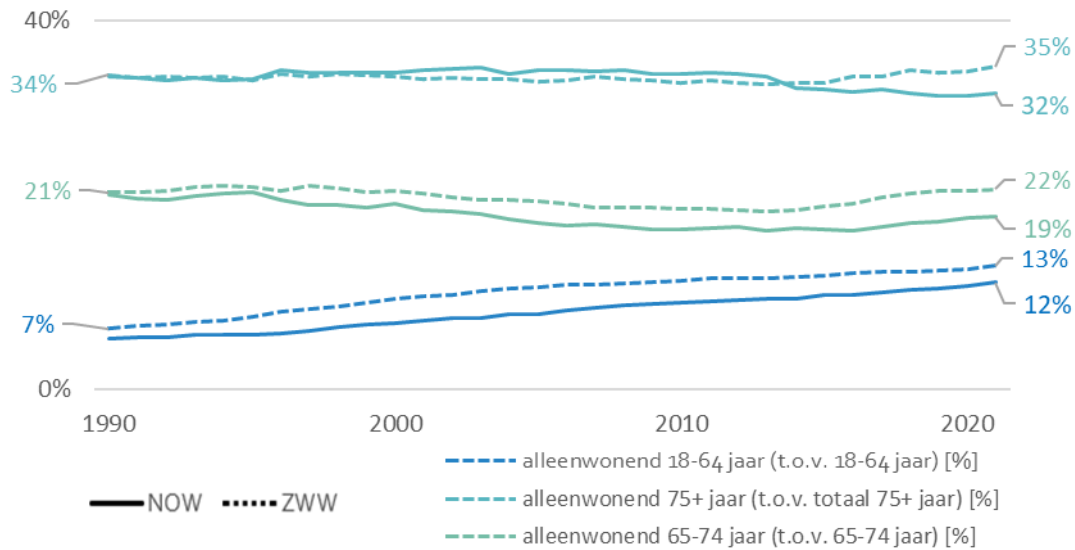
Figuur 19. Samenstelling van huishoudens in ZWW en NOW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (1990-2020)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Ongeveer 1/3de van de 75+’ers in beide eerstelijnszones woont vandaag reeds alleen (Figuur 20). Voor elke leeftijdsgroep zijn er gemiddeld 3% meer alleenwonenden in ZWW in vergelijking met NOW.

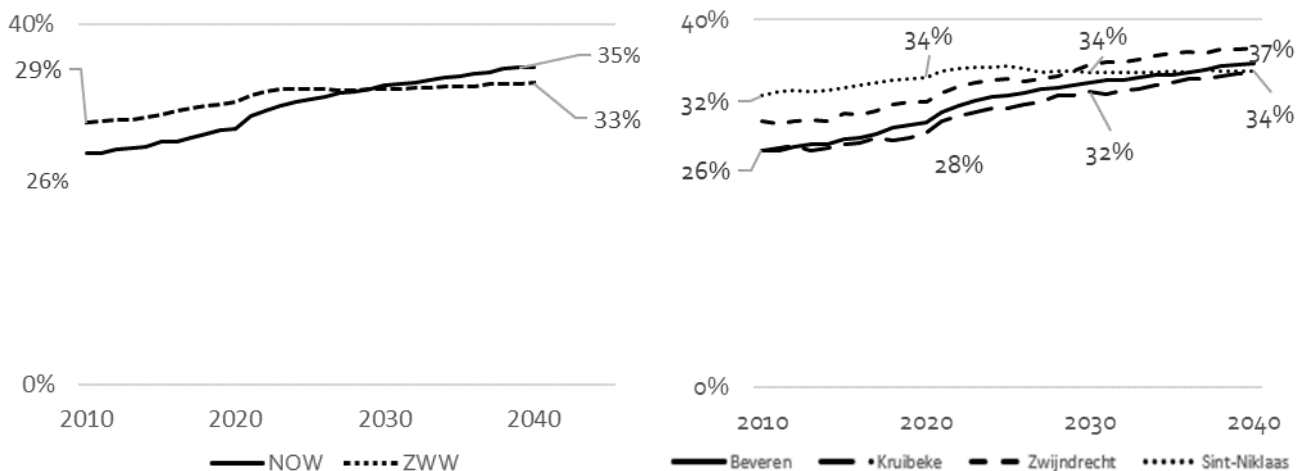
Figuur 20. Aantal alleenwonenden als % van de eigen leeftijdsgroep in ZWW en NOW (1990-2020)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

De één-persoonshuishoudens (rechtse Figuur 21 omvatten 1/3de van de totale huishoudens in de 4 lokale besturen. In Beveren, Kruikebeke en Zwijndrecht zal het aandeel één-persoonshuishoudens tegen 2040 stijgen met 35%. In Sint-Niklaas zal dit constant blijven.

Figuur 21. Aandeel één-persoonshuishoudens binnen de 2 eerstelijnszones (links) & de 4 lokale besturen (rechts) in totale huishoudens van ZPW (2020-2040)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Alleenwonenden of mensen uit eenpersoonshuishoudens maken gemiddeld meer gebruik van de gezondheidszorg, leven ongezonder en risicovoller dan meerpersoonshuishoudens en eenzaamheid komt vaker voor (KCE, 2020) Onderzoek toont ook aan dat ouderen die alleen wonen sneller naar een woonzorgcentrum verhuizen; het aantal alleenwonenden is daarom een belangrijke indicator bij de uitbouw van zorg- en ondersteuningsdiensten (KCE, 2011)

In combinatie met de eerder vermelde dalende mantelzorgratio vormt dit een belangrijk aspect om mee te nemen in de toekomstige dienstverlening, met name in kader van buurtgerichte zorg en planning van WZC.

2.3.2. Gezondheidsfactoren

Samenvatting

Wat leren we uit de cijfers?

Zorgbudgetten en tegemoetkomingen	<p>Als percentage van de totale bevolking, loopt het totaal aantal zorgbudgetten gelijk tussen beide ELZ. We merken een stijging in vraag naar de drie verschillende types zorgbudgetten (zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, voor zwaar zorgbehoevenden, voor personen met een beperking). Met gemiddeld 70% van alle zorgbudgetten, vormt het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevende personen het grootste aandeel.</p> <p>Daarnaast zien we in de afgelopen periode ook de sterkste toename in zorgbudgetten voor zwaar zorgbehoevende personen in de mantel- en thuiszorg (gem. 40%) tgv. de residentiële zorgbudgetten voor zwaar zorgbehoevende personen (5% NOW; 13% ZWW). Dit wijst op een grote zorgvraag met aanzienlijke zorgzwaarte in de thuiszorg.</p>
Personen met een beperking	<p>Het aantal erkende personen met een beperking stijgt in alle lokale besturen. Personen van 65+ nemen het grootste aandeel in van deze groep. Bovendien doet 1/3^{de} beroep op 1 of meerdere vormen van VAPH-ondersteuning. Daarnaast doet 1/5 personen die erkend zijn door DG pmeh in Sint-Niklaas beroep op integratietegemoetkoming (IT) en/of inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT).</p>
Zorgzwaarte in residentiële zorg & thuiszorg	<p>We zien een stijging in het aantal personen met een hogere zorgzwaarte zowel in de residentiële zorg als in de thuisverpleging. Het aantal personen met zorgzwaarte A & O in de residentiële zorg bleef stabiel in NOW en halveerde in ZWW. We zien deze sterke daling dan ook terug in Sint-Niklaas en niet in de andere lokale besturen.</p> <p>Daarnaast doen vrouwen vaker beroep op thuisverpleging dan mannen, in de verschillende leeftijdsgroepen. Ongeveer 1/4de vrouwen en 1/5de mannen van 85+ doet beroep op thuisverpleging.</p>
Dementie en chronische aandoeningen	<p>Er wordt een sterke stijging verwacht in het aantal personen met dementie in de verschillende lokale besturen. Het aandeel 65-74-jarigen en 75+'ers met statuut chronische aandoeningen steeg tussen 2014 en 2018 met resp. 22% en 11%. Er wordt een stijging verwacht tot aan 2035 van gemiddeld 48% voor de 4 lokale besturen.</p>
Geestelijke gezondheid	<p>Er is een verhoogde waakzaamheid nodig m.b.t. geestelijke gezondheid, ook bij ouderen, wat aandacht zal vragen vanuit de zorgverleners in de verschillende types dienstverlening. Van alle leeftijdsgroepen worden aan 65+'ers het grootste volume antidepressiva toegeschreven. Relatief tgv. andere regio's worden er in het arrondissement Sint-Niklaas weinig antidepressiva voorgeschreven en liggen de suïcidecijfers eerder laag.</p>

Interpretatie & implicatie van de cijfers?

- 1) We zien – wat betreft de zorgbudgetten althans – een grotere stijging in de thuiszorg dan in de residentiële zorgvraag. Dit wijst op een grote zorgvraag met aanzienlijke zorgzwaarte in de thuiszorg- en mantelzorg.
- 2) Gezondheidsproblemen zoals dementie en het lijden aan (meerdere) chronische aandoeningen zullen vaker voorkomen gezien de groep van ouderen grote wordt en gemiddeld ook een hogere leeftijd bereikt. Dit kan leiden tot een hogere complexiteit van zorg waarbij beroep moet gedaan worden op uiteenlopende expertises bij zorgverleners, zowel in de residentiële zorg als in de thuiszorg.

Theorie: Zorgbudgetten en tegemoetkomingen

In dit onderdeel geven we een overzicht van de zorgbudgetten, tegemoetkomingen waar zorgbehoevenden beroep op kunnen doen. We bespreken achtereenvolgens: zorgbudgetten, VAPH-ondersteuning en FOD-tegemoetkomingen.

Een **zorgbudget** is een maandelijkse tegemoetkoming voor mensen die veel zorg nodig hebben, zoals mensen met ernstige gezondheidsproblemen of een beperking. Er bestaan 3 types zorgbudget (Vlaamse Sociale Bescherming, sd), we overlopen de voornaamste karakteristieken hieronder:

1) **Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood (vroeger Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden - THAB)**

Een budget voor hulpbehoevenden om de kosten ten gevolge van de zorg te vergoeden, rekening houdend met leeftijd en economische positie (inkomen), ongeacht of de hulpbehoevende thuis of in een residentiële voorziening woont.

Het budget heeft volgende karakteristieken of voorwaarden:

- o Voor ouderen (vanaf 65 jaar) die moeilijkheden ondervinden bij dagelijkse taken
- o Voor ouderen met een beperkt inkomen
- o Betaald door de zorgkas

De tegemoetkoming is afhankelijk van de mate waarin de aanvrager hulp nodig heeft van anderen (i.e. mate van zelfredzaamheid of zorgzwaarte) en het inkomen. Op basis hiervan gebeurt een indeling in 5 categorieën van zelfredzaamheid. De tegemoetkoming varieert tussen de €95,85 en €643,41 voor resp. de lichtste categorie van zorgnood (1) tot de zwaarste (5). Deze categorisering wordt bepaald aan de hand van 6 rubrieken omtrent mogelijkheden omtrent:

- o verplaatsing
- o eten en eten klaarmaken
- o persoonlijke hygiëne en zich aankleden
- o de woning onderhouden en huishoudelijke taken doen
- o leven zonder toezicht, bewust zijn van het gevaar en het gevaar kunnen vermijden
- o communicatie en sociaal contact

Voor elk van deze rubrieken worden punten toegekend in functie van de moeilijkheden die de persoon ondervindt in het dagelijks leven: geen moeilijkheden (0 punten), kleine moeilijkheden (1 punt), grote moeilijkheden (2 punten), onmogelijk zonder hulp (3 punten).

Je kan dit zorgbudget niet combineren met een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) of een integratietegemoetkoming (IT). (Zie verder voor een toelichting van deze types.)

2) **Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (vroegere zorgverzekering)**

Een budget voor hulpbehoevenden, ongeacht leeftijd, economische positie (inkomen) en of de hulpbehoevende thuis of in een residentiële voorziening woont.

Het budget heeft volgende karakteristieken of voorwaarden:

- o De tegemoetkoming bedraagt 130 euro per maand
- o Geen leeftijdsgrens
- o De persoon dient dit zelf aan te vragen
- o Betaald door de zorgkas
- o Voorwaarden: enerzijds aangesloten zijn bij de Vlaamse Sociale Bescherming door elk jaar de zorgpremie te betalen, anderzijds veel zorg nodig hebben: hiertoe bestaan 2 types budget:
 - **Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in de residentiële zorg:** Ouderen die in een Vlaams woonzorgcentrum verblijven krijgen het zorgbudget automatisch
 - **Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in de mantel- en thuiszorg** voor personen die thuis veel ondersteuning nodig hebben. Er bestaan bepaalde schalen die meten hoe zorgbehoevend iemand is en daar een getal of "score" op zetten. Zo'n attest moet opgevraagd worden en minstens een van de volgende scores bevatten als bewijs:
 - o Min. score B op de Katz-schaal in de thuisverpleging
 - o Min. totaalscore 13, of minstens 6 punten op de som van de modules IADL en ADL op de BelRAI Screener
 - o Min. score 15 op de medisch-sociale schaal (wordt gebruikt i.k.v. IT, zorgbudget voor ouderen met een zorgnood
 - o score C of Cd op de Katz-schaal in een verzorgingsinrichting
 - o Min. score 18 op de medisch-sociale schaal voor de zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte
 - o kine-E-attest

De komende jaren worden verschillende **BelRAI instrumenten** uitgerold: sinds 1 juni 2021 wordt de BelRAI Screener gebruikt voor het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (meerderjarigen). Voor het Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood en voor zwaar zorgbehoevenden (minderjarigen) dient deze timing nog bepaald te worden. (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2022)

Dit zorgbudget kan niet gecombineerd worden met:

- o Niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (niet-RTH) waaronder het persoonlijke-assistentiebudget (PAB) en persoonsvolgend budget (PVB) vallen (Zie verder voor een toelichting van deze types.)
- o Integratietegemoetkoming (IT) of inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) indien jonger dan 21 jaar. (Zie verder voor een toelichting van deze types.)
- o Een verblijf in een residentiële voorziening voor personen met een beperking buiten Vlaanderen of ambulante ondersteuning voor meerderjarigen met een beperking buiten Vlaanderen
- o Een verblijf in een MFC

3) **Zorgbudget voor mensen met een beperking (vroeger basisondersteuningsbudget - BOB)**

Een budget voor personen met een beperking die hoofdzakelijk thuis wonen, ongeacht leeftijd of economische positie (inkomen). Dit vormt de 1^{ste} stap in de Persoonsvolgende Financiering (PVF) en is bijgevolg niet te combineren met de 2^e stap in PVF, namelijk het persoonsvolgend budget (PVB) (zie hoofdstuk 2.3.2).

Het budget heeft volgende karakteristieken of voorwaarden:

- o De tegemoetkoming bedraagt 300 euro per maand
- o Voor mensen met een beperking (erkend door DG pmeh) die een vastgestelde ondersteuningsnood hebben (dit kan op verschillende manier aangetoond worden) en aangesloten zijn bij een zorgkas
- o Moet niet door de persoon zelf aangevraagd worden
- o Betaald door de zorgkas

Dit zorgbudget kan niet gecombineerd worden met:

- o Niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (niet-RTH) waaronder het persoonlijke-assistentiebudget (PAB) en persoonsvolgend budget (PVB) vallen (Zie verder voor een toelichting van deze types.)
- o Integratietegemoetkoming (IT) of inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) indien jonger dan 21 jaar. (Zie verder voor een toelichting van deze types.)
- o Een verblijf in een residentiële voorziening voor personen met een beperking buiten Vlaanderen (in Brussel, Wallonië of het buitenland) of in een in een psychiatrisch verzorgingstehuis
- o Ondersteuning door een ambulante voorziening voor personen met een beperking buiten Vlaanderen (in Brussel, Wallonië of het buitenland)
- o Bepaalde vormen van niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp

Indien het zorgbudget voor personen met een beperking onvoldoende is, kan beroep gedaan worden op andere **VAPH-ondersteuning** (Vlaams Instituut voor Personen met een Handicap):

1) Persoonsvolgend Budget (PVB)

Dit budget wordt gefinancierd door de VAPH en is de 2^e stap in de Persoonsvolgende Financiering (PVF); dit kan bijgevolg niet gecombineerd worden met het zorgbudget voor personen met een beperking uit de 1^{ste} stap van PVF.

Het PVB is een **jaarlijks gepersonaliseerd budget** voor meerderjarigen (en jonger dan 65 jaar op moment van de 1^{ste} aanvraag) om de zorg, ondersteuning en assistentie te betalen. Naar deze hulp wordt verwezen als **niet-rechtstreeks toegankelijke hulp** (niet-RTH), aangezien deze niet toegankelijk is zonder PVB. Dit kan volgende types hulp omvatten: dag- of woonondersteuning, individuele psychosociale begeleiding (begeleiding om na te denken over de organisatie van het dagelijks leven), individuele praktische hulp (praktische hulp bij algemene dagelijkse activiteiten van het leven), globale individuele ondersteuning (begeleiding rond meerdere levensdomeinen met focus op het aanleren van praktische zaken) en oproepbare permanentie.

Het PVB kan variëren van €10.000 tot €85.000 per jaar. De tussenkomst hangt af van de ondersteuningsnood; deze wordt uitgedrukt in zorggebonden (personeels)punten, die op hun beurt verrekend worden naar één van de 24 **budgetcategorieën**.

Het budget kan voorzien worden in cashbudget (om uw zorg en ondersteuning zelf te organiseren) of voucher bij vergunde zorgaanbieders of bijstandsorganisaties (door VAPH aan deze voorzieningen betaald), of een combinatie van beide.

Een gelijkaardig initiatief bestaat voor minderjarigen, genaamd het Persoonlijk Assistentiebudget (PAB).

2) Tussenkomst bij Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH)

Dit is beperkte ondersteuning in de vorm van begeleiding, dagopvang of verblijf voor wie af en toe hulp nodig heeft. Deze hulp kan gebruikt worden ongeacht VAPH-aanvraag en ongeacht leeftijd of economische positie. De RTH bestaat uit (groeps)begeleiding, dagopvang of verblijf (of een combinatie). Het VAPH erkent aanbieders van RTH, maar personen met een beperking kunnen ook beroep doen op niet-erkende instanties.

RTH en PVB zijn niet combineerbaar: van zodra er een PVB ter beschikking wordt gesteld, kan deze geen gebruik meer maken van RTH.

De gebruiker betaalt voor de RTH een eigen bijdrage en het overige deel wordt door VAPH gedragen. Het deel gedragen door VAPH wordt bepaald via het inzetten van punten: de gebruiker krijgt per kalenderjaar max. acht punten. De puntenwaarde varieert per type ondersteuning. (Vlaamse Overheid, 2022)

3) Tussenkost bij aanschaf van hulpmiddelen

Dit omvat tegemoetkomingen voor hulpmiddelen en aanpassingen (na aanvraag). Deze omvatten hulpmiddelen en aanpassingen in de privésituatie (volgens een [refertelijst](#), denk aan een toiletstoel, een signaleringssysteem, automatische deur opener, incontinentiemateriaal, pedagogische hulp bij hogere studies,...), voor innovatieve en bijzondere hulpmiddelen en aanpassingen, voor onderhouds- en herstellingskosten en voor vervoers- en verblijfskosten in het gewoon onderwijs.

4) Voor minderjarigen bestaat er ook

- **Globale individuele ondersteuning:** ondersteuning bij een belangrijk overgangsmoment om die overgang en de start te ondersteunen
- **Multifunctioneel centrum (MFC):** dit centrum richt zich tot personen met een beperking t.e.m. 21 jaar die nood hebben aan specifieke ondersteuning. Een multifunctioneel centrum biedt begeleiding, dagopvang, verblijf.

Naast de VAPH-ondersteuning voor personen met een beperking, zijn er ook twee types **FOD-tegemoetkomingen voor personen met een beperking jonger dan 65:**

- 1) **De integratietegemoetkoming (IT):** voor wie de beperking invloed heeft op de zelfredzaamheid en daardoor moeilijkheden ondervindt bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals koken, eten, wassen, poetsen,...

De bedragen variëren o.b.v. gezinscategorie en inkomen. Het bedrag van de IT wordt nagegaan o.b.v. de invloed van de beperking heeft op je dagelijkse activiteiten (zelfredzaamheid) waarbij er punten op 6 criteria worden gegeven (gelijkaardig aan zorgbudget voor ouderen met een zorgnood).

- 2) **De inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT):** voor wie door een beperking niet kan gaan werken of voor wie het verdienvermogen beperkt is tot $\frac{1}{3}^e$ van wat een gezond persoon op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen. De bedragen variëren o.b.v. gezinscategorie en inkomen.

Het bedrag van de IVT wordt bepaald o.b.v. je verdienvermogen op de gewone arbeidsmarkt kan verdienen.

Deze FOD-tegemoetkomingen (IT/IVT) zijn niet combineerbaar met het zorgbudget voor personen met een beperking, maar wél combineerbaar met het PVB.

Tot slot, kan er voor **mantelzorgers** op gemeentelijk niveau een **mantelzorgpremie** toegekend worden (naast het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden in de mantel- en thuiszorg dat hiervoor ook aangewend kan worden). Er bestaat ook tijdskrediet (privésector) of loopbaanonderbreking om voor een zieke te kunnen zorgen, of thematische verloven (verlof voor medische bijstand of palliatief verlof).

Onderstaande tabel vat enkele van de voornaamste elementen samen betreffende de besproken zorgbudgetten, wie hierop beroep kan doen en welke combinaties al dan niet mogelijk zijn.

Tabel 8. Overzicht van karakteristieken van zorgbudgetten en hun combinaties voor ouderen

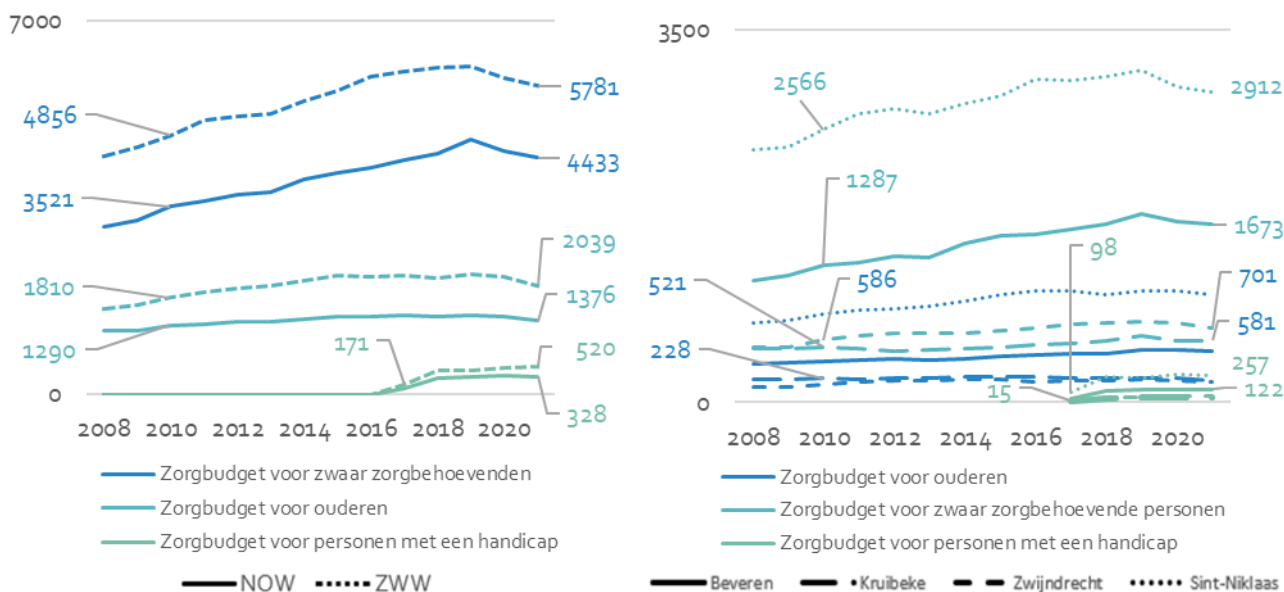
	Zorg-behoevenden (meerderjarig)	Zorg-behoevenden (65+)	Personen met beperking	Niet met	Criteria & budget
Zorgbudget voor ouderen met een zorgnood		x	x (65+)	IT, IVT	€95,85- €643,41/maand Bedrag o.b.v. inkomen en zorgzwaarte
Zorgbudget voor zwaar zorg-behoevenden	x	x	x	IT, IVT, PVB, PAB	€130/maand
Zorgbudget voor personen met een beperking			x	IT, IVT, PVB, PAB	€300/maand
PVB			x	Zorgbudget voor pers. met beperking en zwaar zorgbeh., RTH, MFC, PAB	€10.000-€85.000/jaar Bedrag o.b.v. ondersteuningsnood
PAB			x	Zorgbudget voor pers. met beperking en zwaar zorgbeh., RTH, PVB	€10.000-€50.000/jaar Bedrag o.b.v. ondersteuningsnood
RTH			x	PVB	Bedrag o.b.v. puntensysteem
Hulpmiddelen/aanpassingen			x		Op aanvraag
MFC			x	Zorgbudget voor pers. met beperking en zwaar zorgbeh., RTH, PVB	Op aanvraag
IT/IVT			x (uitzonderlijk voor 65+)	Zorgbudget voor pers. met beperking	Max €8.000-€15.000/jaar Bedrag o.b.v. gezinscategorie

Opmerking: IT = integratietegemoetkoming; IVT = inkomensvervangende tegemoetkoming; PVB = persoonsvolgend budget; RTH= rechtstreeks toegankelijke hulp; PAB= persoonlijk assistentiebudget; MFC= multifunctioneel centrum

Zorgbudgetten voor zwaar zorgbehoevenden en ouderen met een zorgnood

Figuur 22 toont aan dat er ongeveer evenveel zorgbudgetten zijn als percentage van de totale bevolking in beide ELZ (bijna 5% in beide ELZ). (Voor toelichting over de zorgbudgetten, verwijzen we naar de start van hoofdstuk 2.3.2.) De meeste zorgbudgetten gingen naar zwaar zorgbehoevende personen: in NOW zijn dit 5781 zorgbudgetten (69%), in ZWW 4433 zorgbudgetten (72%). Dit type zorgbudget is tussen 2010 en 2021 het sterkst gestegen in Beveren (30% vs. gemiddeld 14% gem. in de 3 andere). De zorgbudgetten voor ouderen zijn gemiddeld 20% gestegen in alle lokale besturen, behalve in Kruibeke waar dit daalde met zo'n 8%.

Figuur 22. Aantal personen met zorgbudget naar type in NOW en ZWW (links) en in Zwijndrecht, Sint-Niklaas, Beveren en Kruibeke (rechts) (2008-2021)

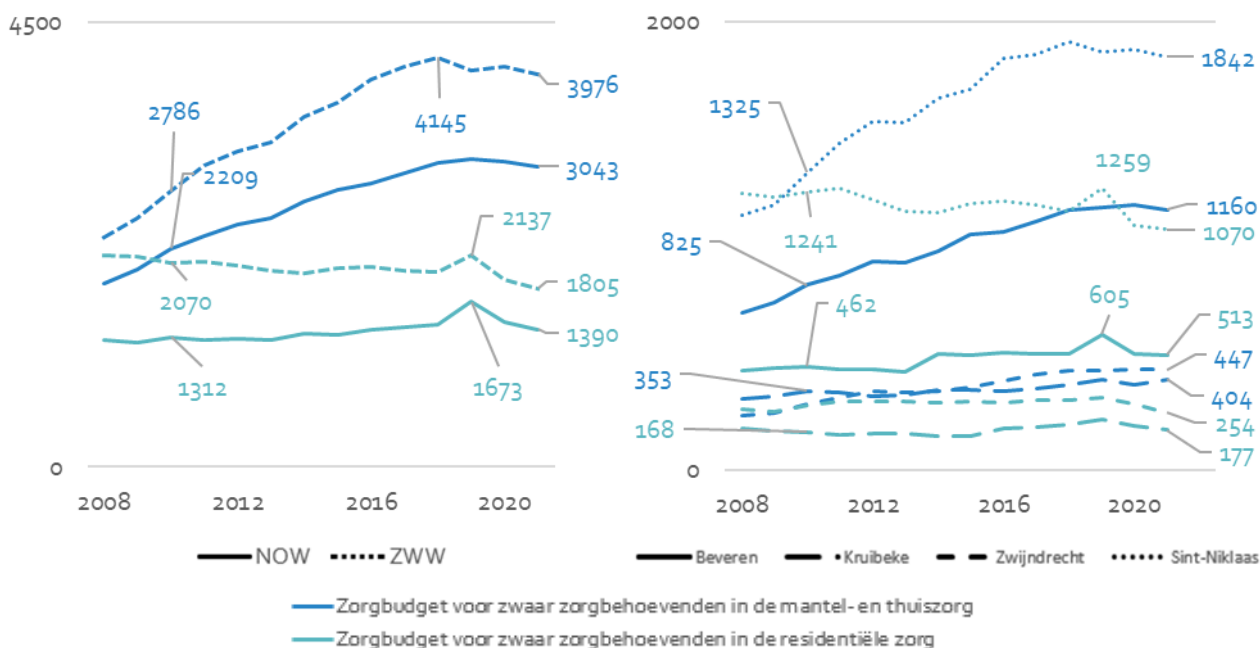


Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

We zien verschillende trends in zorgbudgetten voor zwaar zorgbehoevenden tussen 2008 en 2020 (linkse Figuur 23). Het aantal personen dat beroep doet op een zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden stijgt in beide ELZ voornamelijk binnen de mantel- en thuiszorg (40%).

De residentiële zorgbudgetten stegen namelijk maar 5% in NOW en daalden 13% in ZWW. In Kruibeke 2020 (rechtse Figuur 23) stijgt de vraag naar mantel- en thuiszorgbudgetten slechts 14%. Het verloop van zorgbudgetten in residentiële zorg was onderhevig aan een opwaartse knik in 2019 (mogelijk vanwege een wijziging in regelgeving).

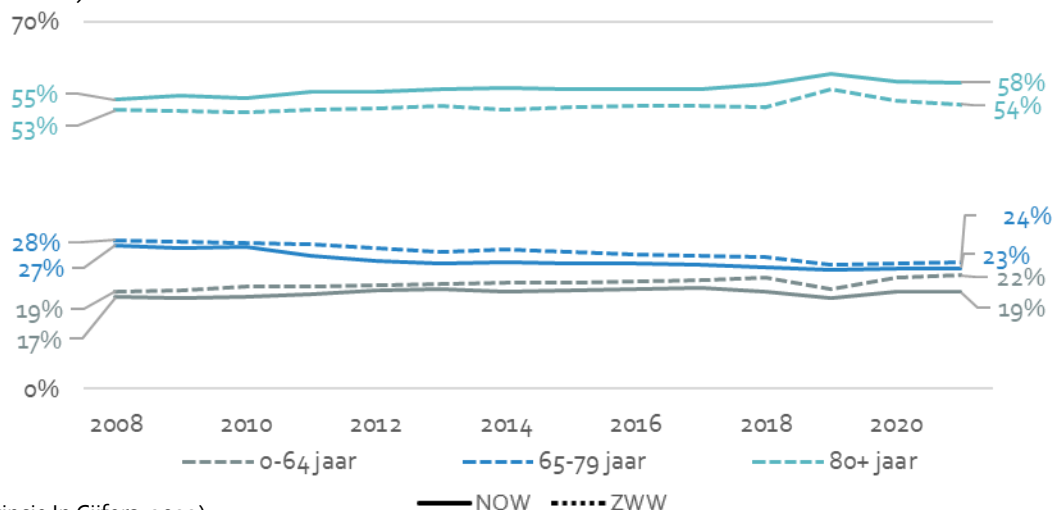
Figuur 23. Aantal personen met zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden naar type verblijf in NOW en ZWW (links) en in Zwijndrecht, Sint-Niklaas, Beveren en Kruibeke (rechts) (2008-2021)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

De verdeling van zorgbudgetten voor zwaar zorgbehoevende personen (Figuur 24) over de verschillende leeftijdsgroepen bleef doorheen de jaren vrij stabiel. In 2019 was er een tijdelijk hoger aandeel van zorgbudgetten voor 80+'ers. Tot slot, zijn 80% van de gebruikers 65 jaar of ouder en 60% 80 jaar of ouder. Deze verdeling is merkbaar in alle lokale besturen.

Figuur 24. Het percentage van de leeftijdsgroepen in zorgbudgetten voor zwaar zorgbehoevende personen in NOW en ZWW (2008-2021)

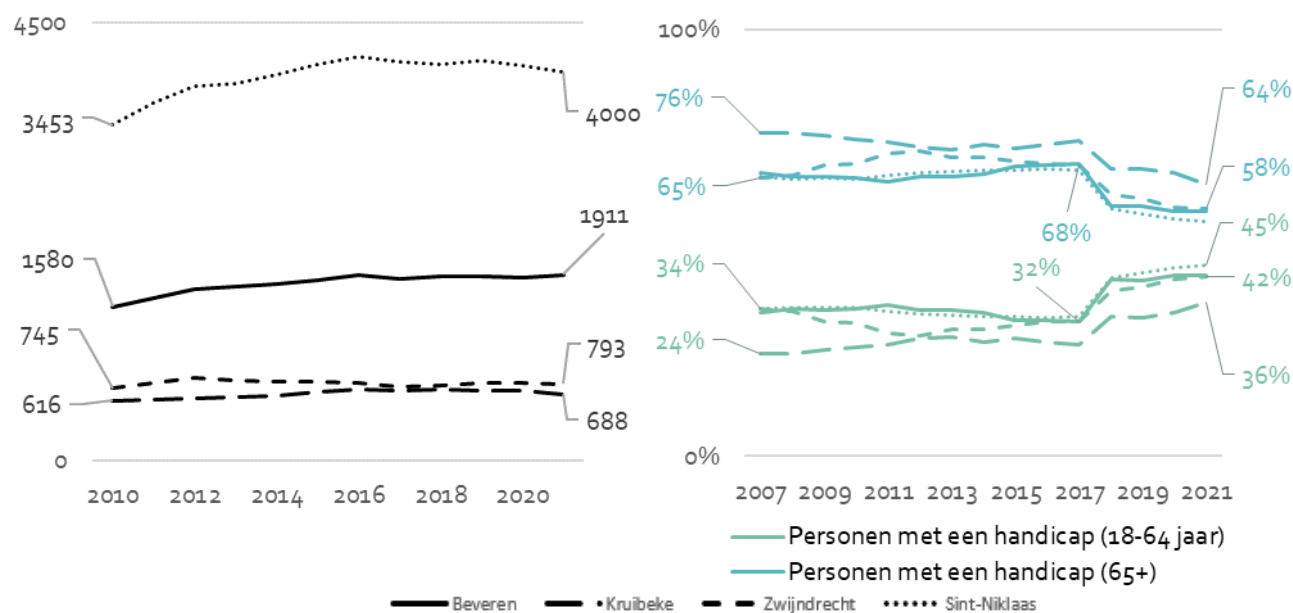


Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Personen met een beperking en hun tegemoetkomingen

Er is een stijgende trend in het aantal personen met een beperking (Figuur 25), erkend door DG voor personen met een handicap, in alle lokale besturen. Deze stijging is het sterkst in Beveren (21%) en Sint-Niklaas (16%). Personen van 65+ nemen het grootste aandeel in van deze groep met een gemiddelde van 59%. Dit aandeel is het hoogst in Kruibeke (64%).

Figuur 25. Aantal personen met een beperking (erkend door DG Personen met een handicap) in de 4 lokale besturen (links; 2010-2021) en opgedeeld per leeftijdsgroep (rechts; 2007-2021)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

We leren uit Tabel 9 dat, in 2020, gemiddeld 32% van personen erkend door de DG pmeh in de 4 lokale besturen beroep deed op 1 of meerdere vormen van ondersteuning. Op Vlaams niveau komt dit neer op

28% (96.654 personen op 339.624 erkenningen). Deze ondersteuning omvat: **VAPH-ondersteuning** (RTH, PAB, MFC, (wachtend op) PVB, IMB) of een zorgbudget. IT en IVT zijn hierin niet opgenomen, want deze worden gefinancierd door de FOD. (Voor toelichting over deze tegemoetkomingen, verwijzen we naar de start van dit hoofdstuk.)

Op Vlaams niveau waren er 46.310 gebruikers van **hulpmiddelen en aanpassingen**, wat neerkomt op 13,7% van de erkenningen. We zagen eerder al dat in 2020 14.769 een zorgbudget voor personen met een beperking kregen, wat neerkomt op 4,3% van alle erkenningen. In de lokale besturen ligt dit hoger met gemiddeld 7%.

Tabel 9. Aantal personen met een beperking die beroep doen op VAPH-ondersteuning in de 4 lokale besturen (2018-2020)

Lokaal bestuur	2018	2019	2020
Sint-Niklaas	1220	1188	1277
Beveren	662	654	654
Zwijndrecht	271	267	281
Kruibeke	177	196	196

Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

In 2020 waren er ongeveer 25.399 personen in Vlaanderen met een **PVB** en 1.129 met een **PAB**. Dat komt neer op ongeveer 7,8% van de erkenningen. Het aantal personen met PVB op bestuurs- of ELZ-niveau zijn niet beschikbaar. Er zijn minder 60+’ers met een beperking die recht hebben op een persoonsvolgend budget (21,9%) dan beroepsactieven (gem. 39%).

Tabel 10. Meerderjarige personen met een beperking met PVB (naar leeftijd) in de Vlaamse gemeenschap (2020)

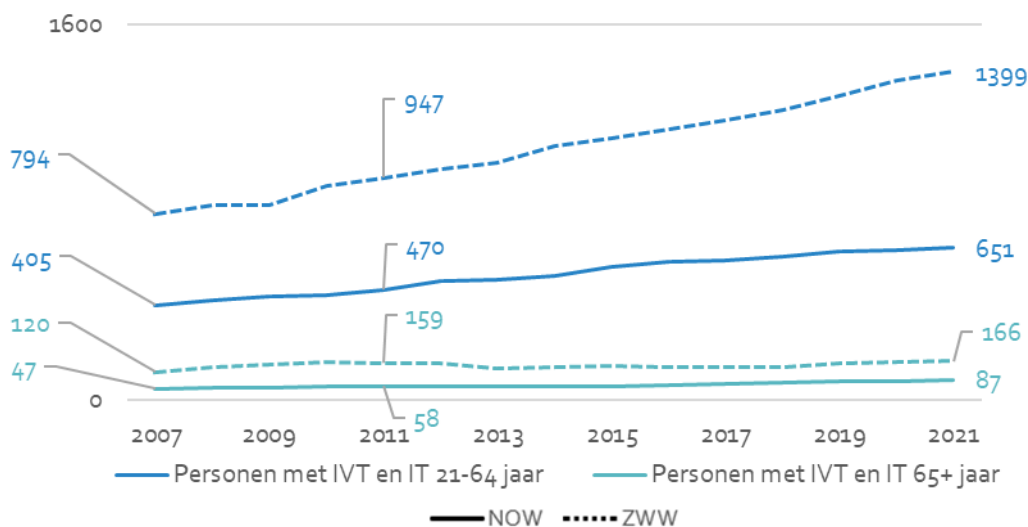
Leeftijdsgroep	% van PVB
18-39	36,7%
40-59	41,4%
60+	21,9%

Bron: (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2022)

Op niveau van Vlaanderen, tonen cijfers van het VAPH een lichte stijging in aanvraag van PVB sinds diens invoering, met gemiddeld zo’n 2% per jaar. De meerjarenanalyse van VAPH stelt dat het bijzonder moeilijk is om een correcte inschatting te maken van de te verwachten groei in de VAPH-sector in het algemeen en bij de verschillende onderdelen van de VAPH-ondersteuning. Op niveau van Vlaanderen, schatten zij de jaarlijkse groei van VAPH-ondersteuning in op 3%, uitgaande van ongewijzigd beleid. Er is geen reden waarom we geen gelijkaardige stijging kunnen verwachten bij de lokale besturen.

Het aantal personen met een beperking die beroep doen op **IT en/of IVT** is het afgelopen decennia 61% gestegen bij de beroepsactieven in NOW en 76% in ZWW. Het aantal beroepsactieven dat beroep doet op IT en/of IVT is eerder stabiel gebleven in beide ELZ tijdens het afgelopen decennia.

Figuur 26. Personen met een beperking die beroep doen op met IT en/of IVT in beide ELZ (2007-2019)

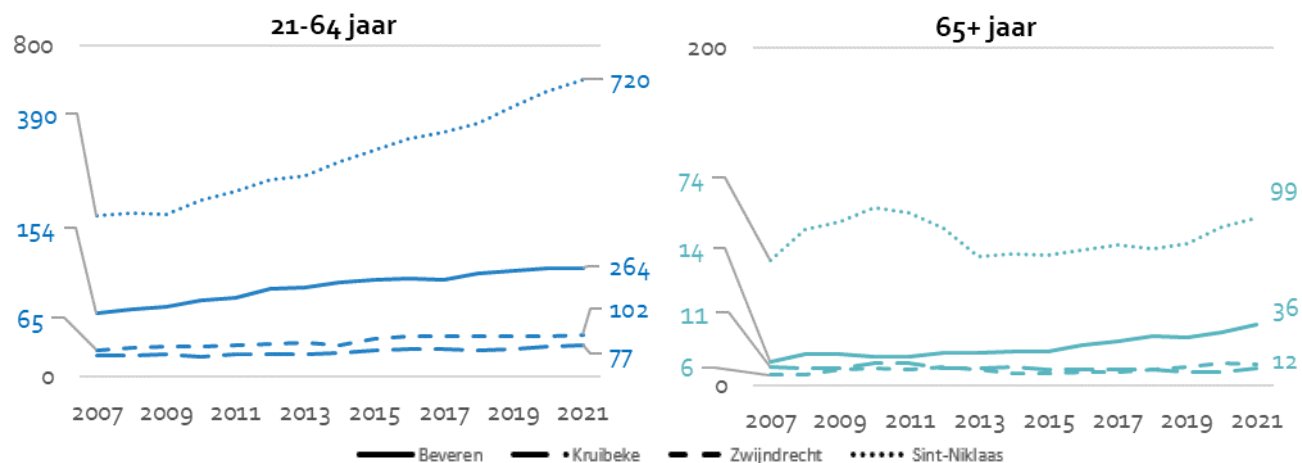


Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Opmerking: Indien aangevraagd vóór de 65^{ste} verjaardag, kan de IT en/of IVT behouden blijven na 65 jaar, indien men aan de voorwaarden blijft voldoen. In dit geval is er geen recht op het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood. (In de praktijk wordt dus nagegaan welke van de twee, IT/IVT of zorgbudget, het meest voordelige is.)

Figuur 27 toont aan dat het aantal personen met een beperking die beroep doen op IT en/of IVT het afgelopen decennia 60% steeg bij de beroepsactieven in Sint-Niklaas en gemiddeld 40% in de andere besturen. Daarnaast doen zo'n 20% van alle personen erkend door DG pmeh beroep op IT en/of IVT in Sint-Niklaas. In de andere besturen is dit gem. 14%. Het aantal personen dat beroep doet op IT en/of IVT is iets lager dan het aantal personen dat beroep doet op VAPH-ondersteuning.

Figuur 27. Personen met een beperking die beroep doen op met IT en/of IVT in de 4 lokale besturen (2007-2019)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Zorgwaarte in residentiële zorg

Om de zorgbehoefte van individuen binnen de residentiële zorg in te schatten, wordt beroep gedaan op de Indiciestelling (vroeger Katz-schaal genaamd). Aangezien de invoering van het BelRAI instrument voor de residentiële ouderenzorg (BelRAI Long-term-Care Facilities) gepland is voor 2023, wordt hier nog steeds beroep gedaan op de bestaande Indiciestelling. Onderstaande tabel toont de indeling in deze categorieën:

Tabel 11. Zorgwaarte in residentiële zorg

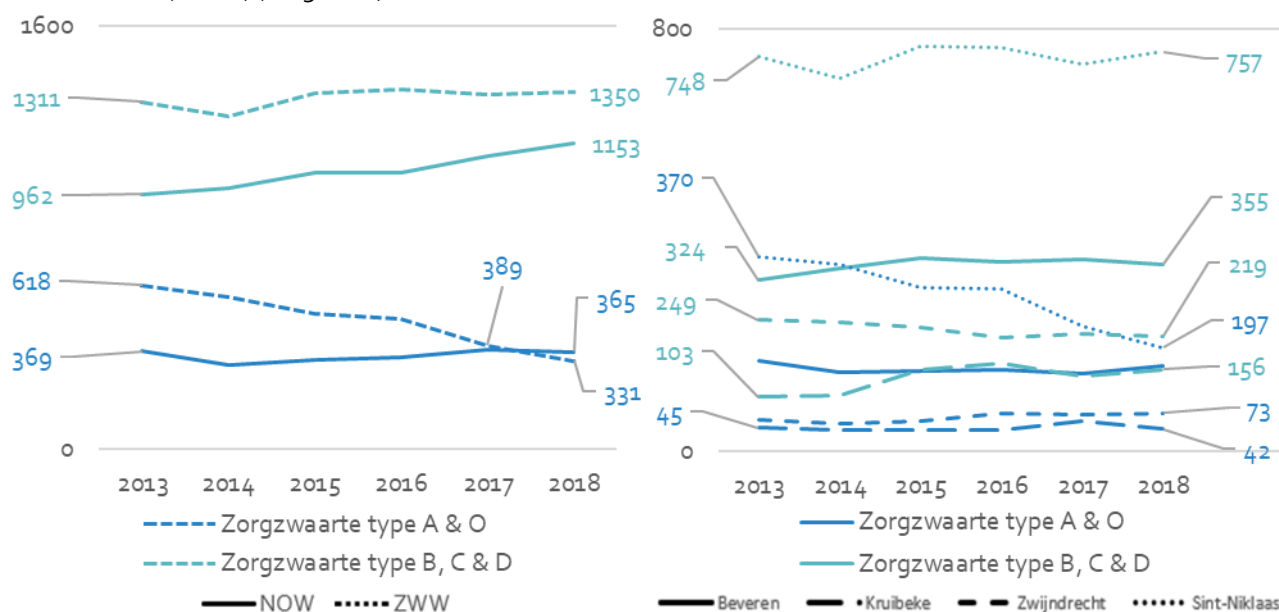
Categorie	Omschrijving
O	Bijna geen zorg/hulp nodig: fysiek volledig onafhankelijk en niet dement
A & PA	Lichte zorg/ beperkte hulp nodig: <u>Fysiek</u> afhankelijk bij wassen en kleden; ofwel <u>psychisch</u> afhankelijk door desoriëntatie in tijd en ruimte en fysiek onafhankelijk. PA kan enkel aan palliatieve patiënten worden toegekend voor een beperkte periode van 30 dagen, eenmalig te verlengen met 30 dagen.
B & PB	Zorgafhankelijk, uitgebreide hulp nodig: <u>fysiek</u> afhankelijk bij wassen en kleden, voor verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan; ofwel <u>psychisch</u> afhankelijk door desoriëntatie in tijd en ruimte en fysiek afhankelijk om zich te wassen en te kleden PB kan enkel aan palliatieve patiënten worden toegekend voor een beperkte periode van 30 dagen, eenmalig te verlengen met 30 dagen.
C	Zwaar <u>fysiek</u> zorgafhankelijk om zich te wassen en te kleden, voor verplaatsingen, om naar het toilet te gaan en wegens incontinentie en/of om te eten.
Cd	Zwaar <u>psychisch</u> zorgafhankelijk door desoriëntatie in tijd en ruimte en <u>fysiek</u> afhankelijk bij wassen en kleden, voor verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten; ofwel met bevestigde/vastgestelde diagnose van dementie en met fysieke afhankelijkheid bij wassen en te kleden, door incontinentie, voor verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.
D	Personen met bevestigde/vastgestelde diagnose van dementie

Het aandeel van inwoners in een residentiële setting binnen elke categorie, geeft ons een idee van de ondersteuningsnood voor ouderen binnen de residentiële dienstverlening. Een persoon die hoger inschaalt op de Indiciestelling zal immers meer verzorging, tijd en expertise vragen van het zorgpersoneel.

Onderstaande Figuur 28 leert ons dat er een stijgende zorgzwaarte is in de residentiële voorzieningen. Het aantal personen met zorgzwaarte A & O bleef stabiel in NOW en halveerde in ZWW. We zien dan ook dat deze sterke daling aanwezig is in Sint-Niklaas, maar niet in de andere lokale besturen. Waarschijnlijk wordt deze daling verklaard door een combinatie van meer assistentiewoningen waar A/O profielen terecht konden en een lichte daling in het aantal bedden.

Er verblijven gemiddeld 4 keer meer personen met een zorgzwaarte type B, C & D in de woonzorgcentra dan type A & O. Het aantal personen met zorgzwaarte B, C, Cd & D is de afgelopen 5 jaar met 3% gestegen in ZWW en 19% in NOW, voornamelijk in Kruibeke.

Figuur 28. Het aantal personen volgens profiel van zorgwaarte in woonzorgcentra in ELZ NOW en ZWW (links) en de 4 lokale besturen (rechts) (2013-2018)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Zorgwaarte in thuiszorg

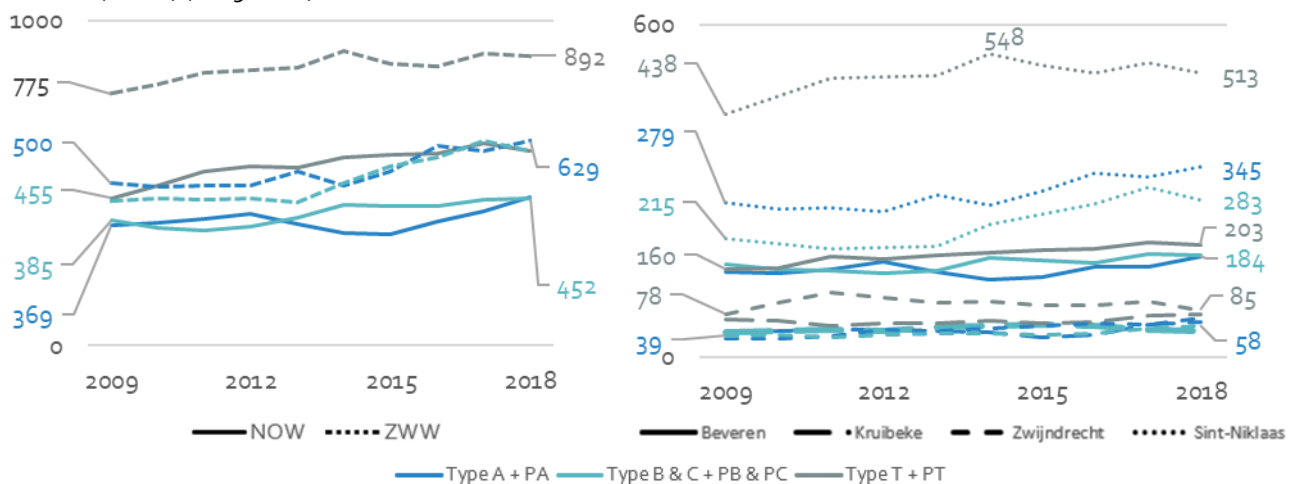
Om de zorgbehoefte van individuen binnen thuiszorg in te schatten, wordt beroep gedaan op de Indicatiestelling (vroeger Katz-schaal genaamd). De invoering van het BelRAI instrumenten voor de thuis- en gezinszorg (BelRAI Screener, Sociaal Supplement, BelRAI Home Care) werd ingezet in 2021. Aangezien de historische gegevens zich nog baseren op de bestaande Indicatiestelling, wordt deze hier nog steeds gebruikt. Onderstaande tabel toont de indeling in deze categorieën:

Tabel 12. Zorgwaarte in thuiszorg

Categorie	Omschrijving
T & PT	Hygiënische verzorging, enkel toegekend "voor iedere patiënt bij wie op zijn minst tweemaal per week hygiënische verzorging wordt verleend en voor zover de hygiënische verzorging wordt verleend gedurende een ononderbroken periode van 28 dagen". PT kan enkel aan palliatieve patiënten worden toegekend voor een beperkte periode van 30 dagen, eenmalig te verlengen met 30 dagen.
A & PA	Lichte zorg: beperkte hulp nodig PA kan enkel aan palliatieve patiënten worden toegekend voor een beperkte periode van 30 dagen, eenmalig te verlengen met 30 dagen.
B & PB	Zorgafhankelijk: uitgebreide hulp nodig van derden PB kan enkel aan palliatieve patiënten worden toegekend voor een beperkte periode van 30 dagen, eenmalig te verlengen met 30 dagen.
C	Zwaar zorgafhankelijk: volledige afhankelijkheid van derden

Onderstaande Figuur 29 toont het gemiddelde aandeel van personen met een forfait thuisverpleging. De figuren tonen dat er een stijging merkbaar is in het aantal personen met een forfait, wat impliceert dat meer personen beroep doen op thuisverpleging. De zorgwaarte vertoont een licht stijgende trend: in beide ELZ zien we sinds 2009 een stijging in het aantal personen dat (zwaar) zorgafhankelijk is (types (P)B en (P)C). Dit zien we voornamelijk in Sint-Niklaas (32%) en Zwijndrecht (49%). Ook het aantal personen met A-profielen stijgt; dit is voornamelijk zichtbaar in de in Zwijndrecht (100% stijging) en Kruibeke (41% stijging).

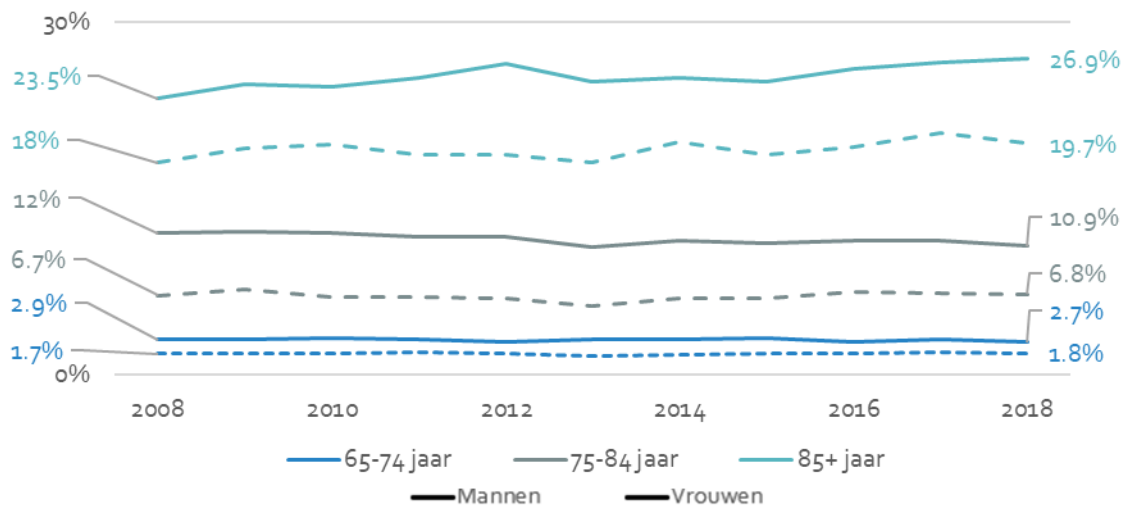
Figuur 29. Het aantal personen volgens profiel van zorgzwaarte in thuisverpleging in ZWW en NOW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2009-2018)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Figuur 30 toont dat vrouwen in alle leeftijdsgroepen boven 65 jaar vaker beroep doen op thuisverpleging dan mannen. Ongeveer 1/4de vrouwen en 1/5de mannen van 85+ doet beroep op thuisverpleging; dit daalt naarmate de groepen jonger worden.

Figuur 30. Thuisverpleging* bij mannen en vrouwen uit arrondissement Sint-Niklaas, opgedeeld op basis van leeftijd (2008-2018)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Opm.: *Thuisverpleging gedefinieerd als % rechthebbenden van 65+ dat gebruik maakte van prestaties thuisverpleging wijzend op fysische of psychische zorgafhankelijkheid

Dementie en chronische aandoeningen

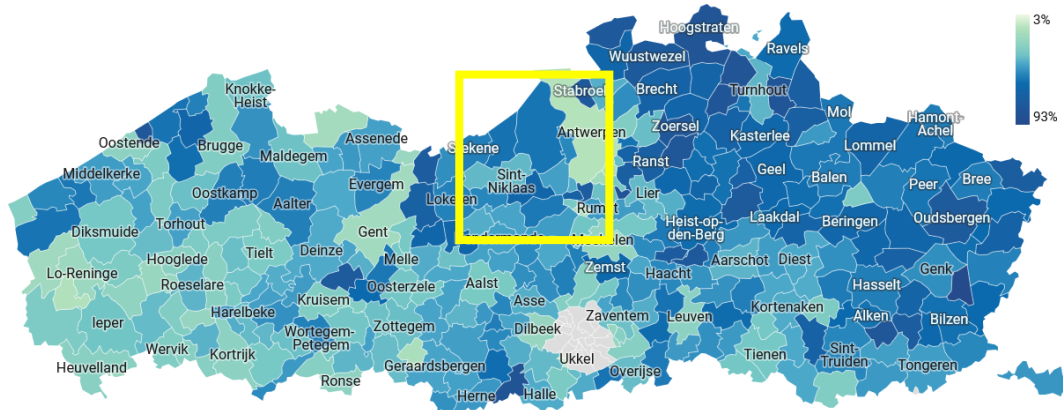
Gezondheidsproblemen zoals dementie en chronische aandoeningen hebben een belangrijke impact op de zorgbehoefte van ouderen. Omwille van deze reden, brengen we de evolutie in deze aandoeningen specifiek in kaart.

Er worden sterke stijgingen verwacht in het aantal personen met dementie in de verschillende lokale besturen, met een gemiddelde verwachte stijging van 48%.

- Sint-Niklaas heeft 1583 personen met dementie in 2018, en 2200 in 2035. Dat is een stijging van 39%
- Beveren heeft 956 personen met dementie in 2018, en 1496 in 2035. Dat is een stijging van 57%
- Kruikeke heeft 325 personen met dementie in 2018, en 472 in 2035. Dat is een stijging van 45%
- Zwijndrecht heeft 402 personen met dementie in 2018, en 606 in 2035. Dat is een stijging van 51%

Belangrijk om aan te geven is dat deze stijging zich voornamelijk voordoet ten gevolge van de vergrijzing, niet zozeer ten gevolge van een grotere prevalentie binnen de groep van ouderen. Deze leeftijdsspecifieke prevalentie wordt, bij toekomstige projecties, constant (tot zelfs dalend) ingeschat. (Vermeulen, et al., 2020)

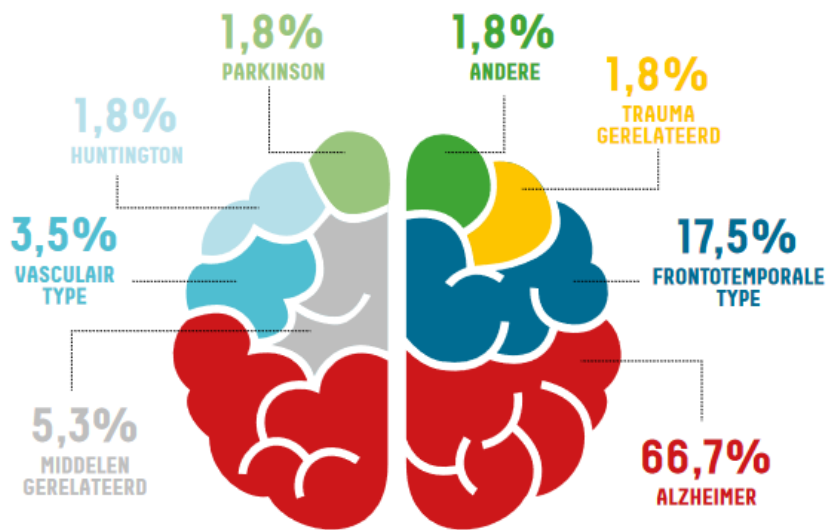
Figuur 31. Procentuele toename van aantal personen met dementie in Vlaanderen (2018-2035)



Bron: (Alzheimer Europe, 2018; Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, 2018)

Het Dementieplan 2016-2019 schat 5400 personen met dementie op jonge leeftijd (wanneer dementie start vóór 65 jaar) in België. Dit is gebaseerd op extrapolaties die het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen heeft gemaakt (Figuur 32). Daaruit blijkt ook dat die groep redelijk stabiel blijft. Na extrapolatie van cijfers uit een studie van (Hendriks, et al., 2021), zouden er zo'n 90 personen met jongdementie in de 4 lokale besturen tussen 45 en 65 jaar zijn (bij wie al dan niet een diagnose werd gesteld).

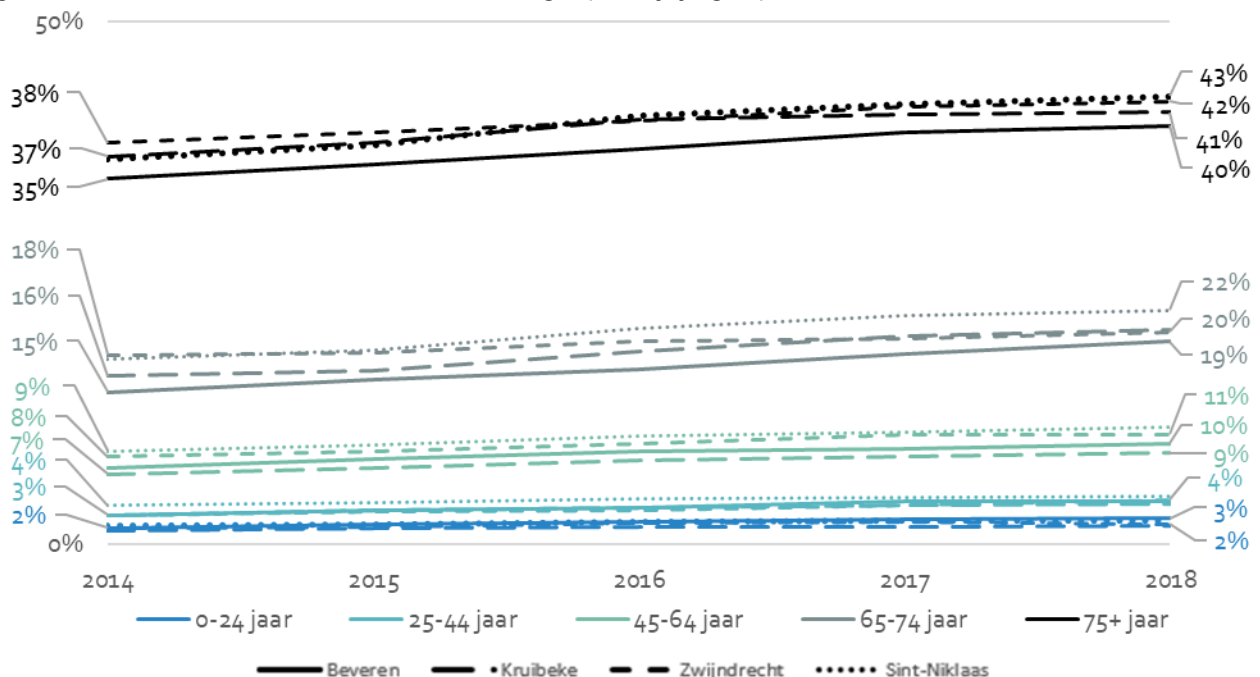
Figuur 32. Verdeling over de verschillende types van dementie (o.b.v. een studie in Vlaams-Brabant, 2016)



Bron: (Jongdementie onder de loep, 2016)

Figuur 33 toont dat het aandeel 65-74 jarigen en 75+'ers met een statuut chronische aandoeningen, 22% en 11% gestegen is tussen 2014 en 2018. De oudere generatie heeft vaker een statuut chronische aandoeningen dan de jongere generaties, waarbij de 75+ers het grootste aandeel omvatten. Deze trend is gelijkaardig in de 4 lokale besturen.

Figuur 33. Aandeel met statuut chronische aandoeningen per leeftijdsgroep in alle 4 de lokale besturen (2014-2018)



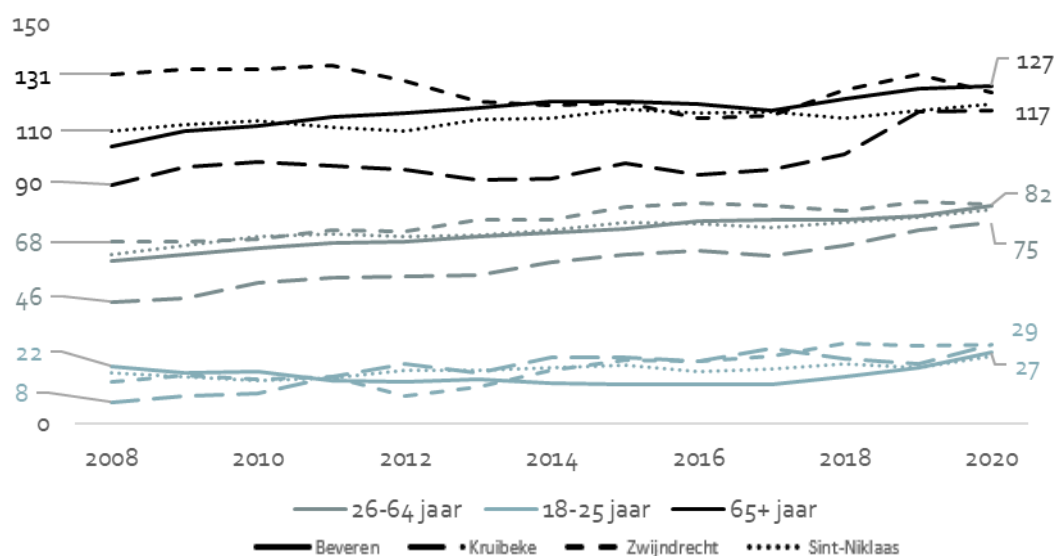
Bron: (IMA-AIM, 2021)

De implicatie hiervan is een mogelijk verdere stijging van co-morbiditeiten en complexere aandoeningen. Het belang van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken werd ook reeds aangetoond.

Via proxy-variabelen¹ kunnen we stellen dat er verhoogde waakzaamheid nodig is m.b.t. geestelijke gezondheid, ook bij oudere, wat aandacht zal vragen vanuit de zorgverleners in de verschillende types dienstverlening.

Van alle leeftijdsgroepen worden aan 65+'ers het grootste volume antidepressiva toegeschreven. Relatief tgv. andere regio's worden er in het arrondissement Sint-Niklaas weinig antidepressiva voorgeschreven en liggen de suïcidecijfers eerder laag. Factoren die positief gecorreleerd zijn met prevalentie van geestelijke gezondheidsproblemen zijn een lager inkomen (bv. beroep doen op IGO), een niet-Belgische afkomst, alleenwonende ouderen,...

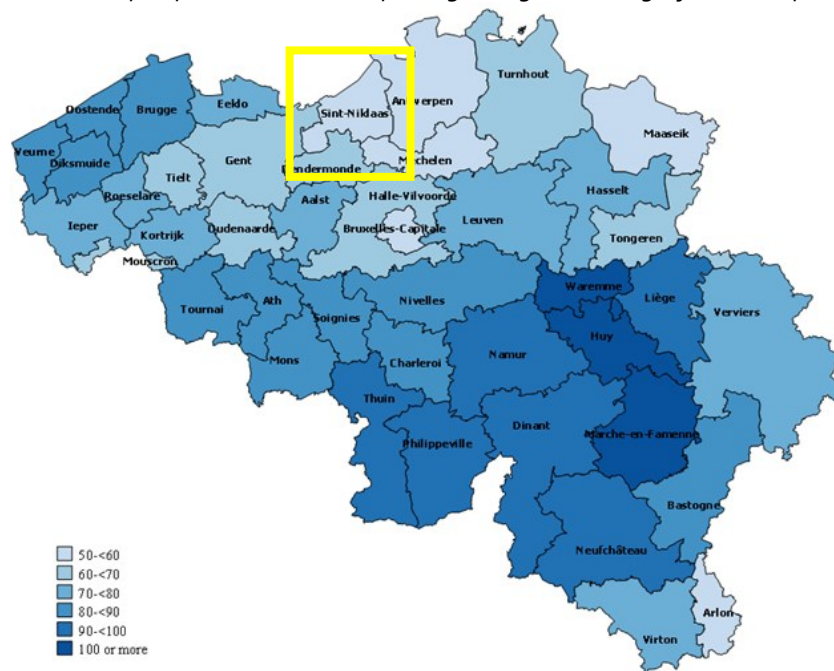
Figuur 34. Antidepressivaconsumptie per 1.000 inwoners per dag (vastgestelde dagelijkse dosis) in alle 4 de lokale besturen (2008-2020)



Ondanks dat van alle leeftijdsgroepen er aan 65+'ers het grootste volume antidepressiva worden toegeschreven, worden er in het arrondissement Sint-Niklaas relatief weinig antidepressiva voorgeschreven tgv. andere regio's. (Vlaamse Overheid, 2019)

¹ Een proxy-variabele verwijst naar een variabele die dient ter vervanging van een nuttige, maar moeilijk of niet-waarneembare of -meetbare variabele.

Figuur 35. Antidepressivaconsumptie per 1.000 inwoners per dag (vastgestelde dagelijkse dosis) per arrondissement (2013)



Bron: (Vlaamse Overheid, 2019)

2.3.3. Economische factoren

Samenvatting

Wat leren we uit de cijfers?

Leefloon, inkomensgarantie en verhoogde tegemoetkoming	Het aandeel personen met een (equivalent) leefloon stijgt in beide ELZ. Dit aandeel is het grootst in Sint-Niklaas en de afgelopen jaren ook sterk gestegen. Het aandeel ouderen met een inkomensgarantie en met een verhoogde tegemoetkoming blijven doorheen de tijd eerder stabiel. Het zijn vooral de beroepsactieven uit Sint-Niklaas die meer beroep wensen te doen op een verhoogde tegemoetkoming.
Opleidingsniveau	Ouderen zijn gemiddeld hoger opgeleid, wat kan bijdragen tot een meer kritischere ingesteldheid en het stellen van hogere eisen.
Gezinnen met meervoudige en complexe problemen	Bijna 1 op 4 kinderen die bij de geboorte opgroeit in Sint-Niklaas, groeit op in een situatie van kansarmoede. Bij de andere lokale besturen ligt het gemiddelde rond de 1 op 10 kinderen.
Kwetsbaarheidsindicatoren	<p>Kwetsbaarheidsindicatoren geven Vlaamse besturen een score op 7 clusters die het maatschappelijk risico weergeven (bv. cluster Wonen, cluster Armoede en financiële schulden,...)</p> <p>We leren dat Sint-Niklaas de hoogste risicoscores heeft van de 4 lokale besturen en voor alle indicatoren (behalve de cluster voor precair verblijf) wordt gevolgd door Zwijndrecht. Deze resultaten zijn niet onverwacht aangezien Sint-Niklaas en Zwijndrecht de dichtst bevolkte en meer stedelijke regio's zijn uit de 2 ELZ. De kwetsbaarheidsindicatoren tonen voor elk van de 4 lokale besturen enkele aspecten waar extra ondersteuning nuttig kan zijn.</p>

Interpretatie & implicatie van de cijfers?

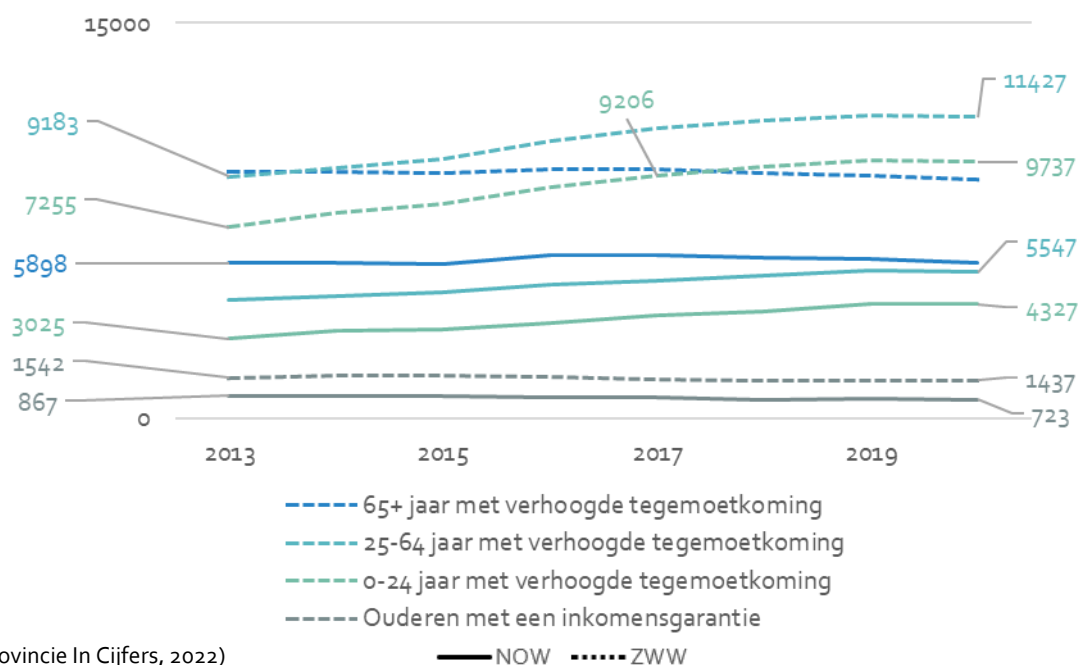
- 1) De gezondheidsenquête van het Sciensano (WIV, 2013) rapporteert dat hoogopgeleide personen een betere gezondheid gerelateerde levenskwaliteit hebben dan laagopgeleide personen. Enkele studies (Belgian Ageing Studies; Vlaamse Ouderenraad, 2015) wijzen er daarom op dat de ouderen van vandaag en morgen in een toenemende mate in staat zijn hun wensen te uiten en te realiseren. Ze zijn met andere woorden beter geïnformeerd, mondiger en kritischer.
- 2) Wat betreft de economische situatie van ouderen, dienen we verder rekening te houden met:
 - Verborgene armoede: Veel ouderen blijven vermoedelijk onder de radar van het OCMW omdat deze generatie zich nog vaak schaamt omtrent armoede, hulp vragen lijkt eerder taboe te zijn. (Schokaert, Morissens, Cincinnato, & Nicaise, 2012)
 - Ouderen worden vaker het slachtoffer van (digitaal) financieel misbruik. (Van Hauwaert, 2017)
 - De verwachting van meer alleenstaande ouderen die meer vatbaar zijn voor armoede. (Vliet, van Been, & Goudswaard, 2011)

Socio-economische status

De verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering maakt de gezondheidszorg betaalbaarder voor personen met een laag inkomen. Bij de oudere bevolking is de verhoogde tegemoetkoming een minder goede benadering van financiële moeilijkheden aangezien het netto belastbaar inkomen bij 65+'ers niet altijd goed overeenkomt met het reëel beschikbaar inkomen (omwille van aanvullende pensioenen, roerende inkomsten en het kadastraal inkomen). Voor deze oudere leeftijdsgroep gebruiken we daarom ook de inkomensgarantie voor ouderen (IGO), een uitkering die toegekend wordt aan 65+'ers die niet over voldoende financiële middelen beschikken.

De laatste jaren was er algemeen een sterke daling van het aandeel lage pensioenen (o.a. door de verhoging van de minimumpensioenen en meer vrouwen die pensioenrechten konden opbouwen). Desondanks bleef het aandeel ouderen met een inkomensgarantie de laatste jaren stabiel. Het aandeel jongeren met een verhoogde tegemoetkoming is doorheen de jaren met 30% gestegen. Bij de beroepsactieven in ZWW is er alsook een stijging van 24% merkbaar. Daarnaast zien we dat het aantal vermogende en goed opgeleide ouderen in Vlaanderen stijgt.

Figuur 36. Verhoogde tegemoetkoming per leeftijd en inkomensgarantie voor ouderen in NOW & ZWW (2013-2020)

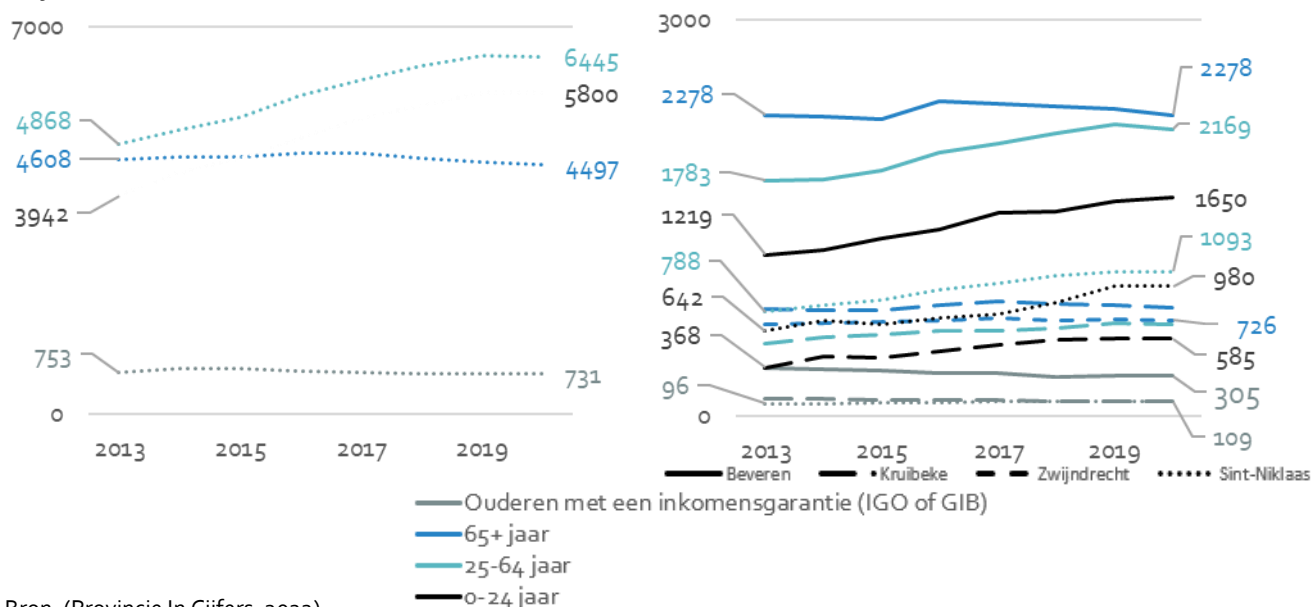


Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Het aantal 25-64 jarigen die beroep doen op een verhoogde tegemoetkoming stijgt zeer sterk in Kruibeke (56%), Zwijndrecht (53%), Beveren (35%) en Sint-Niklaas (24%), terwijl dit bij 65+'ers stabiel blijft. Het aantal ouderen met een inkomensgarantie daalde daarentegen 17% in Kruibeke en Zwijndrecht, terwijl dit 14% stijgt in Sint-Niklaas.

Om verschillende redenen dienen we echter waakzaam te blijven ook al ziet de financiële situatie van ouderen er momenteel stabiel uit. Ten eerste, zien we dat de financiële situatie van de beroepsactieven minder positief evolueert. Wanneer deze personen de komende jaren ouder worden, kan deze trend zich bijgevolg doorzetten bij de oudere bevolking (65+). Ten tweede, moeten we rekening houden met verborgen armoede: veel ouderen blijven vermoedelijk onder de radar van het OCMW omdat deze generatie zich nog vaker schaamt omtrent armoede. (Schokaert, Morissens, Cincinnato, & Nicaise, 2012) Ten derde, worden ouderen vaker het slachtoffer van (digitaal) financieel misbruik. (Van Hauwaert, 2017) Tot slot, zagen we eerder al de verwachte stijging in het aantal alleenstaande ouderen. Onderzoek toont aan dat deze groep meer vatbaar is voor armoede. (Vliet, van Been, & Goudswaard, 2011)

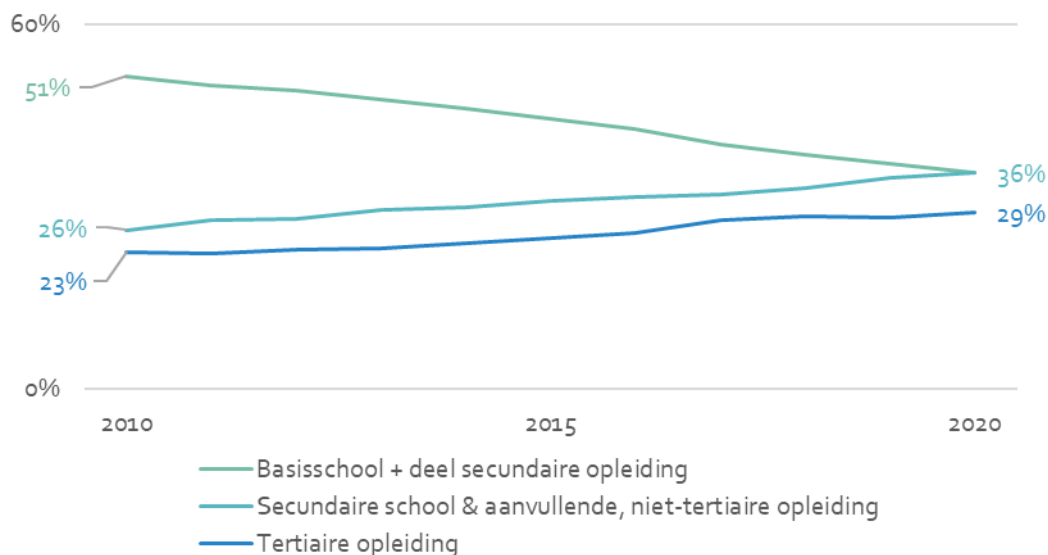
Figuur 37. Verhoogde tegemoetkoming per leeftijd en inkomensgarantie in Sint-Niklaas (links) en in Beveren, Kruibeke, Zwijndrecht (rechts) (2013-2020)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Sinds 2010 zien we een stijging van het opleidingsniveau van 55-75-jarigen in Vlaanderen. Een sterke daling is op te merken bij personen die enkel een diploma van de basisschool of een deel secundair hebben. Zowel het aandeel personen met een secundaire of aanvullende, niet-tertiaire opleiding en deze met een tertiaire opleiding stijgen verder.

Figuur 38. Opleidingsniveau 55-75 jarigen in Vlaanderen (2010-2020)

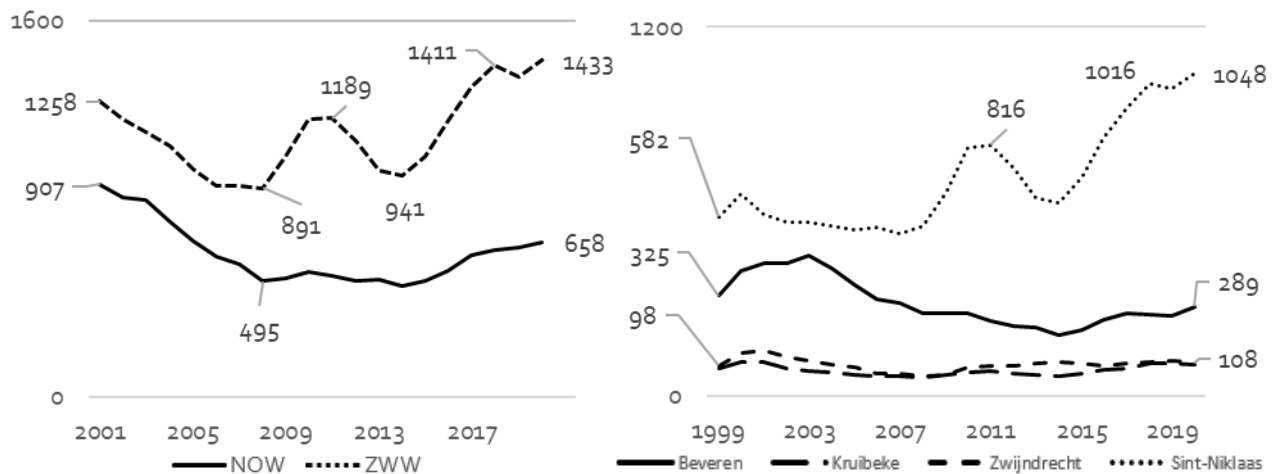


Bron: (Provincie In Cijfers, 2021; Belgian Ageing Studies; Eurostat)

Het leefloon is een minimuminkomen voor wie niet over toereikende bestaansmiddelen beschikt. Het equivalent leefloon is financiële steun voor personen die geen recht hebben op een leefloon, maar ook niet over toereikende bestaansmiddelen beschikken; dit zijn voornamelijk niet-Belgen in het vreemdelingen- of wachtregister. We zien een stijging in het aantal personen die beroep deed op een (equivalent) leefloon in beide ELZ. Sint-Niklaas heeft het grootste aantal inwoners met een (equivalent) leefloon.

Dit is mogelijk te verklaren door de jongere bevolking van Sint-Niklaas, waardoor de stijging bij jongeren dan ook zwaarder doorweegt. Anderzijds zou het hogere aantal erkende vluchtelingen in stedelijke gebieden de grotere stijging ook deels kunnen verklaren.

Figuur 39. Aantal personen met een (equivalent) leefloon (alle leeftijden) in NOW & ZWW (links; 2001-2019) en in de 4 lokale besturen (rechts; 1999-2020)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Opmerking: Stijging van leefloners in sterk verstedelijkte gebieden tijdens de economische crisis

Kwetsbaarheidsindicatoren

Hieronder geven we een overzicht van de kwetsbaarheidsindicatoren. De besturen worden gescoord op 7 clusters (waarvan hier 5 opgenomen, excl. cluster 4 dader- en slachtofferschap en cluster 5 detentie). Elke cluster bestaat uit verschillende indicatoren, die elk een risicoscore van 1 kunnen krijgen. Een lokaal bestuur krijgt risicoscore 1 wanneer het in het hoogste 25% percentiel valt.

Figuur 40. Overzicht van de kwetsbaarheidsindicatoren in het attractiegebied

Gemeente	Risicoscore cluster Wonen (1)	Risicoscore cluster Relaties en persoonlijke problemen (2)	Risicoscore cluster Armoede en schulden (3)	Risicoscore cluster Precair verblijf (6)	Risicoscore cluster Minderjarigen en jongvolwassenen (7)
Sint-Niklaas	7	4	7	3	8
Zwijndrecht	5	3	5	1	6
Lokeren	5	3	5	1	6
Temse	4	3	4	2	6
Beveren	4	2	4	1	3
Kruibeke	4	2	4	2	3
Sint-Gillis-Waas	0	1	0	1	0
Stekene	2	1	2	0	1
Waasmunster	1	1	1	0	1
Moerbeke	0	1	0	0	0

Score op 8 Score op 4 Score op 8 Score op 3 Score op 8

Opm. De opbouw van de kwetsbaarheidsindicatoren worden opgesomd in bijlage 3.

We leren dat Sint-Niklaas de hoogste risicoscores heeft en voor alle indicatoren (behalve de cluster voor precair verblijf) wordt gevolgd door Zwijndrecht. Deze resultaten zijn niet onverwacht aangezien Sint-Niklaas en Zwijndrecht de dichtst bevolkte en meer stedelijke regio's zijn uit de 2 ELZ. De kwetsbaarheidsindicatoren tonen voor elk van de 4 lokale besturen enkele aspecten waar extra ondersteuning nuttig kan zijn.

Om deze resultaten in context te plaatsen: wanneer we Sint-Niklaas vergelijken met enkele steden die een gelijkaardige bevolkingsgrootte hebben als Sint-Niklaas (tussen 70.000 en 80.000 inwoners) zien we dat Sint-Niklaas gelijkaardig scoort. Echter scoort Sint-Niklaas voor de cluster Relaties en persoonlijke problemen, alsook voor Precair verblijf, hoger dan Kortrijk en Oostende. Ook al scoort Sint-Niklaas dus niet onverwacht in vergelijking met gelijkaardige steden zijn er wel enkele indicatoren om waakzaam voor te blijven.

Figuur 41. Overzicht van de kwetsbaarheidsindicatoren in Sint-Niklaas, Kortrijk en Oostende

Gemeente	Risicoscore cluster	Risicoscore cluster	Relaties en	Risicoscore cluster	Risicoscore cluster	Risicoscore cluster
	Wonen (1)	persoonlijke problemen (2)	Armoede en schulden (3)	Precair verblijf (6)	Minderjarigen en jongvolwassenen (7)	
Sint-Niklaas	7	4	7	3	8	
Kortrijk	8	3	8	2	8	
Oostende	7	3	7	2	8	

Wanneer we hetzelfde doen voor Zwijndrecht en Kruike (met een selectie van steden tussen de 15.000 en 20.000 inwoners), belanden deze van de 49 steden voor de meeste indicatoren in de top 10. Beveren scoort gemiddeld of net wat beter dan enkele gelijkaardige steden (tussen de 45.000 en 50.000 inwoners).

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen

Kansarmoede is namelijk niet zomaar gelijk te stellen aan een inkomensarmoede. Het is een onderlinge verwevenheid van verschillende betrokken levensdomeinen in de leefsituatie van deze gezinnen. Kortom, het is een multidimensionaal fenomeen.

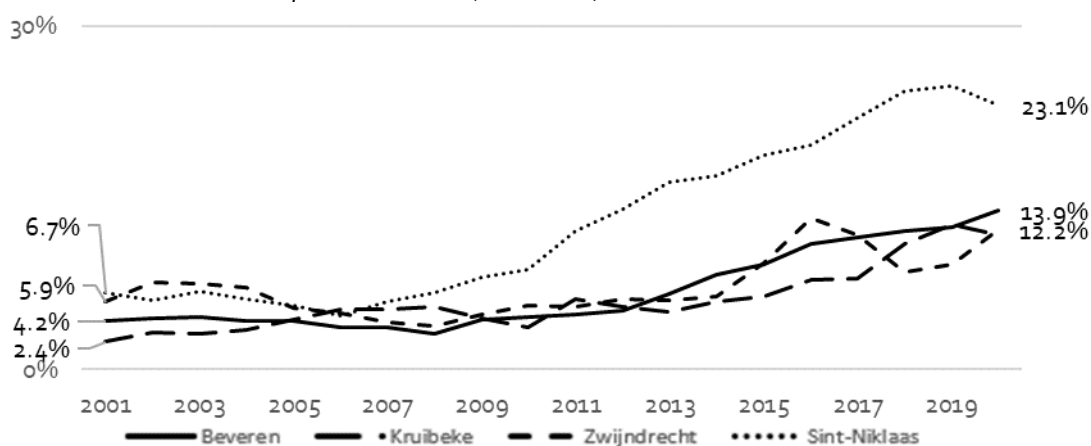
Kansarmoede wordt gedefinieerd o.b.v. 6 criteria:

1. Maandinkomen van het gezin
 - Gezin heeft onregelmatig maandinkomen
 - Beschikbaar inkomen (min schulden) lager dan bedrag leefloon
 - Leeft van een werkloosheidsuitkering en/of leefloon
2. Arbeidssituatie van de ouders
 - Precaire tewerkstelling (interim, zwart werk,...)
 - Werkloosheid van beide ouders of van de alleenstaande ouder
 - Werkzaam zijn in een beschutte werkplaats
3. Opleiding van de ouders
 - Alleenstaande ouder of minstens een van beide ouders geen diploma hoger secundair of weet het niet met zekerheid
 - Ouders hebben enkel buitengewoon onderwijs gevolgd
 - (functioneel) analfabeet
4. Huisvesting
 - Verkrotte, ongezonde en/of onveilige woning
 - Te kleine woning en/of woning en omgeving beschikken over onvoldoende nutsvoorzieningen
 - Gezin is dakloos (geen woning) of thuisloos (verblijf in Centrum voor Integrale Gezinszorg, Opvangcentrum voor Asielzoekers; kraakpand,...)
5. Ontwikkeling van de kinderen
 - Inschatting van stimulatie-niveau in gezin op basis van observatie en bespreking met de ouders
6. Gezondheid
 - Een van de gezinsleden (ouder, kind, ander inwonend gezinslid) heeft een zwakke gezondheid
 - Gebrek aan kennis en deelname aan de gezondheidszorg
 - Chronische ziektes en/of handicaps in het gezin
 - Drempels in de toegang tot gezondheidszorg

Wanneer een gezin op minstens drie van deze criteria zwak scoort, wordt het als kansarm beschouwd. De Kansarmoede-index houdt het percentage van kinderen van 0-3 jaar in die bij geboorte opgroeien in een situatie van kansarmoede. Kansarmoede is niet gelijk te stellen aan 'Gezinnen met meervoudige en complexe problemen' echter hebben beide overlappende elementen en is kansarmoede voorlopig de indicator die dit het best kan benaderen.

In Sint-Niklaas groeit bijna 1 op 4 kinderen op in een situatie van kansarmoede. In de andere lokale besturen ligt dit gemiddeld rond 13%.

Figuur 42. Kansarmoede-index in de 4 lokale besturen (2001-2020)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

2.3.4. Socio-culturele en technologische factoren

Samenvatting

Wat leren we uit de cijfers?

Participatie en sociale contacten	We merken een mogelijks risico op van vereenzaming bij ouderen door eerder beperkt sociaal netwerk en beperkte contacten in de buurt. Ouderen zijn beter geïnformeerd, mondiger en kritischer, maar ook meer individualistisch met risico op isolatie.
Voorkeuren	Hulpbehoevende ouderen tonen een voorkeur om langer thuis te wonen, indien nodig met professionele hulp.
Digitale vaardigheden	Het gebruik van e-gezondheidstoepassingen is toegenomen bij ouderen en ongeveer 1/3e heeft de voorkeur om langer thuis te wonen via dergelijke hulpmiddelen. Ouderen staan steeds positiever tegenover digitale technologieën maar er blijft een kloof in vaardigheden en gebruik van toepassingen. De interesse is hoger bij hoogopgeleiden en lager bij meer geïsoleerde ouderen.

Interpretatie & implicatie van de cijfers?

- 1) Enkele studies (Belgian Ageing Studies; Vlaamse Ouderenraad, 2015) wijzen erop dat de ouderen van vandaag en morgen in een toenemende mate in staat zijn hun wensen te uiten en te realiseren. Ze zijn met andere woorden beter geïnformeerd, mondiger en kritischer. De trend naar langer thuis wonen signaleert dat ouderen de regie van hun leven en zorg graag langer willen behouden.
- 2) Opnieuw is het belangrijk om deze elementen in context van de overige factoren te plaatsen. Gezien ouderen in de toekomst ook vaker alleen wonen, kan digitalisering zorgen voor verdere vereenzaming. De nood van buurtgerichte zorg om nog actiever uit te reiken naar deze bevolking wordt omwille hiervan in de toekomst nog belangrijker. Vandaar dat de bereidheid van ouderen om zich in te zetten in het buurtnetwerk in deze een zeer belangrijk signaal vormt.

In combinatie met het hoger aantal alleenwonende ouderen, is het bovendien mogelijk dat het sociaal netwerk van ouderen binnen de buurt kleiner wordt. We herkennen hier bijgevolg een risico op vereenzaming door een eerder beperkt sociaal netwerk/weefsel.

- 3) Terwijl ouderen vandaag gemiddeld positiever staan tegenover digitale toepassingen dan vroeger is er nog steeds een grote kloof met andere leeftijdsgroepen en zijn er bovendien heel wat ouderen die hier niet voor openstaan. Het zal belangrijk zijn om naast een technologische hulpmiddelen ook voldoende

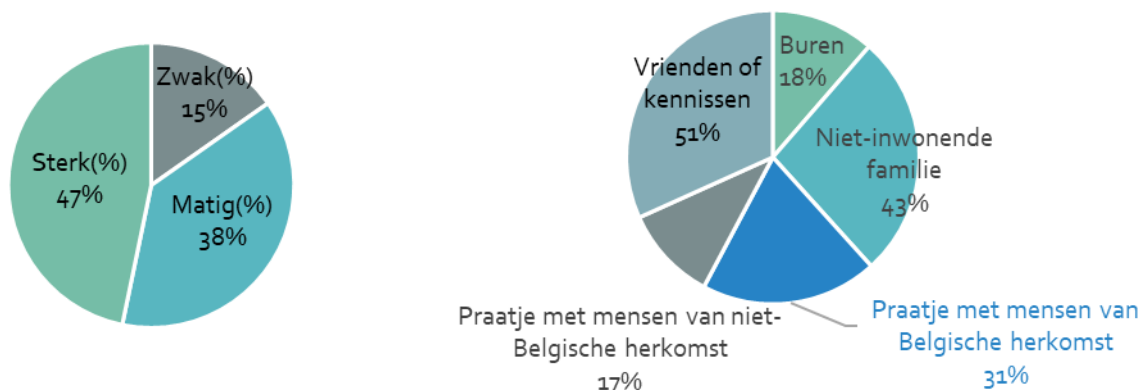
uit te reiken naar ouderen die zich niet in deze digitale toepassingen kunnen vinden, vooral ouderen die minder hoog opgeleid en al geïsoleerd zijn.

Participatie en sociale contacten

Slechts 1 op 5 personen in de 4 lokale besturen heeft minstens maandelijks contact met burens en 1 op 2 geeft aan dat hun sociaal weefsel zwak (15%) tot matig (37%) is. Een klein aandeel (14%) van de ouderen in Vlaanderen is actief in het buurtnetwerk.

In combinatie met het feit dat er meer alleenwonenden zijn, is het mogelijk dat het sociaal netwerk van ouderen binnen de buurt kleiner wordt. In 2014 hadden namelijk 65% van de inwoners een lage of middelmatige intensiteit van contacten en in 2020 steeg dit naar 73%, waardoor eenzaamheid vermoedelijk stijgt. De Gemeente- en Stadsmonitor stelt wel vast dat 65% van de ouderen gemotiveerd zijn om zich in te zetten in het buurtnetwerk en dat meer dan 70% zich veilig voelt in zijn/haar buurt.

Figuur 43. Sociaal weefsel in de buurten van de 4 lokale besturen (links) en minstens maandelijks contact volgens type in de 4 lokale besturen (rechts) (2020)



Bron: (Gemeente- en Stadsmonitor, 2021; Koning Boudewijnstichting, 2020)

Zoals eerder vermeld onder de economische factoren, is het aantal ouderen dat relatief goed opgeleid en vermogend is, gestegen en is dit gerelateerd aan een hogere gezondheid gerelateerde levenskwaliteit. Dit draagt, in combinatie met andere factoren, bij aan een toenemende vitaliteit van oudere personen. Dit verhoogt hun mogelijkheden om tot op hoge leeftijd te participeren aan de samenleving en zich in te zetten voor het welzijn van anderen via vrijwilligerswerk of mantelzorg.

Voorkeuren

Zoals kort aangehaald onder participatie, kunnen ouderen vaak tot op hogere leeftijd participeren in de samenleving. Daarnaast zijn ze in een toenemende mate in staat hun wensen te uiten en te realiseren, en hechten ze daarom veel belang aan keuzevrijheid en het behoud van regie over eigen leven en zorg. Ouderen zijn namelijk beter geïnformeerd, mondiger en kritischer, maar hebben ook meer risico's op isolatie.

Deze keuzes en voorkeuren van ouderen zijn ook gewijzigd doorheen de jaren. Het Koning Boudewijninstituut deed een bevraging in 2017, met een opvolgmeting in 2020, naar de woonvormen die de voorkeur krijgen van ouderen. (Koning Boudewijnstichting, 2020) Onderstaande tabel toont de resultaten van deze studie: hulpbehoevende ouderen wonen graag langer in de eigen woning, met de nodige hulpmiddelen, professionele ondersteuning of hulp van familie en vrienden. Naar dit fenomeen wordt ook wel verwezen als *ageing well in place*.

Tabel 13. Voorkeuren voor woonvormen indien zelfstandig wonen niet langer kan in Vlaanderen (2020)

Voorkeuren voor woonvormen indien zelfstandig wonen niet langer kan	2020
In de eigen woning , met overdag professionele hulp van thuisverpleging of thuiszorg	36%
In de eigen woning , met de hulp van elektronische hulpmiddelen	27%
In een assistentiewoning met professionele hulp op afroep	25%
In de eigen woning , met overdag hulp van familie of vrienden	15%
In de eigen woning , met 's nachts professionele hulp van thuisverpleging of thuiszorg	13%
In een kamer in een woonzorgcentrum	10%
In een groepswoning of gedeelde woning met eigen private en gem. voorzieningen als keuken enz.	8%
In de eigen woning, met overdag hulp van vrijwilligers of studenten	7%
In de eigen woning, met 24u hulp van een inwonende professionele hulpverlener van thuiszorg	6%
Kangoeroewonen of zorgwonen	6%
In de eigen woning, met 24u hulp van een inwonend familielid of een vriend(in)	6%
In de eigen woning, met 's nachts hulp van familie of vrienden	5%
In de eigen woning, met 's nachts hulp van vrijwilligers of studenten	4%

Opmerking: ouderen konden meerdere voorkeuren opgeven; voorkeuren naar woonvormen sommeren bijgevolg niet tot 100%
Bron: (Koning Boudewijstichting, 2020)

Het Vlaams Instituut Gezond Leven voerde alsook een kwalitatieve bevraging uit bij 48 ouderen voor het project 'Gezond ouder worden'. Onderstaande figuur geeft de inzichten van dit project weer.

Figuur 44. Resultaten van project 'Gezond ouder worden'



Bron: (Gezond Ouder Worden, 2022)

Technologie

Een grootschalig onderzoek van de Vrije Universiteit Brussel, de Universiteit Maastricht en HOGENT (Vrije Universiteit Brussel, Universiteit Maastricht, Hogeschool Gent, 2011) stelde vast dat er onder ouderen een toename is in emotionele eenzaamheid bij 60+'ers.

Daarnaast wordt ook vastgesteld dat deze groep ouderen sinds de COVID-19-uitbraak meer beroep heeft gedaan op digitale vaardigheden en actiever deelneemt in de buurt. (Vrije Universiteit Brussel, Universiteit Maastricht, Hogeschool Gent, 2011; Artsen Zonder Grenzen, 2020) Dit werd ook vastgesteld door een studie van IMEC waarbij bijna 40% van de 65+'ers aangeeft positiever te staan tegenover digitale technologieën na de lockdown. Meer dan 60% onder hen gaf aan dat de lockdown dankzij digitale technologieën aangenamer was. (IMEC, 2020)

Tabel 14. Ingesteldheid tgv. digitale technologie bij verschillende leeftijdsgroepen in Vlaanderen (2020)

	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	Totaal
Door de lockdown sta ik positiever t.o.v. digitale technologieën	37%	36%	40%	36%	37%	40%	38%
Dankzij digitale technologieën was de lockdown aangenamer	81%	76%	68%	61%	60%	48%	64%

Bron: (IMEC, 2020)

Het vertrouwen van 65+'ers in hun digitale vaardigheden is in de afgelopen jaren sterk gestegen. Zo gaf 55% van de 65+'ers in 2017 aan dat ze dachten in staat te zijn om digitale vaardigheden te leren; in 2020 was dat al 73%. Het gebruik in omgang in deze groep blijft echter laag, met 27% die aangeeft dat omgaan met digitale technologieën gemakkelijk is.

Tabel 15. Digitale vaardigheden bij verschillende leeftijdsgroepen Vlaanderen (2020)

		16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Ik heb er vertrouwen in dat ik in staat ben om digitale vaardigheden te leren	2017	78%	87%	81%	75%	70%	55%
	2020	91%	93%	92%	89%	84%	73%
Ik heb digitale toepassingen vermeden omdat ik er niet vertrouwd mee ben	2017	13%	15%	14%	27%	35%	41%
	2020	13%	19%	18%	26%	29%	40%
Omgaan met digitale technologieën is gemakkelijk voor mij	2018	74%	79%	69%	50%	38%	29%
	2020	85%	78%	72%	55%	43%	27%

Bron: (IMEC, 2020)

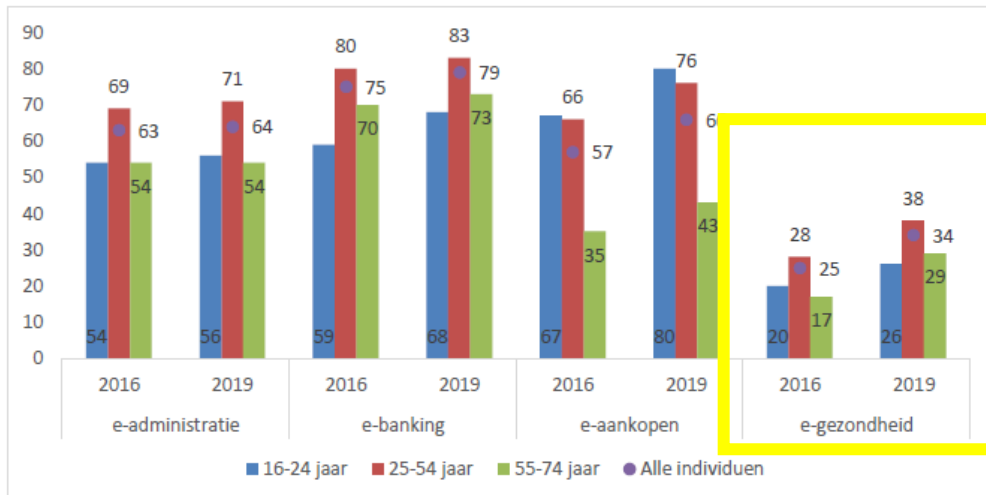
Voornaamste stijging in gebruik door ouderen ligt bij e-gezondheidsapps. Dit gebruik steeg, tussen 2016 en 2019, van 17% naar 29% bij 55-74-jarigen. (George, Caroline; Fraenkel, Cassandre, 2019) Er is een significante bereidheid om technologie in te zetten om langer thuis te kunnen wonen. Deze interesse is hoger bij hoogopgeleiden en lager bij meer geïsoleerde ouderen.

Tabel 16. Bereidheid tot gebruik van technologie om langer zelfstandig te blijven wonen België (2020)

Type technologie	% van ouderen in Vlaanderen
Personenalarm	80%
Gezondheidstracker	34%
Beeldbellen met verzorgenden	30%
Sensoren	28%

Bron: (Koning Boudewijnstichting, 2020)

Figuur 45. Evolutie in soort internetgebruik volgens leeftijd in België (2016-2019)



Bron: (George, Caroline; Fraenkel, Cassandre, 2019)

2.4. ZORGAANBOD

In wat volgt, wordt het zorgaanbod voor ouderen in Zwijndrecht, Sint-Niklaas, Beveren, Kruibeke en de omringende gemeentes in kaart gebracht.

Hierbij overlopen we verschillende types aan zorg en ondersteuning binnen het attractiegebied: residentiële zorg, ambulante zorg, thuiszorg en het aanvullend aanbod. Daarnaast werpen we ook een blik op de netwerken en samenwerkingen alsook de arbeidsmarkt in de gezondheidssector.

Om het zorgaanbod in kaart te brengen werden verschillende **databronnen en databanken** geconsulteerd:

- [Provincies In Cijfers](#);
- [IMA Atlas](#);
- [Steunpunt Werk](#);
- [Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap \(VAPH\)](#);
- [Zorgwijs](#);
- [Zorgatlas](#);
- Enz.

Voor de overige referenties verwijzen we naar de referentielijst en de opsomming bij het hoofdstuk rond 'Zorgvraag'.

In wat volgt, bespreken we **de resultaten** van de factoren van zorgaanbod op niveau van:

- Het zorgaanbod in Sint-Niklaas, Beveren, Kruibeke, Zwijndrecht, ELZ N-O Waasland en ELZ Z-W Waasland
 - Legende ZWW en NOW: — NOW ZWW
 - Legende 4 lokale besturen: — Beveren — • Kruibeke — — Zwijndrecht Sint-Niklaas

De grafieken van de 4 besturen en de 2 ELZ worden voorzien van een uniforme vormgeving van lijnen zoals hierboven weergegeven, zodat de legende doorheen de tekst herkenbaar blijft.

- **Historische** trends, met prognoses waar mogelijk

Aan de start van elk onderdeel (bv. residentiële zorg), wordt eerst een **samenvattend kader** geschetst met enkele leerpunten. Na deze samenvatting wordt dit onderdeel verder uitgediept met een gedetailleerde bespreking op niveau van ELZ en besturen.

2.4.1. Residentiële zorg

Samenvatting

Wat leren we uit de cijfers?

Woonzorgcentra	<p>In NOW en ZWW bedraagt het aantal bedden 3456; ZPW biedt er 1112 aan. Dat is 32,2%. Sinds 2006 was er een stijging in aantal bedden in NOW (stijging van 21% of 266 bedden), maar niet in ZWW (daling van 4% of 84 bedden).</p> <p>In de 4 lokale besturen zijn er 2156 plaatsen; ZPW biedt er 1112 aan. Dat is 51,6%. In deze besturen, breidde de capaciteit sinds 2006 enkel in Beveren en Zwijndrecht uit.</p> <p>De gemiddelde verblijfsduur in Vlaanderen bedraagt 2,8 jaar in een WZC. In ZPW is dit gemiddeld 3,2 jaar (max. 5,5 jaar, min. 2,5 jaar). De gemiddelde bezettingsgraad in de WZC van ZPW bedraagt 95% (max. 99%; min. 87%).</p>
Centra voor kortverblijf	<p>In NOW en ZWW zijn er 114 plaatsen; ZPW biedt er 35 aan. Dat is 30,7%. Het aantal plaatsen steeg sterk sinds 2006: er zijn 7 keer zoveel plaatsen in NOW en 5 keer zoveel in ZWW.</p> <p>In de 4 lokale besturen, zijn er 63 plaatsen; ZPW biedt er 35 aan. Dat is 55,5%. Vanaf 2012 zien we stijging in het aantal plaatsen van CVK in alle lokale besturen, behalve Kruiseke, waar in 2008 al een stijging plaatsvond.</p>
Groep van assistentiewoningen	<p>In NOW en ZWW zijn er 1529 plaatsen; ZPW biedt er 350 aan. Dat is 22,9%. Het aantal woonegelegenheden is 3x zo groot in ZWW sinds 2005; in NOW was er een stijging met meer dan 60%.</p> <p>In de 4 lokale besturen zijn er 911 plaatsen; ZPW biedt er 350 aan. Dat is 38,4%. Het aantal GAW is tussen 2005 en 2021 verdubbeld in Sint-Niklaas en 105% gestegen in Beveren; het steeg licht in Zwijndrecht en Kruiseke.</p> <p>Binnen de 4 lokale besturen heeft enkel Kruiseke op vandaag geen enkele GAW van Zorgpunt Waasland. Ook de aanbodratio in Kruiseke bedraagt slechts de helft van deze in Zwijndrecht en Beveren en is 3 keer kleiner dan in Sint-Niklaas.</p>
Wonen voor personen met een beperking	<p>In het attractiegebied, zijn er naast De Bron van ZPW een 10-tal initiatieven met woonegelegenheden in het attractiegebied, waarvan er 2 zijn die ook erkend zijn als Multifunctioneel Centrum (MFC).</p> <p>Het totaal aantal woonegelegenheden voor personen met een beperking is moeilijk na te gaan, maar ligt naar schatting rond de 300 personen, waarvan ZPW er 38 of een goede 10% voorziet. Daarnaast biedt De Bron 4 plaatsen voor Beschermd Wonen aan.</p>
Overig residentieel aanbod	<p>Het aanbod van herstelverblijven binnen het attractiegebied is beperkt met 1 erkend herstelverblijf (Ter Lokeren) en er zijn 2 Initiatieven van Beschut Wonen beschikbaar in het attractiegebied</p>

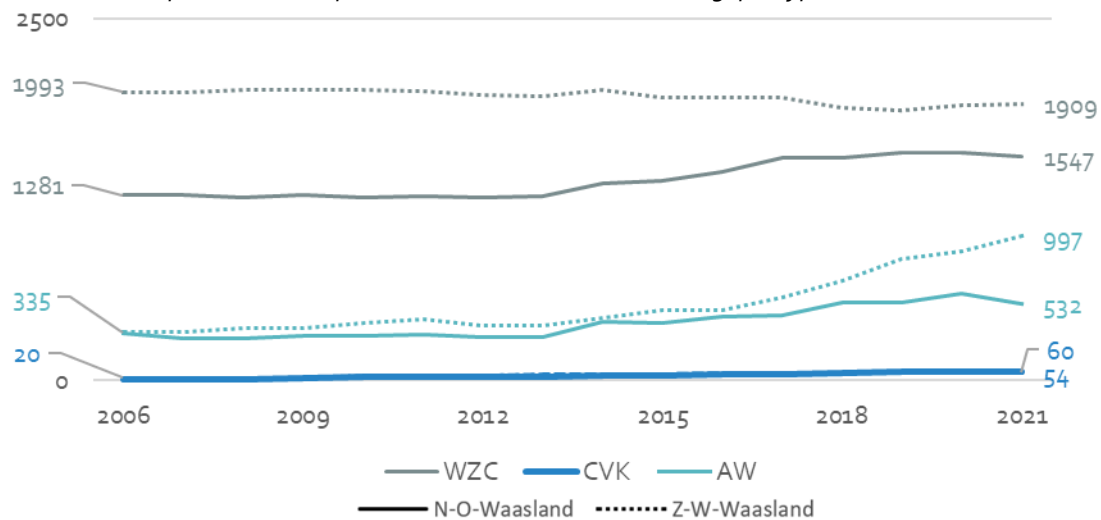
Residentiële zorg: algemeen

Onderstaande Figuur 46 toont een overzicht van de capaciteit van de verschillende types residentiële ouderenzorg in beide ELZ. Het aantal bedden in de woonzorgcentra vertoonde tussen 2005 en 2021 enkel een stijging in NOW (21%), maar niet in ZWW. Daar was een daling van 4% merkbaar. De voornaamste stijging vond in NOW plaats vanaf 2014.

In ZWW verdubbelde het aantal woongelegenheden in GAW sinds 2005, dit steeg 63% in NOW. De voornaamste stijging vond ook hier plaats vanaf 2014.

Wat betreft centra voor kortverblijf kreeg ZWW tussen 2006 en 2021 er 14 bedden bij en NOW 10.

Figuur 46. Evolutie in capaciteit (aantal plaatsen) in residentiële ouderenzorg, per type in NOW en ZWW (2006-2021)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Met andere woorden, enkel in ELZ NOW werd het aanbod van de verschillende types uitgebreid, terwijl dit in ELZ ZWW enkel uitbreidde voor de woongelegenheden in GAW en in de centra voor kortverblijf, niet voor de bedden in de woonzorgcentra.

Woonzorgcentra (WZC)

Wanneer we de omgeving van de 4 lokale besturen verder verkennen, kunnen we enkele dichtstbijzijnde woonzorgcentra terugvinden. In onderstaande tabel werden de voorzieningen opgeteld die in de 4 lokale besturen, het attractiegebied of in de omringende gemeenten gelokaliseerd zijn. De locaties van deze voorzieningen werden gevisualiseerd op een kaart, terug te vinden in bijlage 4.

Tabel 17. Aantal woonzorgcentra per ELZ en lokaal bestuur (2021)

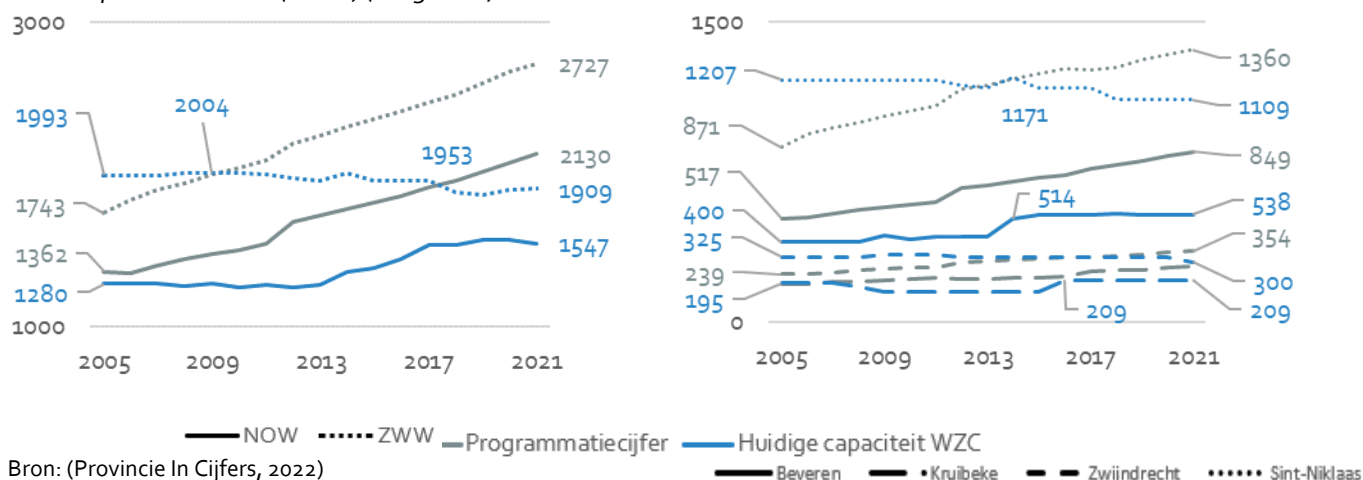
Locatie	Aantal van ZPW	Aantal van overig aanbod
ELZ ZWW	5	15
Sint-Niklaas	5	7
ELZ NOW	7	8
Beveren	5	2
Kruikeke	1	1
Zwijndrecht	1	1
Overig aanbod in de regio, maar uit het attractiegebied	/	8

Onderstaande figuren tonen enerzijds het programmatiecijfer en de huidige capaciteit van de woonzorgcentra. De programmatiecijfers worden berekend op basis van de prognose van de oudere bevolking binnen 5 jaar. Er gaan steeds meer stemmen op om de programmatieberekening te herdefiniëren op basis van de nieuwe visie waarbij ouderen zo lang mogelijk thuis of in de vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen.

Figuur 47 (rechts) toont dat er in NOW en ZWW in totaal 3456 plaatsen zijn waarvan ZPW er 1112 van aanbiedt; dat is 32,2% van het totale aanbod in de eerstelijnszones. Het aantal bedden steeg in NOW met 21%, maar niet in ZWW. Daar was een daling van 4% merkbaar. Enkel in Beveren en Zwijndrecht breidde de capaciteit uit tussen 2005 en 2021. Enkele recente wijzigingen in 2021 werden mogelijk nog niet opgenomen in deze cijfers: namelijk de opening van het Populierenhof in Nieuwkerken (Sint-Niklaas) met 40 woonegelegenheden. Verder komt in Melsele (Sabot) - vanaf het voorjaar 2023 - een dienstencentrum in combinatie met 28 assistentiewoningen die verbonden zijn met WZC Briels.

De programmatie van woonzorgcentra is tot eind 2025 opgeschort. Dat betekent dat er geen bijkomende woonegelegenheden via voorafgaande vergunning kunnen toekend worden voor nieuwe initiatieven noch voor de uitbreiding van bestaande woonzorgcentra.

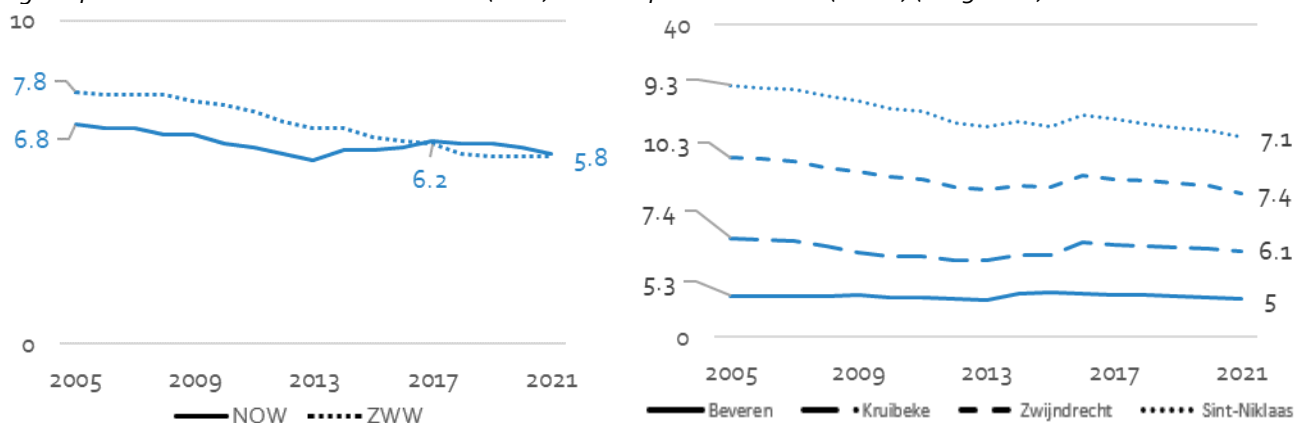
Figuur 47. Evolutie in aantal plaatsen/bedden volgens programmatie en huidige capaciteit in WZC in NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2005-2021)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Onderstaande figuur (rechts) toont de aanbodratio, berekend als het aantal bedden/plaatsen per 100 inwoners binnen de 65+ groep, voor beide ELZ. Hier zien we dat het aanbodratio in NOW daalde met 13% en in ZWW met 26%. In NOW steeg het aantal 65'ers dus meer dan de stijging in aantal bedden. Figuur 48 (links) toont dat de ratio's het laagst zijn in Beveren en Kruikeke en het hoogst in Sint-Niklaas en Zwijndrecht. De aanbodratio daalde sinds 2005 in alle lokale besturen, het minst in Beveren (6%) en het meest in Zwijndrecht (28%).

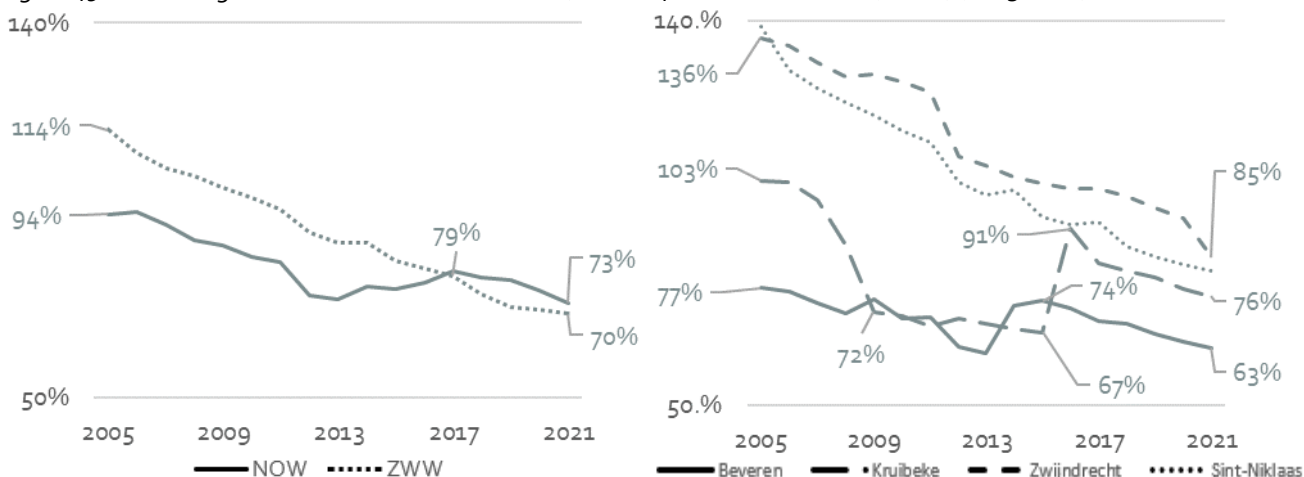
Figuur 48. Aanbodratio in ELZ NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2005-2021)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

De realisatiegraad toont het aandeel gerealiseerde capaciteit tegenover het programmatiecijfer. Er is een sterke daling merkbaar in realisatiegraad (rechtse Figuur 49) tussen 2005 en 2021 in NOW (23%) en in ZWW (39%). Dit is te verklaren door de sterkere stijging in programmatie (56%) op Figuur 47 dan in aantal bedden (NOW 21%; ZWW -4%). Er is een sterke daling in realisatiegraad tussen 2005 en 2021 in alle lokale besturen, maar deze daling is het sterkst in Sint-Niklaas (41%) en kleinst in Beveren (18%) waar de bedden het sterkst zijn uitgebreid.

Figuur 49. Realisatiegraad in ELZ NOW en ZWW links) en alle 4 de lokale besturen (rechts) (2005-2021)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Studies naar de gemiddelde **verblijfsduur** in woonzorgcentra geven aan dat deze 2,8 jaar bedraagt in Vlaanderen. (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 2020; Zorgnet-Icuro, 2020) De mediaan van verblijfsduur bedraagt echter 2 jaar. Dat wil zeggen dat de helft van de bewoners minder dan 2 jaar in het woonzorgcentrum verblijft en er bijgevolg heel wat korte verblijfsduren zijn. Ongeveer de helft van de mannen verblijft minder dan 1 jaar in een WZC, voor vrouwen is dit 1 op 4. (Nationaal Verbond van

Socialistische Mutualiteiten, 2020; Zorgnet-Icuro, 2020) In de WZC van Zorgpunt Waasland bedraagt de gemiddelde verblijfsduur 3,2 (max. 5,5 jaar, min 2,5 jaar) wat iets boven het Vlaamse gemiddelde ligt.

De **bezettingsgraad** in de woonzorgcentra ligt iets lager dan 3 jaar geleden, maar blijft hoog. Uit de bezettingscijfers en een kwalitatieve sentimentsbevraging blijkt dat ongeveer 1/4de van de voorzieningen, in 2018, het moeilijk had om een maximale bezettingsgraad te behalen. (ING, 2018) In ZPW is de gemiddelde bezettingsgraad 95% (max. 99%, min. 87%). De meerderheid van de voorzieningen (71%) gaf in 2018 aan dat structurele wachtlijsten sterk verminderd zijn sinds 2015. (ING, 2018) Er zijn ook regionale verschillen: in de provincie Antwerpen moeten ouderen bij 58 procent van de woonzorgcentra langer dan drie maanden wachten, in West-Vlaanderen bij 83 procent van de woonzorgcentra en in Limburg zelfs bij 96 procent van de woonzorgcentra.

Bijlage 4 toont de dagprijzen van de woonzorgcentra in de 4 lokale besturen aan. De voorzieningen van ZPW bevinden zich in een lager segment van prijzen. Echter is een belangrijke kanttekening hierbij dat dit de prijzen zijn zoals gerapporteerd door Zorg en Gezondheid. Dit impliceert dat de dagprijs van verschillende WZC's andere supplementen kan omvatten wat de onderlinge vergelijkbaarheid sterk beperkt.

Centra voor kortverblijf (CVK)

Wanneer we de omgeving van de 4 lokale besturen verder verkennen, kunnen we enkele dichtstbijzijnde Centra voor Kortverblijf terugvinden. In onderstaande tabel werden de voorzieningen opgeteld die in de 4 lokale besturen, het attractiegebied of in de omringende gemeenten gelokaliseerd zijn. De locaties van deze voorzieningen werden gevisualiseerd op een kaart. Dit is terug te vinden in bijlage 4.

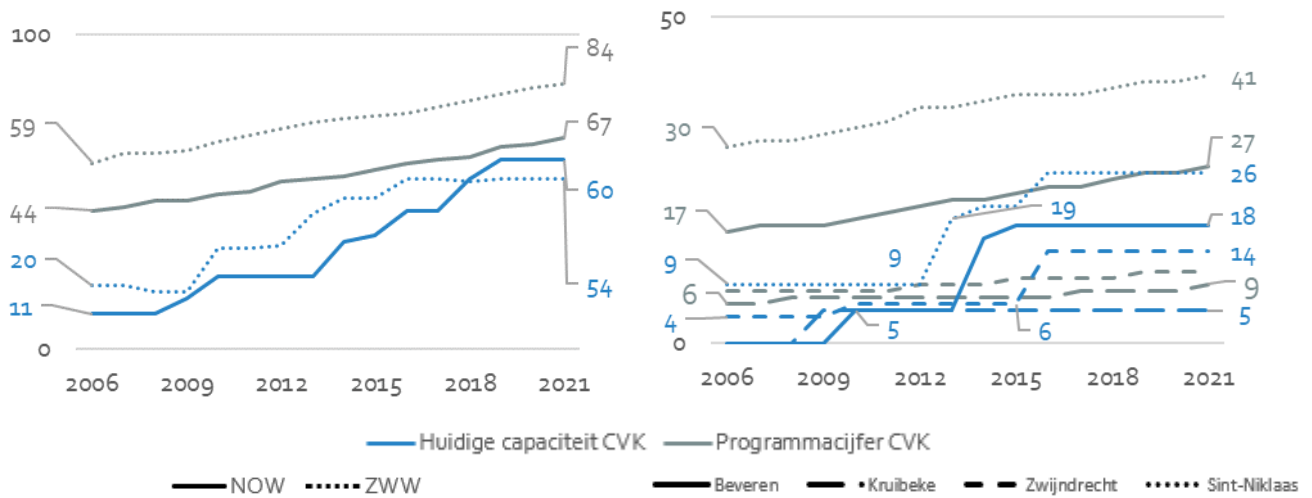
Tabel 18. Aantal CVK opgedeeld per ELZ en lokaal bestuur

Locatie	Aantal van ZPW	Aantal van overig aanbod
ELZ ZWW	5	12
Sint-Niklaas	5	5
ELZ NOW	3	7
Beveren	1	2
Kruikeke	1	0
Zwijndrecht	1	1
Overig aanbod in de regio, maar uit het attractiegebied	/	5

Onderstaande figuren tonen enerzijds het programmatiecijfer en de huidige capaciteit van de Centra voor Kortverblijf. De huidige capaciteit ligt in beide ELZ onder de programmatie. Het aantal bedden in CVK stijgt zeer sterk vanaf 2012 in beide ELZ. Er zijn 7 keer zoveel plaatsen in NOW en 5 keer zoveel in ZWW. In totaal zijn er 114 plaatsen waarvan ZPW er 35 aanbiedt. Dat is 30,7%. Deze stijging in het aantal plaatsen van CVK is alsook merkbaar in alle lokale besturen, behalve Kruikeke, waar in 2008 al een kleine opstart plaatsvond. In totaal zijn dit 63 plaatsen; ZPW biedt er 35 aan. Dat is 55,5%.

Enkele recente wijzigingen in 2021 werden mogelijk nog niet opgenomen in deze cijfers: namelijk de opening van Huize Linde en Huize Elisabeth met elk 2 kamers voor kortverblijf.

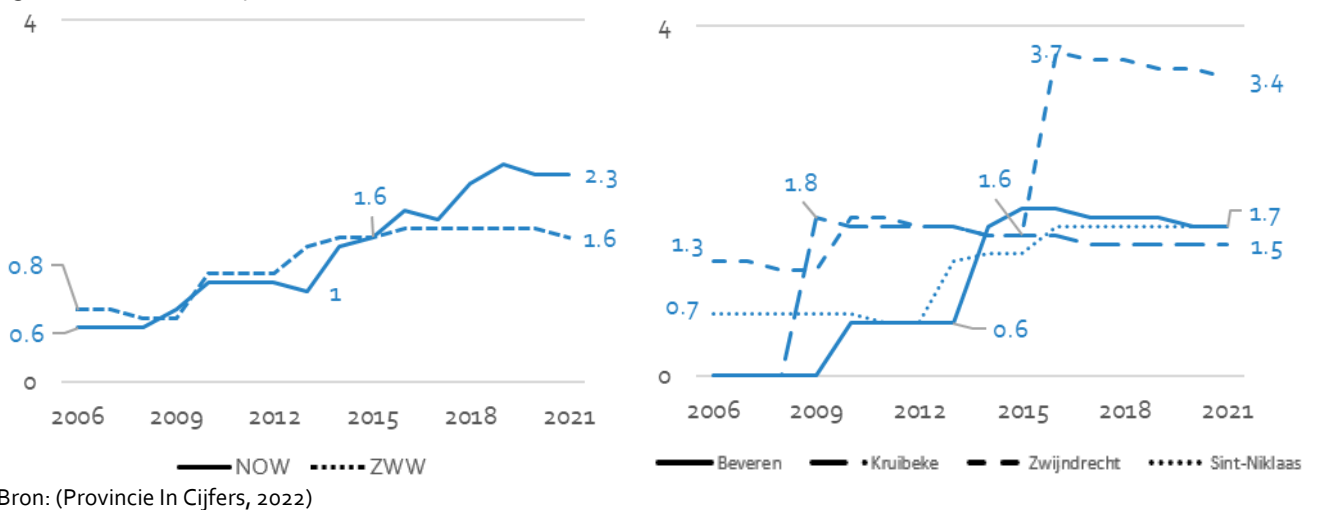
Figuur 50. Evolutie in aantal plaatsen/bedden volgens programmatie en huidige capaciteit in CVK in NOW en ZWW (links) en de 4 lokale besturen (rechts) (2006-2020)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

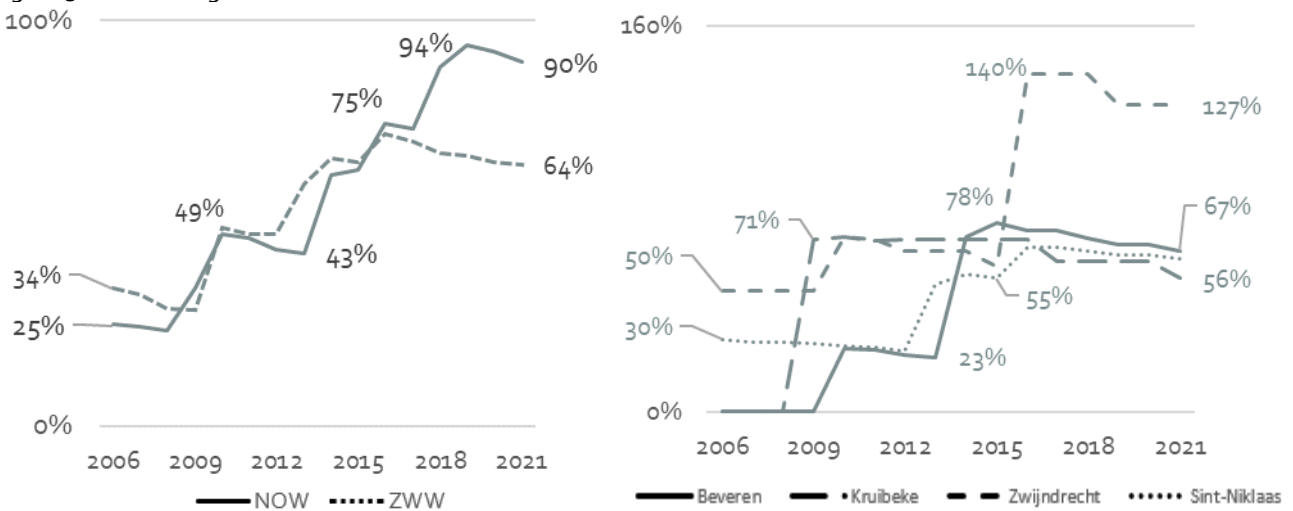
De aanbodratio steeg in beide ELZ, maar voornamelijk in NOW (283%). Deze stijging is sterker dan in het programmaticijfer (NOW 52%; ZWW 42%) waardoor de realisatiegraad (Figuur 52) stijgt. Dit steeg het sterkst in NOW (258%) en het lichtst in ZWW (90%). Door deze uitbreidingen zien we ook een stijgende aanbodratio en realisatiegraad. De stijging in aanbodratio is het sterkst in Sint-Niklaas (143%) en Zwijndrecht (162%).

Figuur 51. Aanbodratio per 1000 65+'ers van CVK in NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2006-2021)



Figuur 52 (rechts) toont dat de realisatiegraad stijgt in Beveren en Zwijndrecht met 155% en in Sint-Niklaas met 111%, maar daalt met 22% in Kruibeke. In Zwijndrecht ligt de realisatiegraad boven de 100%.

Figuur 52. Realisatiegraad van CVK in NOW en ZWW (links) en alle lokale besturen (rechts) (2006-2021)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Groep van Assistentiewoningen (GAW)²

Wanneer we de omgeving van de 4 lokale besturen verder verkennen, kunnen we enkele dichtstbijzijnde assistentiewoningen terugvinden. In onderstaande tabel werden de voorzieningen opgeteld die in de 4 lokale besturen, het attractiegebied of in de omringende gemeenten gelokaliseerd zijn. De locaties van deze voorzieningen werden gevisualiseerd op een kaart. Dit is terug te vinden in bijlage 4. Hier kan opgemerkt worden dat – binnen de 4 lokale besturen – enkel Kruibeke op vandaag geen enkele GAW van Zorgpunt Waasland huisvest.

² Vaak worden termen als serviceflat of zorgflat (of andere) gebruikt als synoniemen voor assistentiewoningen. Deze termen bieden echter geen garantie dat er aan de erkenningsnormen van een erkende assistentiewoning wordt voldaan. Assistentiewoning is met andere woorden de enige erkende benaming vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Wat minimaal aanwezig moet zijn in een erkende assistentiewoning: een noodoproepsysteem (24/24u noodknop, maar geen 24/24u zorg), crisiszorg (interventie tijdens noodsituatie), overbruggingszorg (aangepaste zorg en dienstverlening na crisiszorg), woonassistent (voor vragen over wonen en zorg), gemeenschappelijke ontmoetingsruimte. In een erkende assistentiewoning is de huurder of eigenaar vrij om een pakket van zorg- en of dienstverlening aan te kopen bij een aanbieder naar keuze. (Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid)

Als een erkend woonzorgcentrum en een erkende GAW in elkaars onmiddellijke nabijheid gevestigd zijn, organisatorisch een geheel vormen, en als de uitbating van beide voorzieningen door dezelfde rechtspersoon gebeurt of een samenwerkingsovereenkomst hebben gesloten, dan kan het woonzorgcentrum, zonder zijn erkende capaciteit van woongelegenheden te overschrijden, één of meer assistentiewoningen tijdelijk laten erkennen als woongelegenheden van dat woonzorgcentrum. (Bron: Decreet betreffende de woonzorg, 2019).

Tabel 19. Aantal GAW opgedeeld per ELZ en lokaal bestuur (2021)

Locatie	Aantal voorzieningen		Aantal plaatsen
	Van ZPW	Van ander aanbod	
ELZ ZWW	4	25	997
Sint-Niklaas	4	15	566
ELZ NOW	7	9	532
Beveren	5	4	236
Kruibeke	0	2	32
Zwijndrecht	2	1	77
Overig aanbod in de regio, maar uit het attractiegebied	/	3	

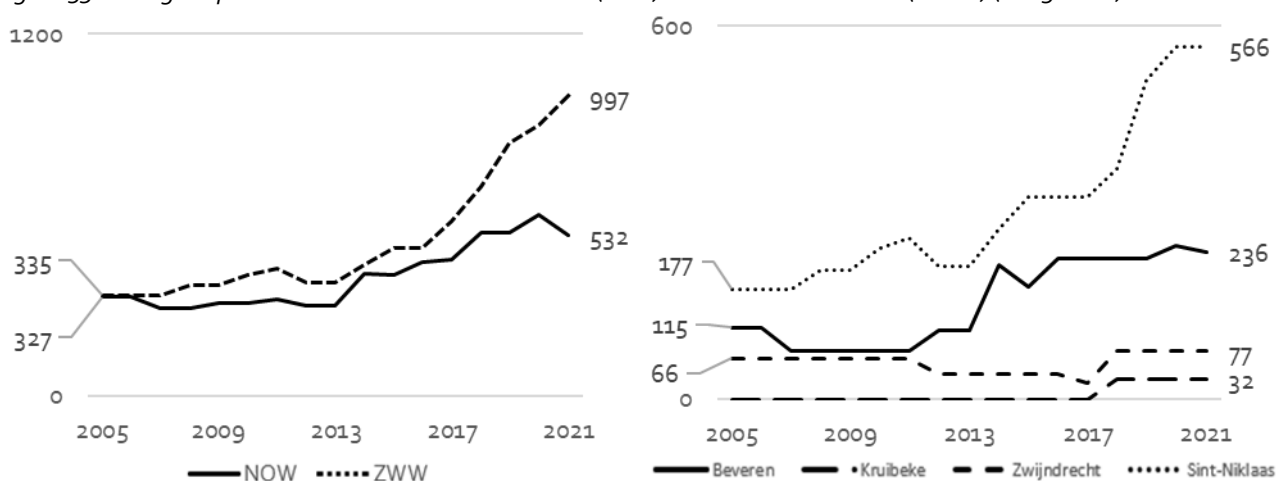
Opm.: Voor GAW is er geen programmatiecijfer.

Enkele recente wijzigingen in 2021 werden mogelijk nog niet opgenomen in deze cijfers: namelijk de opening van Populierenhof (Nieuwkerken) met 7 zorgflats. Verder in Melsele – vanaf het voorjaar 2023 – een dienstencentrum in combinatie met 28 assistentiewoningen (die verbonden zijn met WZC Briels)

Figuur 53 (links) toont het stijgend aanbod van assistentiewoningen in NOW en ZWW. ZPW biedt er 350 aan. Dat is 22,9%. In ZWW zijn er 3 keer zo veel woonegelegenheden sinds 2005. In NOW was er een stijging van 63%. De voornaamste stijging vond ook hier plaats vanaf 2014. De hoeveelheid assistentiewoningen is tussen 2005 en 2021 verdubbeld in Sint-Niklaas en 105% gestegen in Beveren. Het aantal GAW is licht gestegen in Zwijndrecht en in Kruibeke. In totaal zijn dit 911 plaatsen waarvan ZPW er 350 aanbiedt (38,4%).

Enkele recente wijzigingen in 2021 werden mogelijk nog niet opgenomen in deze cijfers: namelijk de opening van Populierenhof (Nieuwkerken) met 7 zorgflats. Verder in Melsele – vanaf het voorjaar 2023 – een dienstencentrum in combinatie met 28 assistentiewoningen (die verbonden zijn met WZC Briels).

Figuur 53. Huidige capaciteit van GAW in NOW en ZWW (links) en alle lokale besturen (rechts) (2005-2021)

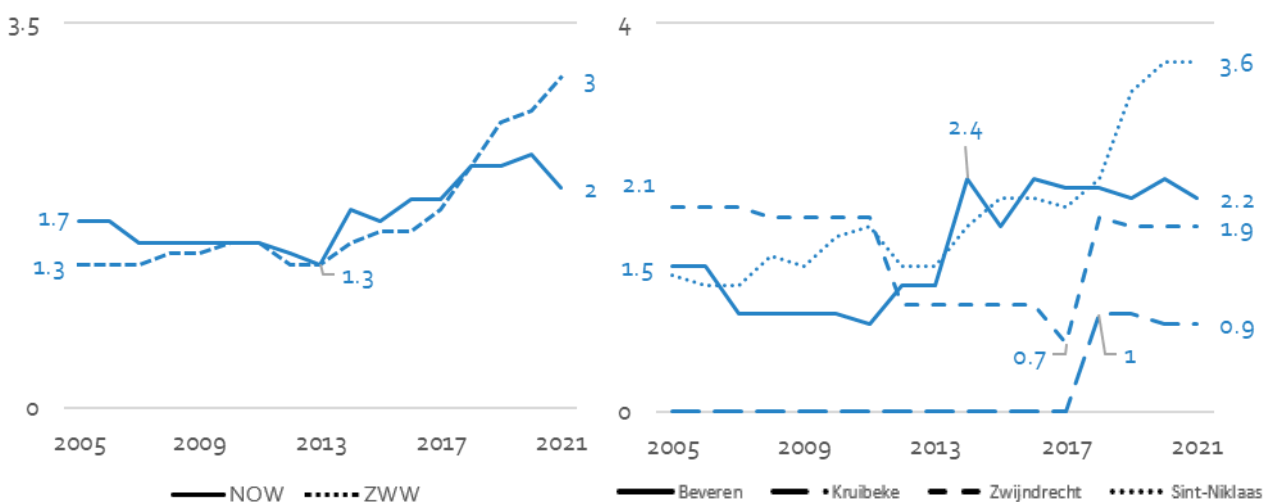


Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Onderstaande figuur toont de aanbodratio (berekend als het aantal plaatsen van GAW per 100 65+'ers) voor de verschillende regio's. Hiermee is de aanbodratio in Kruibeke slechts de helft van deze in Zwijndrecht en Beveren en meer dan 3 keer kleiner dan in Sint-Niklaas.

Figuur 54 (links) toont dat het aanbodratio het sterkst stijgt in ZWW (131%) en het minst in NOW (18%). Deze stijging is het sterkst in Sint-Niklaas (157%) en Beveren (47%). Er is een daling merkbaar van 10% in Zwijndrecht. Sinds 2017 biedt Kruibeke ook 1 bed aan per 100 65+'ers. Hiermee is de aanbodratio in Kruibeke slechts de helft van deze in Zwijndrecht en Beveren en meer dan 3 keer kleiner dan in Sint-Niklaas.

Figuur 54. Aanbodratio per 100 65+'ers van GAW in ELZ NOW en ZWW (links) en de 4 lokale besturen (rechts) (2005-2021)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Wonen voor personen met een beperking

In onderstaande tabel werd het aantal aanbieders voor het aanbod voor personen met een beperking opgeteld die in de 4 lokale besturen, het attractiegebied of in de omringende gemeenten gelokaliseerd zijn. De locaties van deze voorzieningen werden gevisualiseerd op een kaart. Dit is terug te vinden in bijlage 4.

De voorzieningen zijn beperkt wat betreft Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH, hiervoor is geen Persoonsvolgend Budget nodig) en niet-rechtstreeks toegankelijke hulp (waarvoor wel PVB nodig is). We verwijzen naar hoofdstuk 2.3.2 voor een toelichting over deze verschillende types hulp en ondersteuning.

Tabel 20. Aantal woonvoorzieningen voor personen met een beperking opgedeeld per ELZ en lokaal bestuur

Locatie	Aantal van ZPW	Aantal van overig aanbod
ELZ ZWW	0	5
Sint-Niklaas	0	2
ELZ NOW	2	3
Beveren	1	2
Kruibeke	0	0
Zwijndrecht	0	0
Overig aanbod in de regio, maar uit het attractiegebied	1	4

Tabel 21 toont de vergunde initiatieven in het attractiegebied met woongelegenheid voor personen met een beperking, naast het aanbod van Zorgpunt Waasland (De Bron). Deze vergunde initiatieven bieden ook allemaal rechtstreeks toegankelijke hulp aan.

Tabel 21. Vergunde initiatieven met woongelegenheden voor personen met een beperking in het attractiegebied

Vergunde aanbieders *	Locatie	Aantal woongelegenheden	Doelgroep binnen personen met beperking
De Bron	Beveren	38	Volwassenen met een verstandelijke beperking en eventueel een bijkomende (fysieke) beperking of problematiek; 4 leefgroepen van 7 à 8 bewoners met de mogelijkheid tot kortopvang.
De Klokke	Sint-Niklaas	30 studio's; 17 zorgflats + 1 oefenappartement	Volwassenen met een beperking
Raakzaam	Sint-Niklaas	Patershoek (45) + Hadewych I en II (46)	Volwassenen met een beperking
Raakzaam	Stekene	Snoezelhof (25)	Volwassenen met een beperking
De Klaproos**	Beveren	20	Volwassenen met een beperking
Katrinahof	Beveren	2 plaatsen kortverblijf	Kinderen, jongeren en volwassenen met een beperking
De Hagewinde**	Lokeren	35-80 (schatting)	Gericht op kinderen en jongeren met GES, ASS, wel/niet in combinatie met licht tot matig mentale beperking
Emiliani	Lokeren	Onbekend (3 locaties met 3 woonvormen)	Volwassenen met een beperking
Alderande	Lokeren	Onbekend	Volwassenen met een beperking
KOCA ZuidAs***	Antwerpen	5 plaatsen	Jongvolwassenen met autisme die zelfstandig kunnen wonen/leven; KOCA = Koninklijk Orthopedagogisch Centrum Antwerpen
VillaVip Huizen***	Zelee, Merksem, Borgerhout	10 woongelegenheden per huis	Kleinschalig wonen: 10 volwassenen met een beperking die samenwonen met een zorgkoppel

*Een vergunde zorgaanbieder is een zorgaanbieder die zorg aanbiedt aan personen met een persoonsvolgend budget.

** De Klaproos en De Hagewinde zijn bijkomstig erkend als multifunctionele centra (MFC).

*** Buiten het attractiegebied

Bron: (VAPH; De Sociale Kaart; Zorgwijs, 2022)

Fiola vzw biedt momenteel nog geen woongelegenheden, maar onderzoekt samen met de lokale besturen, woonzorgcentra, projectontwikkelaars,... kleinschalige en inclusieve woonprojecten van gedeelde zorg. Ze werken hiervoor intensief samen met [De Vierklaver vzw](#) die expertise heeft op gebied van gemeenschapswonen en kleinschalige woonprojecten. Ze bekijken o.a. de [interesses in regio Sint-Niklaas](#).

Het totaal aantal woongelegenheden is moeilijk na te gaan, maar ligt naar schatting rond de 300 personen, waarvan ZPW er 38 of een goede 10% voorziet.

Beschermd wonen was een woonvorm voor personen met een beperking die zich situeerde tussen het begeleid wonen en het tehuis voor werkenden of tehuis voor niet-werkenden, met ambulante ondersteuning door een dienst beschermd wonen. Termen zoals begeleid, beschermd of geïntegreerd wonen bestaan momenteel niet meer, maar worden wel nog steeds door verschillende organisaties en voorzieningen gehanteerd. (Kenniscentrum WWZ, 2019)

Er is 1 initiatief voor Beschermd Wonen in het attractiegebied, namelijk Beschermd Wonen bij De Bron (4 plaatsen). Dit wordt aangeboden door Zorgpunt Waasland.

1) Ouderen- of seniorenwoningen

Zorgpunt Waasland biedt **ouderen- of seniorenwoningen** aan die niet erkend zijn als GAW: in Kallo (19 eenheden), Sinaai (11 eenheden) en in Belsele (11 eenheden).

2) Initiatief voor beschut wonen (IBW)

Een IBW begeleidt mensen met psychische problemen die geen nood hebben aan een permanent verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Wel kunnen zij nog hulp gebruiken om te wonen en sociaal vaardig te worden. Een IBW biedt een woonvorm aan waar ze begeleiding en aangepaste dagactiviteiten krijgen.

Er bestaan twee vormen van beschut wonen:

- Gemeenschapswonen: in eenzelfde woning wonen 3-10 personen.
- Individueel wonen: iemand woont alleen of met twee samen

Er zijn 2 initiatieven voor Beschut Wonen in het attractiegebied, namelijk Beschut Wonen Waasland (Philippus Neri) en [Beschut Wonen Pro Mente](#) (verbonden aan PC Sint-Hiëronymus). De [Groep Philippus Neri](#) is een groep die enerzijds Geestelijke Gezondheidszorg aanbiedt en anderzijds ouderenzorg. De groep is verbonden aan PZ Sint-Lucia, PVT Casa Neri en Beschut Wonen Waasland.

3) Herstelverblijven

De focus in een herstelverblijf ligt op heroriëntatie naar thuis na een ziekenhuisopname. Een centrum voor kortverblijf heeft als doel de tijdelijke ontlasting van de mantelzorger (respitzorg) om de oudere vervolgens naar huis terug te laten keren. In realiteit ziet men iets vaker dat ouderen vanuit een centrum voor kortverblijf doorstromen naar het woonzorgcentrum, al is dit allesbehalve de doelstelling van deze zorgvorm.

In West-Vlaanderen zijn er 3 centra voor herstelverblijf, namelijk in Oostende, Nieuwpoort en De Haan. Er zijn er 3 in Oost-Vlaanderen (in Aalst, Lebbeke en Lokeren) en 2 in het oosten van Antwerpen. Er ligt 1 erkend herstelverblijf binnen het attractiegebied (Ter Lokeren). Daarnaast zijn er enkele centra die zich een herstelverblijf noemen, maar geen officiële erkenning hebben, namelijk [Residentie Vlashof](#) in Stekene en [Familiehof](#) in Schelle.

Sinds enkele jaren werd een stijgende nood aan herstelverblijven vastgesteld aangezien de ziekenhuisopnames dalen in verblijfsduur en de thuisomgeving laat het niet altijd toe om verder te revalideren. (CM, 2019) Het aanbod is tot op heden nog zeer beperkt; als mogelijke oorzaak voor dit lage aanbod wordt gewezen naar de complexiteit en diversiteit van invulling naar zorg- en dienstverlening waarbij ook de bezetting een uitdaging vormt aangezien personen typisch slechts voor een korte periode verblijven. Daarnaast krijgt een erkend herstelverblijf geen Vlaamse subsidies en wordt het enkel gefinancierd door dagprijs en RIZIV-nomenclatuur.

2.4.2. Ambulante zorg

Samenvatting

Binnen deze nota wordt ambulante zorg gedefinieerd als diensten waarvoor een cliënt of patiënt zich naar een andere locatie dient te verplaatsen, in tegenstelling tot thuiszorg.

Wat leren we uit de cijfers?

Centra voor dagverzorging	Het (erkende) aanbod van centra voor dagverzorging bleef constant sinds 2006. Er zijn 5 erkende CDV voor palliatieve zorgen in Vlaanderen. Er is geen aanbod aan palliatieve centra voor dagverzorging in het attractiegebied. Deze centra vallen onder centra voor dagverzorging met een bijkomende erkenning voor gebruikers met een ernstige ziekte.
Lokale dienstencentra	In NOW is er 1 erkend LDC (2009-2021). In ZWW was er 1 erkend LDC van 2009-2017 en 3 vanaf 2017-2021. Verschillende aanvragen voor erkenningen binnen ZPW zijn lopende.
Aanbod voor personen met (jong)dementie	Er zijn verschillende initiatieven voor personen met (jong)dementie in het attractiegebied, onder meer een buddywerking vanuit De Companjong, de zorgbegeleiding vanuit Familiezorg en Psycho-educatie 'Dementie en nu'. Ook Zorgpunt Waasland neemt een actieve rol op bij verschillende initiatieven; hierbij denken we onder meer aan de praatcafés, familiegroepen en contactkoren.
Aanbod voor personen met een beperking	Er zijn 13 vergunde initiatieven in het attractiegebied naast het aanbod van ZPW. Dit aanbod omvat een variatie aan dagbesteding, begeleid werken, jobcoaching, vrijetijdsbesteding, gezinsbegeleiding, pedagogische diensten voor zowel kinderen, jongeren als volwassenen. Er zijn ook twee vergunde Multidisciplinaire Teams actief in het attractiegebied. Naast de vergunde initiatieven kunnen personen met een beperking ook ondersteuning zoeken bij andere organisaties en projecten.

Centra voor dagverzorging (CDV)

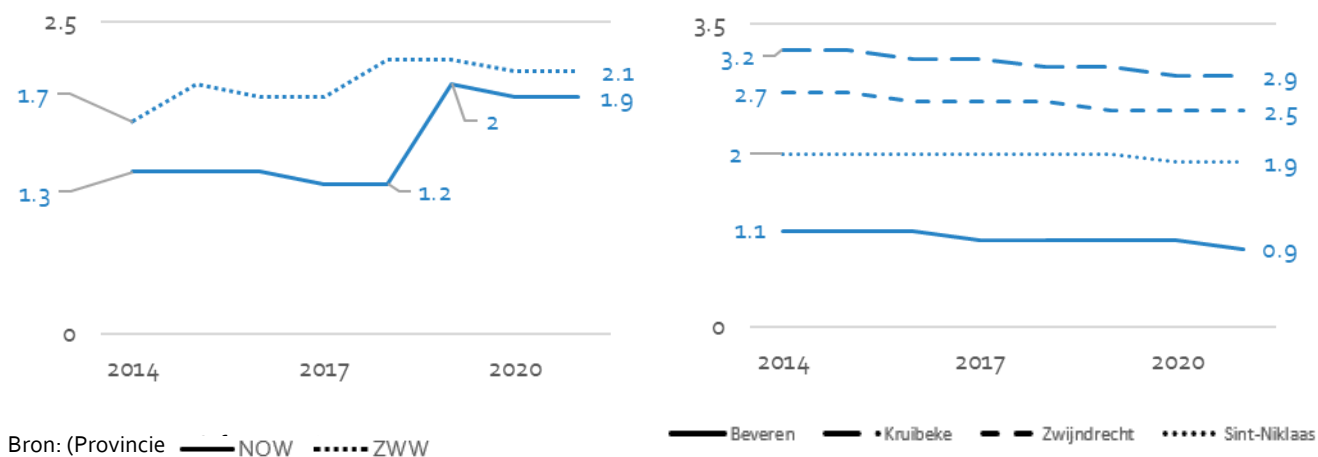
Sinds 2014 zijn er in beide ELZ 2 centra voor dagverzorging (CDV) bijgekomen. Sinds 2013 zijn er nieuwe programmaregels van toepassing op de centra voor dagverzorging, die niet langer rekening houden met het aantal plaatsen, maar enkel met het aantal centra. Aangezien de programmatie quasi stabiel bleef, is de realisatiegraad in beide ELZ tussen 2014 en 2021 gestegen en ligt in ZWW sinds 2018 op 100% ligt. Ondanks dat de cijfers in de ELZ aantonen dat de programmatie stabiel bleef, verdubbelde het programmaticijfer in Beveren en steeg het in Sint-Niklaas met 50%.

Tabel 22. Programmacijferen huidige capaciteit van CDV in de ELZ en 4 lokale besturen (2014-2021)

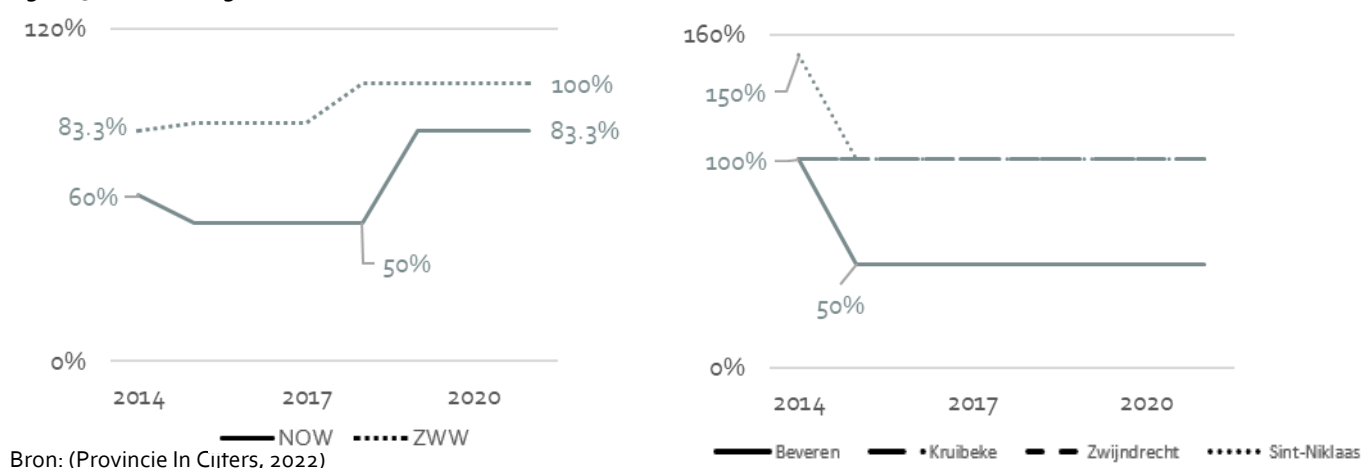
Variabele	Lokale besturen	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Programmaticijfer CDV	ELZ ZWW	6	7	7	7	7	7	7	7
	ELZ NOW	5	6	6	6	6	6	6	6
	Beveren	1	2	2	2	2	2	2	2
	Kruikeke	1	1	1	1	1	1	1	1
	Zwijndrecht	1	1	1	1	1	1	1	1
	Sint-Niklaas	2	3	3	3	3	3	3	3
Huidige capaciteit CDV	ELZ ZWW	5	6	6	6	7	7	7	7
	ELZ NOW	3	3	3	3	3	5	5	5
	Beveren	1	1	1	1	1	1	1	1
	Kruikeke	1	1	1	1	1	1	1	1
	Zwijndrecht	1	1	1	1	1	1	1	1
	Sint-Niklaas	3	3	3	3	3	3	3	3

Verder bleef de huidige capaciteit constant, wat de dalende aanbodratio verklaart. De aanbodratio daalt het sterkst in Beveren (18%), gevolgd door Kruikeke (9%), Zwijndrecht (7%) en Sint-Niklaas (5%).

Figuur 55. Aanbodratio per 10 000 65+ ers van CDV in ELZ NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2014-2021)



Figuur 56. Realisatiegraad van CDV in ELZ NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2014-2021)



Er is momenteel een zeer beperkt aanbod aan **palliatieve centra voor dagverzorging** in de omgeving. Deze centra vallen onder centra voor dagverzorging met een bijkomende erkenning voor gebruikers met een ernstige ziekte.

Er zijn 5 erkende CDV voor palliatieve zorgen in Vlaanderen, maar geen erkend aanbod aan CDV voor palliatieve zorgen in het attractiegebied:

- West-Vlaanderen: 2 (Oostende en Brugge)
- Antwerpen: 2 (Mortsel en Wuustwezel)
- Brussel: 1 (Elsene)

Er wordt, net zoals voor herstellverblijven, aangegeven dat deze vraag stijgt.

Lokale dienstencentra (LDC)

Wanneer we de omgeving van de 4 lokale besturen verder verkennen, kunnen we enkele dichtstbijzijnde lokale dienstencentra (LDC) terugvinden. In onderstaande tabel werden de voorzieningen opgeteld die in de 4 lokale besturen, het attractiegebied of in de omringende gemeenten gelokaliseerd zijn. De locaties van deze voorzieningen werden gevisualiseerd op een kaart. Dit is terug te vinden in bijlage 4.

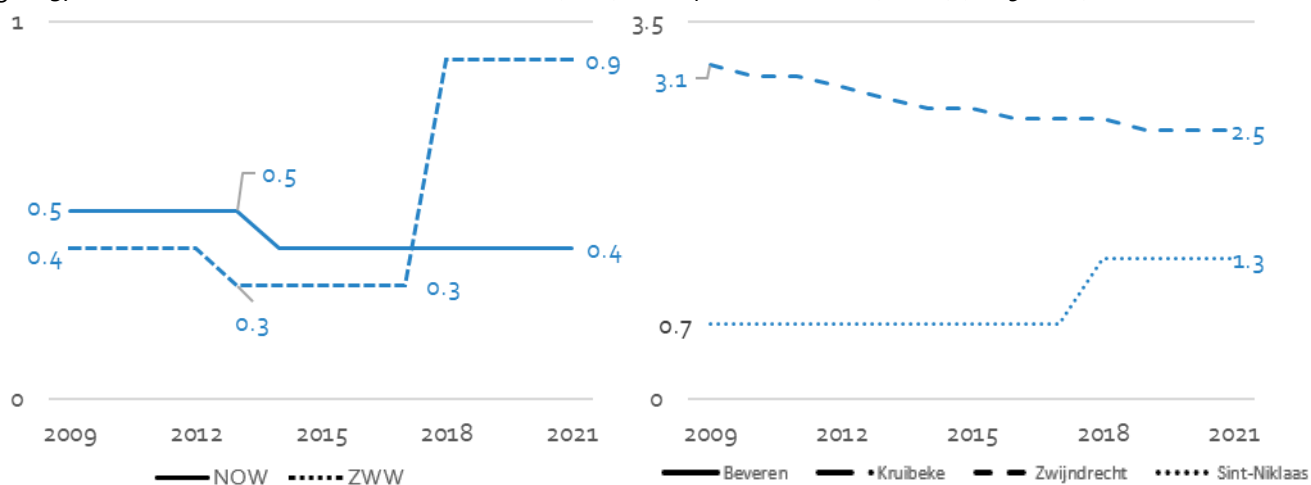
Tabel 23. Aantal LDC opgedeeld per ELZ en lokaal bestuur

Locatie	Aantal van ZPW	Aantal van overig aanbod
ELZ ZWW	4	1
Sint-Niklaas	4	0
ELZ NOW	3	0
Beveren	2	0
Kruibeke	0	0
Zwijndrecht	1	0
Overig aanbod in de regio, maar uit het attractiegebied	/	10

In beide eerstelijnszones samen zijn er tot op heden 4 erkende lokale dienstencentra. In NOW is er 1 erkend LDC (2009-heden). In ZWW was er 1 erkend LDC van 2009-2017 en 3 vanaf 2017-heden. In 2021 waren de Houtmere, 't Lammeken, Den Aftrap en De Schutterij erkend. Beveren heeft 2 LDC die (nog) niet erkend zijn. Kruibeke heeft geen LDC. ZPW vroeg erkenningen aan voor De Beuken, Den Dissel, Den Birkenblok, en De Rui (operationeel vanaf 2023). In Melsele komt er vanaf het voorjaar 2023 een dienstencentrum in combinatie met 28 assistentiewoningen.

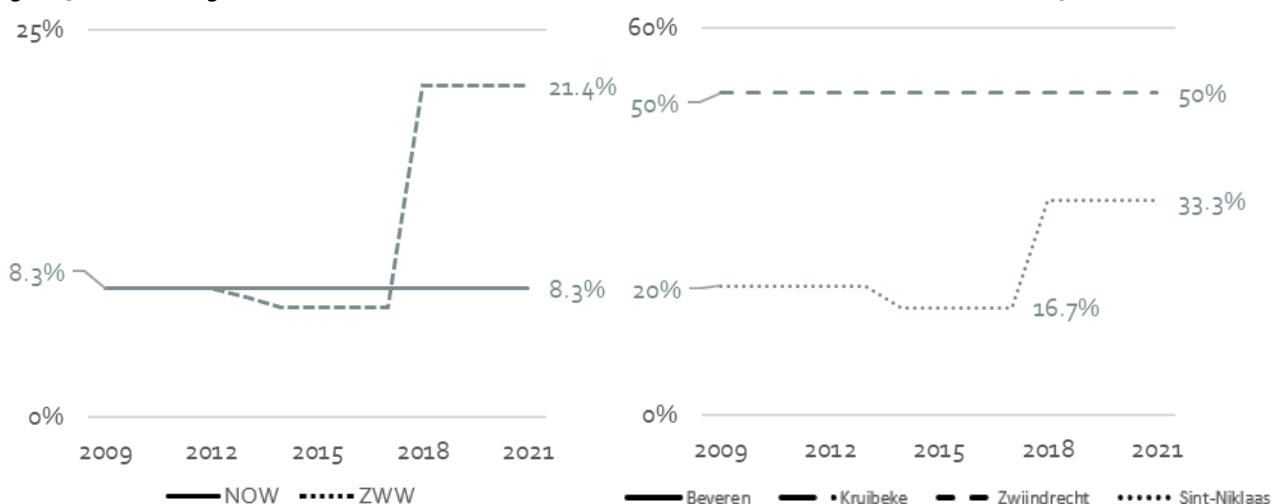
De aanbodratio en realisatiegraad van NOW bleven vrij stabiel, terwijl beide sterk stegen in ZWW. Ondanks dat het stabiel blijft in NOW, daalt de aanbodratio in Zwijndrecht met 19%. Dit stijgt in Sint-Niklaas met 86%. In Sint-Niklaas stijgt de realisatiegraad alsook met 67%.

Figuur 57. Aanbodratio van LDC in ELZ NOW en ZWW (links) en de 4 lokale besturen (rechts) (2009-2021)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Figuur 58. Realisatiegraad van LDC in ELZ NOW en ZWW (links) en de 4 lokale besturen (rechts) (2009-2021)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Ambulant aanbod voor personen met (jong)dementie

Het aanbod voor personen met (jong)dementie in het attractiegebied werd in onderstaande tekst in kaart gebracht. Volgende initiatieven zijn aanwezig in de regio:

- **Buddywerking:** De Companjong, voor jongdementie (Sint-Niklaas)
- **Zorgbegeleiding:** Zorgbegeleiding vanuit Familiezorg (met locatie in Sint-Niklaas)
- **Zorgpad dementie Waasland:** overzicht te geven bij wie je in het Waasland op welk moment van je ziekteproces terecht kan
- **Dwaalouderen/Vermiste personen:** Preventief voor een persoon met dementie een fiche in vullen waarin belangrijke informatie over de persoon staat; in samenwerking met drie politiezones, in samenwerking met Zorgpunt Waasland
- **Dementiecoach Waasland**
- **Praatcafé dementie Waasland:** 4 keer per jaar gratis infomomenten voor mantelzorgers, in samenwerking met Zorgpunt Waasland
- **Familiegroepen Alzheimer Liga**, in samenwerking met Zorgpunt Waasland
 - Familiegroep Sint-Niklaas: **LDC 't Lammeken**
 - Familiegroep Jongdementie Waasland: **LDC Den Aftrap**
 - Vlaamse lotgenotengroep Fronto-temporale dementie: (Campus Sint-Niklaas van Odisee)
- **Contactkoor**, in samenwerking met Zorgpunt Waasland
 - LDC Den Aftrap (Sint-Niklaas)
 - De Plataan (enkel met bewoners)
 - WZC Ter Engelen (Lokeren)
- **Pyscho-educatie 'Dementie en nu'** samen met Dendermonde, mutualiteiten, VITAZ,... 10 sessies voor mantelzorgers, in samenwerking met Zorgpunt Waasland

Bron: (Jongdementie.info; alzheimerliga.be; eerstelijnszone.be, 2022)

Ambulant aanbod voor personen met een beperking

Er zijn 13 vergunde initiatieven in het attractiegebied die ambulante diensten zoals dagbesteding aanbieden, naast Zorgpunt Waasland zelf (zie Tabel 24). Volgende dienstverlening werd niet opgenomen in de analyse: Bijstandsorganisaties (BO) aangezien deze niet locatiegebonden zijn, en Diensten Ondersteuningsplan (DOP) aangezien deze provinciegebonden zijn. Voor verschillende types budget en tegemoetkomingen voor personen met een beperking verwijzen we naar hoofdstuk 2.3.2.

Er zijn 2 vergunde centra met **Multidisciplinaire Teams (MDT):** [Het Veer CAR](#) en [Revalidatiecentrum AZ Nikolaas](#) in Sint-Niklaas. (VAPH; De Sociale Kaart; Zorgwijs, 2022) Een multidisciplinair team is een dienst die personen met een (vermoeden van) handicap bijstaat bij de aanvraag van ondersteuning bij het VAPH.

Het VAPH erkent en subsidieert een twintigtal **vrijtijdszorgorganisaties**; geen enkele daarvan bevindt zich in het attractiegebied van ZPW. Echter zijn er mogelijk wel andere organisaties actief in het gebied. Zo is er bijvoorbeeld De Pallieter, een vrijetijdsorganisatie voor personen met een beperking, actief in Beveren.

Tabel 24. Vergunde initiatieven voor ambulante aanbod voor personen met een beperking in het attractiegebied

Vergunde aanbieders*	Locatie	Doelgroep en aanbod
De Klokke	Sint-Niklaas	Dagbesteding en individuele begeleiding
Raakzaam	Sint-Niklaas	Kortdurend dag- en woonondersteuning
Raakzaam	Stekene	Werk (dagbesteding, dagondersteuning en begeleid werken), vrije tijd, netwerkondersteuning en gezinsbegeleiding, woon- en leefondersteuning en adviesverlening
De Klaproos**	Beveren	
De Hagewinde**	Lokeren	Dagopvang, begeleiding aan huis, pedagogische diensten, globale individuele ondersteuning enz. voor kinderen met GES, ASS, wel/niet in combinatie met licht tot matig mentale beperking
De Sperwer	Lokeren	Begeleiding aan huis, jobcoaching, dagcentra (atelierwerking) en zinvolle vrijetijdsbesteding
Emiliani	Lokeren	Ondersteuning bij werk (in beschermde omgeving, op de boerderij, werkeilanden) en vrije tijd (zowel in groep als individueel)
Alderande	Lokeren	Ambulante woonondersteuning en ondersteuning bij werk en vrije tijd
Katrinahof	Beveren	Zeer breed aanbod
Fiola vzw	Sint-Niklaas	Ambulante en mobiele ondersteuning, waaronder woonondersteuning, aan gezinnen met een baby, kind of jongere, (jong)volwassene met een beperking en hun netwerk in Oost-Vlaanderen, persoonlijke assistentie, begeleid werken, groepswerking. De Pallieters is een initiatief van groepswerking dat voor volwassenen in Sint-Niklaas wordt georganiseerd.
Enaga	Stekene	Aangepaste activiteiten
Holdamhoeve	Sint-Gillis-Waas	Be-leefboerderij
Zewopa vzw ***	Zwijndrecht	Woon- en zorgondersteuning aan mensen met een beperking in 6 sociale woonwijken in de provincie Antwerpen. Maaltijddienst, persoonlijke bijstand, verpleging, palliatief team, huishoudhulp, etc.
KOCA ZuidAs ***	Antwerpen	Zeer breed aanbod

*Een vergunde zorgaanbieder is een zorgaanbieder die zorg aanbiedt aan personen met een persoonsvolgend budget.

** De Klaproos en De Hagewinde zijn bijkomstig erkend als multifunctionele centra (MFC).

*** Buiten het attractiegebied

Bron: (VAPH; De Sociale Kaart; Zorgwijs, 2022)

2.4.3. Thuiszorg

Samenvatting

Binnen deze nota wordt thuiszorg gedefinieerd als diensten die bij een cliënt of patiënt thuis worden voorzien.

Wat leren we uit de cijfers?

Gezinszorg en aanvullende thuiszorg	<p>In alle lokale besturen zijn gezinszorg en poetshulp de twee voornaamste types die binnen de diensten van de zogenaamde 'gezinszorg en aanvullende thuiszorg' vallen. In de lokale besturen is het aantal uren gezinszorg gestegen sinds 2010, vooral in Zwijndrecht (108%).</p> <p>In het attractiegebied zijn er verschillende aanbieders actief; de voornaamste zijn Familiehulp, Familiezorg, Thuishulp en Zorgpunt Waasland zelf.</p>
Personenalarm en dienstencheques	<p>Een andere vorm van thuiszorg zijn personenalarmsystemen die als doel hebben om het veiligheidsgevoel van alleenwonende of thuiswonende zorgbehoevenden te maximaliseren. Er zijn tal van aanbieders op de markt, zoals Gerust, een zorgcentrale die werd opgesteld door een samenwerkingsverband tussen het Wit-Gele Kruis en de Christelijke Mutualiteit.</p> <p>Het gebruik van dienstencheques stijgt bij ouderen in beide ELZ: het verdubbelde in Beveren, Kruibeke en Sint-Niklaas en steeg met 162% in Zwijndrecht.</p>
Thuisverpleging	<p>Er zijn een heleboel spelers (variërend in grootte) actief binnen thuisverpleging in het attractiegebied. Er is voorlopig geen informatie beschikbaar over de aandelen van de verschillende spelers in de markt en eventuele doelgroepen waar zij zich op richten.</p>
Thuiszorg voor personen met een psychiatrische stoornis	<p>Er zijn 4 initiatieven die psychiatrische thuiszorg aanbieden in het attractiegebied, maar het is moeilijk in kaart te brengen in welke mate hier een grote vraag naar is.</p>

Gezinszorg en aanvullende thuiszorg

Een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg helpt patiënten in de thuisomgeving. Dit omvat enerzijds **gezinszorg**, wat doorgaans bestaat uit (dagelijkse) persoonsverzorging (wassen, aankleden, verzorging, enz.) en hulp in het huishouden (koken, wassen en strijken, enz.). Anderzijds omvat **aanvullende thuiszorg** diensten zoals poets- of schoonmaakhulp (poetsen, stof afnemen en stofzuigen, enz.), oppashulp en karwei- of klusjesdienst.

Onderstaande tabel geeft weer dat gezinszorg het grootste aandeel in uren van gezinszorg en aanvullende thuiszorgdiensten in beslag neemt (met gemiddeld 64% van het totaal), behalve in Zwijndrecht waar er iets meer poetshulp plaatsvindt. Gezinszorg wordt (behalve in Zwijndrecht) gevolgd door poetshulp. De aanvullende thuiszorgdiensten karwei-hulp en oppashulp worden in kleine mate voorzien en/of gevraagd.

Tabel 25. Aantal uur van de verschillende types gezinszorg en aanvullende thuiszorg

	Beveren	Kruibeke	Sint-Niklaas	Zwijndrecht	Totaal
Gezinszorg	81.299	21.586	187.397	31.361	321.643
% van totaal	61%	69%	68%	48%	64%
Poetshulp	50.639	8.463	86.244	33.844	179.190
% van totaal	38%	27%	31%	52%	35%
Karweihulp	533	270	1.594	118	2.514
% van totaal	0,4%	0,9%	0,6%	0,2%	0%
Oppashulp	445	1.181	1.484	0	3.110
% van totaal	0,3%	3,7%	0,5%	0,0%	1%
Totaal	132.916	31.500	276.719	65.323	506.457

Bron: (Provincie In Cijfers, 2022; Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021)

Beschikbare gegevens voor deze verschillende diensten worden achtereenvolgens doorlopen, starten met **gezinszorg**. Over de 4 lokale besturen heen voorzien de 3 grootste aanbieders (van de 12) meer dan 75% van de uren gezinszorg.

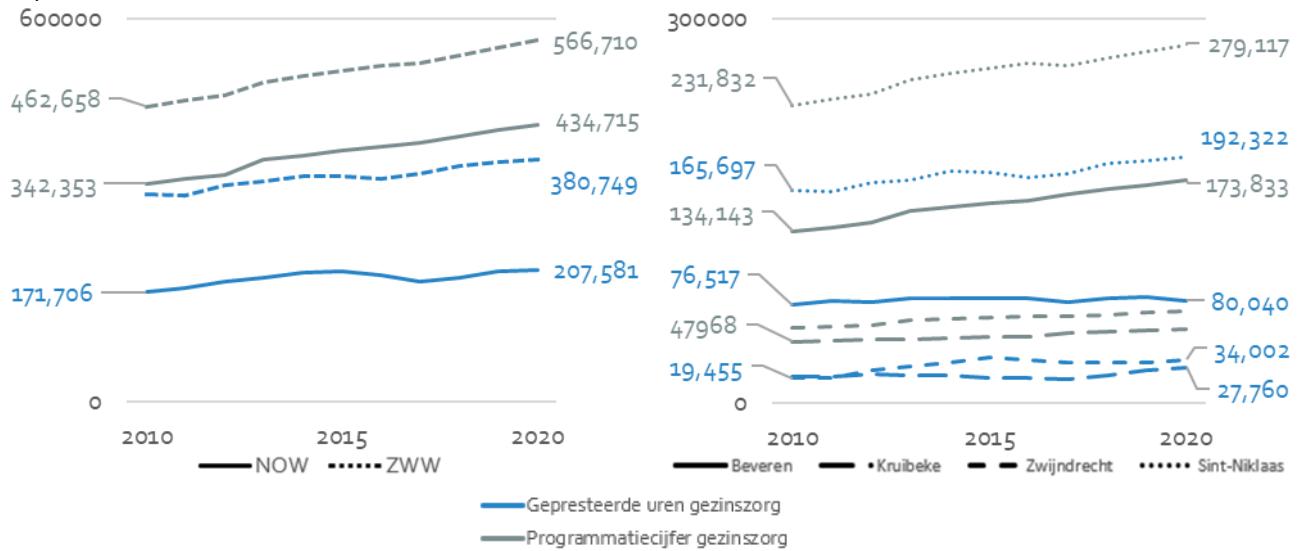
Tabel 26. Aandeel van het aantal uur van gezinszorg van verschillende organisaties per lokaal bestuur

Aanbieders	Beveren	Kruibeke	Sint-Niklaas	Zwijndrecht	Totaal
Familiehulp	37,6%	56,7%	34,2%	15,2%	34,7%
ZPW	32,3%	0,8%	24,4%	43,7%	26,7%
i-mens (vroeger Thuishulp)	12,8%	14,5%	15,6%	7,9%	14,0%
i-mens (vroeger Solidariteit voor het Gezin)	0,8%	6,7%	6,7%	0,1%	4,6%
Familiezorg Oost-Vlaanderen	7,9%	15,4%	11,0%	0,0%	9,4%
De Regenboog	5,6%	5,3%	0,0%	32,7%	4,9%
ZorgConnect Thuishulp	2,2%	0,0%	7,4%	0,0%	4,9%
Ferm (vroeger Landelijke Thuiszorg)	0,2%	0,5%	0,7%	0,3%	0,5%
Onafhankelijke Thuiszorg Verenigingen (Korian HomeCare)	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Thuiszorg vlemincveld	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
OCMW Temse	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Gezinszorg Villers	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Totaal aantal uur	81.299	21.586	187.397	31.361	321.643

Bron: (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021)

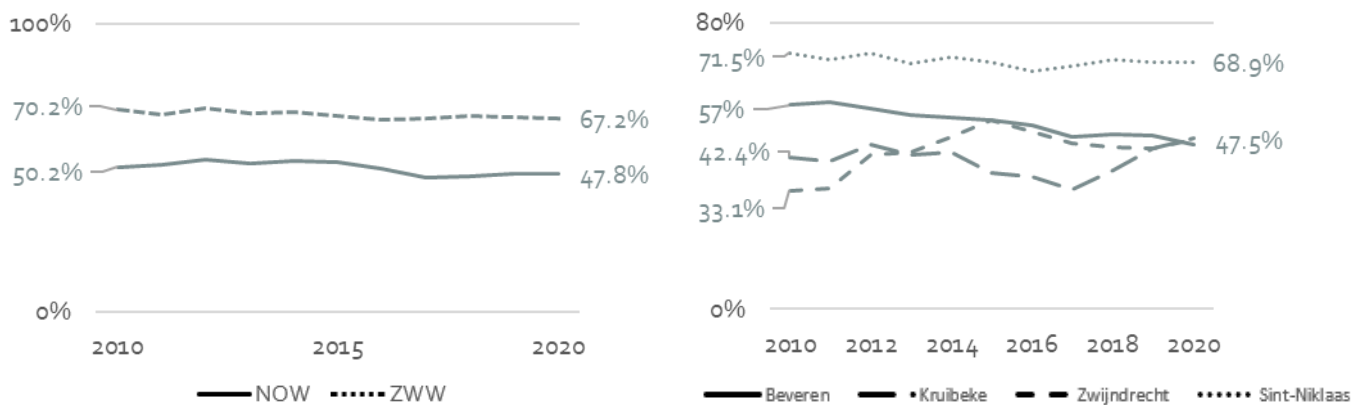
Voor het aantal uren gezinszorg is er ook een programmaticijfers beschikbaar. Sinds 2010 steeg het aandeel gepresteerde uren minder sterk in beide ELZ (22%) dan het programmaticijfer (ong. 30%). De realisatiegraad blijft daardoor stabiel in beide ELZ. In de lokale besturen is het aantal uren **gezinszorg** ook gestegen sinds 2010, vooral in Zwijndrecht (108%), gevolgd door Kruibeke (37%), Sint-Niklaas (22%) en Beveren (8%). Het programmaticijfer stijgt tussen 2010-2020 (rond de 23% gem.), dus de realisatiegraad stijgt enkel in Zwijndrecht (44%) en Kruibeke (13%), en daalt in Beveren (19%) en Sint-Niklaas (4%).

Figuur 59. Evolutie in aantal uur gezinszorg volgens programmatie en huidige capaciteit in ELZ NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2010-2020)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022; Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021)

Figuur 60. Realisatiegraad in ELZ NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2010-2020)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Bij **poetshulp** voorzien de 3 grootste aanbieders, van de 9 aanbieders, meer dan 80% van de uren poetshulp over de 4 lokale besturen heen.

Tabel 27. Aandeel van het aantal uur van poetshulp van verschillende organisaties per lokaal bestuur

	Beveren	Kruibeke	Sint-Niklaas	Zwijndrecht	Totaal
Familiehulp	37,8%	52,5%	41,4%	3,3%	33,7%
De Regenboog	43,7%	15,6%	0,0%	60,0%	24,4%
ZPW	3,1%	0,0%	32,6%	33,0%	22,8%
i-mens (vroeger Thuishulp)	11,7%	22,3%	18,9%	3,2%	14,0%
i-mens (vroeger Solidariteit voor het Gezin)	2,7%	4,6%	5,4%	0,0%	3,6%
Familiezorg Oost-Vlaanderen	0,7%	2,6%	1,8%	0,0%	1,2%
Onafhankelijke Thuiszorg Verenigingen (Korian HomeCare)	0,2%	2,3%	0,0%	0,2%	0,2%
SOWEL	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
Zorgbedrijf Antwerpen	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Totaal aantal uur	50.639	8.463	86.244	33.844	179.190

Bron: (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021)

Er zijn 5 aanbieders voor **karweihulp**. Daarvan bieden er 2 meer dan 80% van de uren karweihulp aan in de 4 lokale besturen.

Tabel 28. Aandeel van het aantal uur van karweihulp van verschillende organisaties per lokaal bestuur

	Beveren	Kruibeke	Sint-Niklaas	Zwijndrecht	Totaal
Familiehulp	53,9%	53,2%	33,0%	97,5%	42,6%
i-mens (vroeger Thuishulp)	45,9%	11,6%	38,4%	0,0%	35,3%
ZPW	0,0%	0,0%	23,5%	0,0%	14,9%
Familiezorg Oost-Vlaanderen	0,2%	35,2%	5,1%	0,0%	7,1%
SOWEL	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,1%
Totaal aantal uur	533	270	1.594	118	2.514

Bron: (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021)

Er zijn minder aanbieders aanwezig op vlak van **oppashulp**. Enkel Familiehulp biedt oppashulp aan in alle lokale besturen, behalve in Zwijndrecht.

Tabel 29. Aandeel van het aantal uur van oppashulp van verschillende organisaties per lokaal bestuur

	Beveren	Kruibeke	Sint-Niklaas	Zwijndrecht	Totaal
Familiehulp	100%	100%	100%	0%	42,6%
Totaal aantal uur	445	1.181	1.484	0	3.110

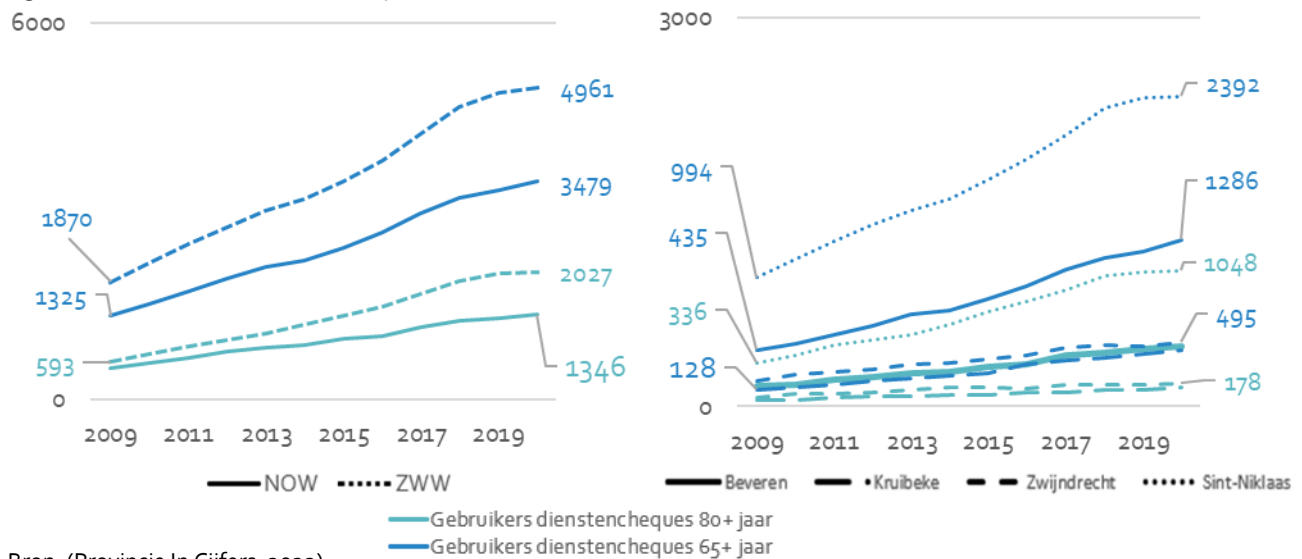
Bron: (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021)

Een andere vorm van thuiszorg zijn **personenalarmsystemen** die als doel hebben om het veiligheidsgevoel van alleenwonende of thuiswonende zorgbehoevenden te maximaliseren. Een personalarmsysteem stelt senioren en andere hulpbehoevenden in staat om op ieder moment en in geval van nood iemand te bereiken. In kader van de technologische toepassingen verwachten we dat ook deze systemen zich verder zullen ontwikkelen en kan ook nu al verder uitgebreid worden via bewegingsdetectoren, slimme detectoren, medicatiedispensers... (ING, 2019; Sociaal.net, 2016) Bij Zorgpunt Waasland is er enkel een aanbod van personalarmen via alarmtoestellen in de GAW. Er zijn tal van aanbieders op de markt, zoals Gerust, een zorgcentrale die werd opgesteld door een samenwerkingsverband tussen het Wit-Gele Kruis en de Christelijke Mutualiteit. Daarnaast zijn er nog andere initiatieven en/of mutualiteiten die, verbonden aan een zorgcentrale, personalarmsystemen aanbieden, bijvoorbeeld MobileAlarm.

Het gebruik van **dienstencheques** stijgt bij ouderen in beide ELZ. Bij de 65+'ers steeg het gebruik met gem. 164% in beide ELZ. Het gebruik is verdubbeld in Kruibeke (241%) en Beveren (196%) en gemiddeld 143% gestegen in Zwijndrecht en Sint-Niklaas. Bij 80+'ers verdubbelde het gebruik tussen 2009 en 2020 in ZWW

en steeg met 170% gestegen in NOW. Het gebruik bij 80+’ers is verdubbeld in Beveren, Kruibeke en Sint-Niklaas en met 162% gestegen in Zwijndrecht.

Figuur 61. Gebruik van dienstencheques in ELZ NOW en ZWW (links) en in de 4 lokale besturen (rechts) (2009-2020)



Bron: (Provincie In Cijfers, 2022)

Thuisverpleging

Er zijn verschillende diensten voor thuisverpleging actief in het attractiegebied; voor deze aanbieders is echter niet bekend hoeveel uren thuisverpleging zij bieden of welk aandeel hiervan.

- [Dienst voor Thuisverpleging Wit-Gele Kruis](#)
- [Dienst voor thuisverpleging ZorgConnect](#)
- [Altrio](#)
- [iZorg](#)
- [Homecare Eggermont](#)
- [Thuisverpleging OTV i.s.m. Zorgpunt Thuisverpleging](#)
- [Thuisverpleging Tempus](#)
- [Topzorg Waasland](#)
- [Hicare thuisverpleging](#)
- [Thuisverpleging Van Der Dood Liliane](#)
- [Thuisverpleging Mortelmans](#)
- [Thuisverpleging Hilde Colpaert](#)
- [TV Polet-Care](#)
- [Bart Vandenbroucke thuisverpleging](#)
- [zorgAThuis, Tatiana Ysewyn](#)
- [Thuisverpleging Zonnezorg](#)
- [Thuisverpleging Kim Vermeir](#)
- ...

Thuiszorg voor personen met een psychiatrische stoornis

Er zijn 4 initiatieven die thuiszorg aanbieden voor personen met een psychiatrische stoornis in het attractiegebied:

- **Psychiatrische thuiszorg van de Christelijke Mutualiteit:** De CM biedt een intensief hulpaanbod aan psychiatrische patiënten en hun mantelzorgers.
- **Mobiel team langdurige zorg [P.C. Sint-Hiëronymus](#) in Sint-Niklaas:** Het MTLZ biedt begeleiding aan huis op verschillende levensdomeinen (wonen, vrije tijd/ontmoeting, psychische gezondheid, ...) aan volwassenen van 16-65 jaar.
- **[Homecare Eggermont](#) in Sint-Niklaas:** Het team is gespecialiseerd in diverse thuisverplegings-toepassingen, zoals: Hygiënische zorg, wondzorg, stomazorg, palliatieve zorg, psychiatrische zorg,...
- **[CGG De Drie Stromen](#) in Lokeren:** Begeleiding en ondersteuning in de thuissituatie van volwassenen met langdurige psychische of psychiatrische problemen. Voor ouderen is er een samenwerking tussen CGG Waas & Dender en CGG De Drie Stromen om ondersteuning in het CGG, aan huis of in het woonzorgcentrum aan te bieden.

De dienstverlening hierboven werd opgenomen indien psychiatrische thuiszorg op de website werd vermeld. Het is dus zeker mogelijk dat ook andere thuiszorgaanbieders psychiatrische thuiszorg voorzien.

2.4.4. Aanvullend aanbod

Samenvatting

Wat leren we uit de cijfers?

Ziekenhuizen	Er zijn enkele algemene en psychiatrische ziekenhuizen aanwezig in de regio.
Aanbod mindermobielenvervoer	ZPW biedt enkel mindermobielenvervoer aan voor de inwoners van Kruibeke. Daarnaast zijn er tal van initiatieven beschikbaar in het attractiegebied; we identificeren aanbieders binnen aangepast vervoer, Minder Mobiele Centrale en niet-dringend ziekenvervoer.
Aanbod thuisopvang voor zieke kinderen	Ouders kunnen thuisopvang aanvragen op drie manieren, via mutualiteiten, via i-mens of via een onafhankelijke oppas. Er zijn 8 mutualiteiten die thuisopvang aanbieden via i-mens in het attractiegebied, waarbij de mogelijkheden en voordeligste keuze verschillen per mutualiteit.
Sociale huisvesting	Er zijn tal van sociale huisvestingsmaatschappijen in de regio waarbij verschillende doelgroepen beroep kunnen doen op sociale woningen onder bepaalde voorwaarden.

Ziekenhuizen

Er zijn enkele algemene en psychiatrische ziekenhuizen aanwezig in de regio:

- [VITAZ](#) (Sint-Niklaas en Lokeren)
- [Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia](#) (Sint-Niklaas en Beveren)
- Psychiatrisch Ziekenhuis en Revalidatiecentrum Sint-Hiëronymus (Sint-Niklaas)

Mindermobielenvervoer

In onderstaande tabel worden de initiatieven voor mindermobielenvervoer weergegeven die in de 4 lokale besturen, het attractiegebied of in de omliggende gemeenten gelokaliseerd zijn. De gedetailleerde informatie is terug te vinden in bijlage 4.

Tabel 30. Aantal initiatieven van mindermobielenvervoer opgedeeld per ELZ en lokaal bestuur

Locatie	Aantal ZPW	Aantal overig
ELZ ZWW	0	9
Sint-Niklaas	0	6
ELZ NOW	1	14
Beveren	0	4
Kruibeke	1	6
Zwijndrecht	0	3
Overig aanbod in de regio, maar uit het attractiegebied	/	2

We onderscheiden 3 types mindermobielenvervoer in de regio van Zorgpunt Waasland.

1. Aangepast vervoer

Dit is een algemene benaming voor deur-tot-deurvervoer van personen met een mobiliteitsbeperking. Op het gewenste tijdstip wordt de cliënt, al dan niet met een aangepast voertuig, naar de bestemming gebracht. Men spreekt van 'Openbaar Aangepast Vervoer' wanneer de vervoeraanbieder personen met een mobiliteitsbeperking vervoert aan een sociaal tarief.

Bv. [VZW IKOO](#) is door de overheid erkend om aangepast vervoer te organiseren, voor alle inwoners in de regio Waas en Dender die minder mobiel of rolstoel gebonden zijn. Dit omvat geen dagelijks ziektevervoer bv. revalidatie of nierdialyse.

2. Minder Mobiele Centrale (MMC)

Dit type vervoer wordt aangeboden door de gemeente, het OCMW of een andere organisatie. Het vervoer wordt georganiseerd via vrijwilligers. Indien er geen of te weinig vrijwilligers in de gemeente aanwezig zijn, kan er geen [MMC](#) georganiseerd worden.

Gebruikers dienen lid te worden van het MMC bij hun gemeente. De vereisten voor lidmaatschap zijn leeftijd, ziekte of mensen met een sociale beperking die het openbaar vervoer niet kunnen gebruiken vanwege de gezondheidsstatus en een loon niet hoger dan 2 keer het leefloon.

3. Niet-dringend ziekenvervoer

Dit wordt aangeboden door professionele vervoersdiensten, voor ritten naar/van revalidatie, nierdialyse, gemeentehuis,... Het omvat niet-dringend liggend of zittend ambulancevervoer en niet-dringend rolstoelenvervoer. Er geldt een terugbetaling door de mutualiteit met een persoonlijk aandeel.

Dienst thuisopvang voor zieke kinderen

De inwoners in het attractiegebied kunnen beroep doen op thuisopvang voor zieke kinderen via 3 manieren.

1. Enerzijds kunnen ze beroep doen op het **aanbod van de mutualiteiten**, anderzijds op het aanbod van [i-mens](#) en daarnaast kunnen ze ook terugbetaling verkrijgen van een onafhankelijke oppas via de mutualiteit. Deze mutualiteiten bieden dus zelf thuisopvang aan voor zieke kinderen. De Christelijke Mutualiteit biedt bijvoorbeeld opvang aan voor (chronisch) zieke kinderen via hun CM-oppas en [Skoebidoe](#).
2. Daarnaast zijn er 8 mutualiteiten in het attractiegebied die een **samenwerkingsakkoord met i-mens** hebben. In dit geval vraagt de burger een oppas aan via de mutualiteit, maar wordt de oppas uitgezonden door i-mens. De mutualiteit betaalt in dit geval de dienst terug. De mate van terugbetaling verschilt per mutualiteit.

8 mutualiteiten uit het attractiegebied hebben een samenwerkingsakkoord met i-mens: Bond Moyson Oost-Vlaanderen, De Voorzorg Antwerpen, Helan, LM-Plus, LM Oost-Vlaanderen, Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen, Mutualia, Vlaams & Neutraal Ziekenfonds.

3. Tenslotte bieden enkele mutualiteiten een **combinatie** aan van de verschillende opties, bv. de Liberale Mutualiteit. De burger kan ook direct en onafhankelijk beroep doen op i-mens, wat in sommige gevallen achteraf terugbetaald wordt door de mutualiteit. Indien er geen samenwerking is met de mutualiteit van de zorggebruiker, kost de oppasdienst 21 euro/uur.

Sociale huisvesting

Er zijn tal van sociale huisvestingsmaatschappijen (SHM) in de regio waarbij verschillende doelgroepen beroep kunnen doen op sociale woningen waarbij elke SHM voorwaarden heeft om een woning te kunnen huren of kopen. De voorwaarden hebben altijd een minimumleeftijdsgrens (18 jaar), maar nooit een maximumleeftijdsgrens.

Tabel 31. Sociale huisvestingsmaatschappijen in de 4 lokale besturen en het attractiegebied

Sociale Huisvestingsmaatschappij	Sint-Niklaas	Beveren	Zwijndrecht	Kruibeke	Overige binnen attractiegebied & Antwerpen
Sint-Niklase Mij. Voor de Huisvesting (Huren)	X				
SVK Waasland (Huren en verhuren)	X	X		X	Lokeren, Sint-Gillis-Waas, Stekene en Waasmunster
Waasse Landmaatschappij (Kopen en lenen)	X	X	X	X	Lokeren, Sint-Gillis-Waas, Stekene
Gewestelijke Maatschappij voor Huisvesting (Huren)	X	X		X	Temse
Woonpunt Schelde-Rupel (Huren)			X		Schelle
Sociale Bouw-en Kredietmij. Arro Antwerpen (Kopen en lenen)			X		Arrondissement Antwerpen
WoonAnker Waas (Huren)	X				Temse, Sint-Gillis-Waas, Stekene

Opmerking: Door de reorganisatie in de sector zullen er vermoedelijk maar enkele spelers zullen overblijven waardoor dit overzicht mogelijk niet langer relevant is.

2.4.5. Samenwerking en netwerken

Samenvatting

Wat leren we uit de cijfers?

In de regio zijn er een heleboel samenwerkingen voor verschillende doelgroepen en rond verschillende thema's (personen met dementie, jeugd, GGZ, palliatieve zorg, chronische zorg, Zorgzame Buurten,...). Zorgpunt Waasland neemt onder meer een actieve rol op bij Zorgzame Buurten en verschillende initiatieven voor personen met dementie.

Samenwerking en netwerken

Er zijn tal van initiatieven aanwezig in het attractiegebied. Hieronder worden enkele van deze initiatieven toegelicht:

- **Werkburo Oost-Vlaanderen:** Is een functioneel samenwerkingsverband tussen 8 sociale ondernemingen: Den Dries, De Vierklaver, Mozaïek, Obra|Baken, Schoonderhaege, Raakzaam, WONOzo, Zonnehoeve|Living+. De samenwerking integreert de middelen en expertise op vlak van jobcoaching op de meest effectieve manier.
- **Zorgzame buurten (pilotprojecten):**
 - **Gazometerwijk Sint-Niklaas:** Participatief traject, burenhulpsysteem & actiegericht overleg, met ZPW als actieve partner
 - **Stekene Boezjeert:** Intergenerationele en inclusieve leef-, zorg-, en woonsite
 - **Buurtzorg 9160 Lokeren:** Ondersteunen/verbreden van buurtontmoeting en versterken van welzijnsorganisaties
- **Chronic Care projecten: Geïntegreerde Zorg Waasland:** Zelfzorg, casemanagement & zorgcontinuïteit verzekeren
- **Netwerk Palliatieve Zorg Waasland** staat ten dienste van alle inwoners en hulpverleners in de gemeenten Beveren, Lokeren, Sint-Gillis-Waas, Kruibeke, Sint-Niklaas, Stekene en Temse.
- De Eerstelijnszone NOW en ZWW nemen deel als partner in volgende initiatieven:
 - **Begeleidingscommissies** ontslagmanagement Vitaz in het Waasland
 - **Leernetwerk Huizen van het Kind** ELZ Waasland
 - Een duurzame en bovenlokale samenwerking voor een betere [perinatale gezinsondersteuning](#)

- **Overlegplatform Dementie (OPD)** Waasland is een overlegorgaan dat openstaat voor alle zorgaanbieders die werken met personen met dementie en hun omgeving; samenwerking tussen de verschillende partners van het Waasland, de eerstelijnszones van het Waasland en het Expertisecentrum Dementie Meander
- **Regionaal zorgplatform** Waas en Dender

2.4.6. Arbeidsmarkt, opleidingen en omgaan met personeelstekort

Samenvatting

Wat leren we uit de cijfers?

We merken een sterke vergrijzing op in de arbeidsmarkt van de zorgsector in Vlaanderen; daarnaast worden nieuwe vacatures moeilijker ingevuld. De werkbaarheid in de sector daalde wat een hogere werkdruk impliceert. Wel stijgt het aantal vrijwilligers in de sector.

Daarnaast werd in kaart gebracht welke scholen in het attractiegebied opleidingen bieden die interessant kunnen zijn voor een instroom aan personeel bij Zorgpunt Waasland. De opleidingen omvatten opties in secundair onderwijs, hoger beroepsonderwijs, hoger onderwijs, volwassenenonderwijs en andere types opleidingen in Sint-Niklaas en Beveren. Er kunnen hier verschillende opties liggen om een grotere instroom aan te spreken vanuit deze opleidingen.

Arbeidsmarkt

Het tekort aan zorgpersoneel is ondertussen een welgekende uitdaging binnen de gezondheidszorgsector, en in het bijzonder in de ouderen- en thuiszorg. Welzijn en zorg vormen de groeisectoren op de Vlaamse arbeidsmarkt en vertegenwoordigen bijna 20% van de totale tewerkstelling en een jaarlijkse groei van zo'n 2%. Echter, groeit de vraag naar zorg nog sneller dan de tewerkstelling. In meer dan de helft van de OESO-landen is de vergrijzing groter dan de groei van het aanbod aan langdurige zorg en is het aantal werknemers in de langdurige zorg gestagneerd of gedaald. Bijgevolg zijn er momenteel meer dan 20.000 openstaande vacatures voor knelpuntberoepen in de zorg. (Aeyels, 2021).

Een derde van de werknemers in de zorgsector is ouder dan 50 jaar (zie Tabel 32) en voor elke honderd (oudere) uittreders zijn er maar zestig (jongere) instromers. Met andere woorden, ook het personeel in de zorgsector vergrijst, dit gebeurt 3 keer sneller dan in andere sectoren op de arbeidsmarkt. Van alle 65-69-jarigen die nog actief zijn, werkt 17% binnen de zorgsector, het merendeel van hen is arts. (Statbel, 2020)

Tabel 32. Leeftijdsgroepen actief in de zorg in Vlaanderen (2019)

Leeftijdsgroep	% van leeftijdsgroep actief in de zorg
15-24	12%
25-49	15%
50+	15%
waarvan 65-69	17%

Bron: (Statbel, 2020)

Enkele kenmerken van het werk in de zorgsector:

- 47% van de werkenden in de zorgsector werkt **deeltijds** (vs. 22% in andere sectoren)
- 37% werkt op **zondag** (vs. 20% in andere sectoren)
- 44% werkt op **zaterdag** (vs. 36% in andere sectoren)
- 39% werkt 's **avonds** (vs. 34% in andere sectoren)
- 18% werkt 's **nachts** (vs. 11% in andere sectoren)

Sinds 2010 werd er een achteruitgang in de werkbaarheidsgraad (SERV) in de zorg- en welzijnssector opgemerkt. Dit zakte van 60% in 2010 naar 50,8% in 2019. Deze trend is ook zichtbaar op de Vlaamse arbeidsmarkt, maar is sterker uitgesproken binnen de zorg- en welzijnssector. (Zorgnet-Icuro, 2020)

In de woonzorgcentra is deze werkbaarheidsgraad zelfs 41,5%. Daar nam, tussen 2013 en 2019, het aandeel werknemers in een hoge werkdruksituatie toe van 39,9% naar 49,4% en de groep met emotioneel belastend werk van 35,4% naar 47,2%. Bijgevolg steeg ook het aandeel van dit personeel met werkstressklachten van 35,3% in 2013 naar 45,3% in 2019. (SERV, 2019)

Voor een job als zorgkundige bieden zich gemiddeld maar 2,5 kandidaten aan, terwijl er gemiddeld op de Vlaamse arbeidsmarkt 7,1 werkzoekenden per vacature zijn, wat al als 'krapte' wordt beschouwd. Het is in heel wat regio's niet eenvoudig om voldoende gekwalificeerd en gemotiveerd personeel zoals verpleegkundigen, zorgkundigen en kinesitherapeuten aan te werven. (Sociale Economie, sd)

Het aantal ouderen dat zich engageert in het vrijwilligerswerk gaat in stijgende lijn. Bovendien blijven ze vaak tot hoge leeftijd actief: waar hun engagement een decennium of twee geleden eindigde rond 70 jaar, zien we nu dat heel wat 70- en 75-plussers zich engageren in het vrijwilligerswerk. 60-plussers participeren significant meer in de gezondheidszorg in vergelijking met 15-49-jarigen. (Koning Boudewijnstichting, 2019)

Een onderzoek voor de Vlaamse Overheid gaf aan dat de tewerkstelling in de sector gezondheidszorg en maatschappelijke diensten steeg tussen 1990 en 2015 met gemiddeld 3,1% per jaar. Tussen 1990 en 2015 was dit aantal al meer dan verdubbeld tot 349 000. Hun aandeel in de totale tewerkstelling steeg daarmee van 7,7% in 1990 naar 13,1% in 2015. Wanneer we deze groei doortrekken, zou in 2050 bijna 1 op 4 van de werkenden (22,5%) aan deze sector toe te wijzen zijn. (Sels, Vansteenkiste, & Knipprath, 2017)

Een eerder onderzoek voor het Departement Werk en Sociale Economie schatte dat de vraag naar arbeidskrachten de komende 45 jaar met 41% zal toenemen in de ziekenhuizen, met 170% in de woonzorgcentra en met ongeveer 90% in de thuiszorgsegmenten. Volgens de onderzoekers zal dit ook een ander zorgmodel vragen met nieuwe jobs, nieuwe competenties en andere (zorg)loopbanen. (De Klerck, et al., 2015)

Scholen

Onderstaande tabel geeft weer welke scholen of opleidingscentra opleidingen aanbieden die interessant kunnen zijn voor Zorgpunt Waasland i.k.v. instroom van personeel of stagiairs. De tabel toont aan dat het aanbod zich situeert in Sint-Niklaas en Beveren.

Uiteraard kunnen ook deze laatste beroep doen op de stagiairs, studenten met taken (bv. bachelorproef, onderzoek,...) of afgestudeerden. Onderstaande tabel toont dat het opleidingsaanbod aangeboden wordt door veel verschillende types onderwijs en dat er een groot aanbod aanwezig is in de regio om personeel uit aan te trekken. Het volwassenonderwijs biedt alsook een uitgebreid aanbod aan. Hier kunnen verschillende opties liggen om een grotere instroom vanuit deze opleidingen aan te spreken.

Tabel 33. Relevante opleidingen voor ZPW in Sint-Niklaas en Beveren

Lokaal bestuur	Type onderwijs	Scholen	Specifiek relevant aanbod
Sint-Niklaas	Secundair onderwijs	Scholen Da Vinci – Forum Da Vinci	<ul style="list-style-type: none"> • Sociale en Technische Wetenschappen (TSO) • Verzorging (BSO) •
		Technisch Instituut Sint-Carolus	<ul style="list-style-type: none"> • Verzorging (BSO) • Farmaceutisch-technisch assistent (TSO) • Gezondheids- en welzijnswetenschappen (TSO) • Jeugd- en gehandicaptenzorg (TSO) • Sociale en technische wetenschappen (TSO) Specialisatiejaren*: Kinderbegeleider, kinderczorg, organisatie-assistentie, thuis- en bejaardenzorg/zorgkundige, verzorgende/zorgkundige, leefgroepwerking
	Hoger beroepsonderwijs	Vesaliusinstituut St. Niklaas	• Verpleegkunde (HBO-opleiding)
		Thomas More	• Groot aanbod aan relevante opleidingen
	Hoger onderwijs	Odisee	• Werkt samen met Sint-Carolus Instituut voor Verpleegkunde
	Volwassenen-onderwijs	LBC Volwassenonderwijs	• Groot aanbod aan relevante opleidingen
		CVO Focus	• Groot aanbod aan relevante opleidingen
Verskillende types opleiding	Syntra	• Groot aanbod in duaal leren, voltijdse dagopleidingen, avondopleidingen en bijscholingen	
Beveren	Secundair onderwijs	GO! Kon. Atheneum Beveren-Waas	<ul style="list-style-type: none"> • Verzorging (BSO) • Schoonheidsverzorging (TSO) • Specialisatiejaar: Kinderzorg, thuis- en bejaardenzorg/zorgkundige
		Sint-Maarten campus Bovenschool	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderzorg (BSO Specialisatiejaar) • Verzorging (BSO) • Sociale en technische wetenschappen (TSO) • Specialisatiejaar: Thuis- en bejaardenzorg/zorgkundige
	Volwassenen-onderwijs	LBC Volwassenonderwijs	• Groot aanbod aan relevante opleidingen
		CVO Focus	• Groot aanbod aan relevante opleidingen
Campusen in: Beveren, Hamme, Lokeren, Zele	Volwassenen-onderwijs	CVO Groeipunt	• Groot aanbod aan relevante opleidingen

Omgaan met personeelstekorten

Zoals aangetoond in de omgevingsanalyse, vormt het tekort aan zorgpersoneel een aanslepende bezorgdheid. Inzetten op één strategische piste om het tekort aan personeel te verlichten, zal onvoldoende mogelijkheden bieden. Een **meersporenbeleid** is hierbij dus nodig en een recent rapport van de OESO geeft 3 pistes aan om op in te zetten: aanwerving van nieuwe werknemers, behoud en retentie van huidige werknemers en het verhogen de productiviteit. (Aeyels, 2021, OECD, 2020)

Bij elk van deze pistes zijn zorgorganisaties onderhevig aan de bestaande regelgeving en financieringsmogelijkheden. Bij elke piste zijn er bijgevolg ook aanbevelingen voor het beleid, enkele daarvan worden ook reeds opgepikt (bv. het VIA-6 akkoord, inzet op geïntegreerde zorg,...).

Los van de afhankelijkheid van het huidige beleid, liggen er ook mogelijkheden voor zorgorganisaties zelf. In onderstaand overzicht geven we enkele van deze aandachtspunten mee op basis van studies van de OESO, VOKA, en van praktijkvoorbeelden. (Aeyels, 2021, OECD, 2020)

1) Inzetten op de aanwerving van nieuwe werknemers

Het verlenen van **financiële steun voor opleiding aan personeel in de (langdurige) zorgsector** is een doeltreffende beleidsoptie in de aanwerving van nieuwe werknemers. Het OESO-rapport benadrukt ook het **aantrekkelijker** maken van het imago van zorgorganisatie of de sector in het algemeen. Daarnaast kan ook de **'pool' waaruit men aanwerft** breder bekeken worden:

- Het **Noorse "Men in Health Recruitment Programme"** legde de focus op aanwerving en opleiding van mannen in de gezondheids- en zorgsector. Dergelijke initiatieven blijken doeltreffend aangezien mannen langer in de sector blijven en gemiddeld meer uren werken dan vrouwen. (OECD, 2020)
- Ook **arbeidsmigratie** kan opportuniteiten bieden. Aurora is een pilootproject, gestuurd door het consortium **Dignitas**, dat **knelpuntvacatures in de zorgsector** wil invullen door actieve arbeidsmigratie uit regio's en landen met een arbeidsreserve aan geschoold zorgpersoneel. Aurora zorgde er bijvoorbeeld voor dat een groep Indiase verpleegkundigen een intensief voortraject van ongeveer 6 maanden kregen en tewerkgesteld werden in een woonzorgcentrum. Men gaf aan dat het project ook nieuwe expertise binnenbrengt waardoor een andere sensitiviteit wordt ontwikkeld voor diversiteitsvraagstukken. (Zorgnet-Icuro, 2022)

2) Inzetten op behoud en retentie van huidige werknemers

Via een verbetering van arbeidskwaliteit kan men de tevredenheid van werknemers verhogen en zo ook retentie in de organisatie. Het aanbieden van een aantrekkelijk loonpakket maakt hier deel van uit, maar uiteraard spelen ook andere factoren een belangrijke rol.³

- Het bevorderen van een **gezondere werkomgeving** verhoogt de tevredenheid bij het zorgpersoneel. Dit concept kunnen we breed interpreteren: veiligheidsnormen i.v.m. adequate personeelsbezetting zijn hier een onmisbaar onderdeel van, maar ook de **werkorganisatie** in zorginstelling heeft hier een belangrijke invloed op.

Het OESO-rapport vindt minder personeelsverloop bij organisaties in de ouderenzorg met managementmodellen die een **grotere flexibiliteit** toelaten in de planning (bv: flexibele uurroostering) en keuze van diensten. Ook **zelfsturende teams** zorgen ervoor dat verpleegkundigen meer autonomie hebben om niet alleen het type, maar ook de hoeveelheid zorg te bepalen die elke patiënt nodig heeft. Het **Buurtzorg-model** van Nederland is hier een mooi voorbeeld van. (OECD, 2020)

- Het verminderen van de zogenaamde **'skills mismatch'** heeft ook een positieve impact op de ontevredenheid van het zorgpersoneel.

Eenzijds kan een betere (en permanente) opleiding of vorming voor zowel jonge als ervaren werknemers bijdragen tot een betere mix van functies en competenties in zorginstellingen. Voornamelijk op vlak van **geriatrische kennis, communicatie en interpersoonlijke vaardigheden** identificeert men vaak tekortkomingen in de sector.⁴ In het buitenland gebeurt dit onder meer via de invoering van beurzen voor verpleegkundigen

³ Zorgpunt Waasland organiseert een Welzijnsbevraging onder het volledige personeel, waar acties per vestigingsplaats en een permanente opvolging uit resulteerden.

⁴ Er zijn ook referentiepersonen binnen ZPW voor dementie, palliatieve zorg, wondzorg, diabetes, stomazorg.... En zij hebben mede als taak om die kennis binnen de organisatie door te geven. (en om bij te blijven)

die gespecialiseerd zijn in geriatrische zorg en de bevordering van stagemogelijkheden voor verpleegkundigen in langdurige zorg. (OECD, 2020)

Anderzijds, kan ook taakverschuiving of -delegatie hier nieuwe inzichten bieden; dit wordt besproken in het volgende onderdeel. (Aeyels, 2021)

3) Inzetten op een stijging in productiviteit

Het verhogen van efficiëntie en productiviteit bij het zorgpersoneel kan op verschillende manieren:

- **Innovatieve technologieën** vinden hun weg naar langdurige zorg. Momenteel is dit vaak nog in relatief 'eenvoudige' vormen zoals smartphones, alarmsystemen, sensoren en GPS-monitoren. Andere, meer gesofisticeerde apparaten (bv. bewakings- en begeleidingsrobots) of complexere technologieën (bv. zelfvoorzienende smart-homes) doen ook hun intrede. De integratie van nieuwe technologieën moet vooral dienen om het zorgpersoneel te ondersteunen bij het toezicht op oudere patiënten, het registreren en verwerken van patiëntengegevens en het verbeteren van de werkomstandigheden van het zorgpersoneel. (OECD, 2020)
- Veel landen zijn sterk afhankelijk van **mantelzorgers** om ouderen te helpen. In België is het aandeel ouderen dat wordt bijgestaan door mantelzorgers met 46% zelfs het hoogste onder de onderzochte OESO-landen. Tegelijkertijd zien we een dalende mantelzorgratio en is er te weinig coördinatie tussen formele en informele zorgverleners. Het hebben van **een beleid ter ondersteuning van een betere coördinatie van de door (formele én informele) zorgverleners verleende diensten** en ter bevordering van een meer geïntegreerde zorg in alle gezondheids- en sociale sectoren. Vanuit dit perspectief wordt (onder meer) in Noorwegen en Duitsland ingezet op het inzetten van zorgprofessionals als case managers. Een onderdeel van hun taken omvat de communicatie tussen formele en informele zorgverleners en hiertoe worden ook opleidingen voorzien rond communicatieve vaardigheden. (OECD, 2020)
- **Taakverschuiving** organiseert een herverdeling van taken van gezondheidswerkers binnen en tussen teams om **vaardigheden beter af te stemmen op (veranderende) behoeften** van zorgvragers en op opportuniteiten (bv. van technologie). Zo draagt een andere verdeling van zorgtaken bij aan een meer geïntegreerd zorgsysteem met patiënt- en cliëntgerichte zorg, op maat van de veranderende zorgvraag in een verouderende samenleving. (Aeyels, 2021)

Taakverschuiving kan namelijk 3 wijzigingen in rollen kan omvatten: **uitdieping** (uitbreiding via bijkomende vaardigheden en competenties), **substitutie** (verantwoordelijkheid van een taak of rol overdragen van het ene type zorgverlener naar een ander) en **delegatie** (overdracht van taken of rollen naar een 'lager' punt in een hiërarchie). Terwijl het zo is dat verpleegkundigen vaak werk verrichten waarvoor zij overgekwalificeerd zijn (bv. het aankleden van ouderen) en dat taakdelegatie hier een oplossing kan bieden, gaat taakverschuiving veel breder dan dat. Bovendien kan taakverschuiving ook tussen zorgverlener en zorgvrager plaatsvinden. (Aeyels, 2021; OECD, 2020)

Belangrijk om hierbij indachtig te zijn, zijn de risico's van **taakversnippering** waardoor de voordelen van taakverschuiving sterk dalen.

Via samenwerkingen tussen zorgorganisaties kan men bovendien taakverschuiving realiseren ook binnen de afgebakende grenzen van functieprofielen en loonschalen.

- Omwille van taakverschuiving, technologie en de verschuiving richting geïntegreerde zorg, zal **levenslang leren en interdisciplinaire opleiding** cruciaal worden. Het aanreiken van **perspectief** aan zorgpersoneel binnen dergelijk opleidingskader kan bovendien ook een

ambitieuzer perspectief op de carrière in de zorg opleveren, iets wat volgens de rapportering vaak onvoldoende aanwezig is om potentiële werknemers aan te trekken.

2.5. SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In wat volgt worden de besproken aspecten van zorgvraag- en aanbod. Vervolgens leggen we enkele belangrijke aspecten van zorgvraag en -aanbod naast elkaar om verdere conclusies te trekken uit deze omgevingsanalyse en discrepanties in kaart te brengen.

2.5.1. Zorgvraag samengevat

a) Demografische factoren

De oudere populatie in de 4 lokale besturen van ZPW wordt **groter** (vergrijzing) en **gemiddeld ouder** (interne vergrijzing). Het aandeel jongeren in de populatie blijft stabiel t.o.v. de beroepsbevolking en het aandeel potentiële mantelzorgers daalt doorheen de tijd. Dit zijn o.a. de personen die informele zorg kunnen bieden aan de ouderen. Dit leert ons dat de vraag naar en druk op formele zorg zal stijgen. Ook naast de formele of professionele zorg zien we een toenemende druk: er zullen minder mantelzorgers of beroepsactieven zijn die bijstand kunnen verlenen aan oudere familieleden of vrienden.

De populatie in de 4 lokale besturen wordt **diverser** (op vlak van herkomst/nationaliteit), voornamelijk in Sint-Niklaas. Deze zorgvragers zullen mogelijk andere noden en wensen hebben m.b.t. hun zorg. Het aandeel **alleenwonenden** in de populatie stijgt en ongeveer 1/3de van de 75+'ers woont alleen. Dit beïnvloedt het risico op vereenzaming, gebrek aan ondersteuning van mantelzorgers en nood aan goed georganiseerde thuiszorg.

Verschillende studies tonen aan dat allochtone ouderen gemiddeld vroeger met gezondheidsproblemen geconfronteerd worden en vaker een minder goede socio-economische positie hebben. Ook de culturele verwachtingen over de combinatie van formele en informele zorg verschillen bij allochtone ouderen: deze senioren en hun familie staan dikwijls terughoudend tegenover de professionele (residentiële) zorg, terwijl ze positiever staan tegenover het aanbod van thuiszorg. Tot slot, maken alleenwonenden gemiddeld meer gebruik van de gezondheidszorg, leven ze ongezonder en risicovoller dan meerpersoonshuishoudens en komt eenzaamheid vaker voor.

Bovenstaande demografische factoren dienen meegenomen te worden in de zorgstrategie van ZPW voor verschillende types dienstverlening: burgerichte zorg berust in sterke mate op ondersteuning via mantelzorgers en vrijwilligers waaronder ook actieve senioren; het aanbod zal rekening moeten houden met de grotere diversiteit, noden en behoeften van de verschillende doelgroepen; het aantal alleenwonenden, 65+'ers en 80+'ers in combinatie met de eerder vermelde dalende mantelzorgratio vormen belangrijke aspecten om mee te nemen in de toekomstige dienstverlening.

b) Gezondheidsfactoren

We merken een stijging in vraag naar de drie verschillende types **zorgbudgetten** (zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, voor zwaar zorgbehoevenden en voor personen met een beperking). Met gemiddeld 70% van alle zorgbudgetten, vormt het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevende personen het grootste aandeel. Dit type bestaat zowel voor personen in de residentiële zorg als voor personen in de mantel- en thuiszorg; deze laatste steeg het sterkste in de afgelopen jaren.

Het aantal erkende **personen met een beperking** stijgt in alle lokale besturen. Ongeveer 1/3^{de} onder hen die erkend zijn door het DG pmeh doet beroep op één of meerdere vormen van VAPH-ondersteuning en 1/5 onder hen in Sint-Niklaas doet beroep op integratietegemoetkoming (IT) en/of inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT).

We zien een stijging in het aantal personen met een hogere **zorgzwaarte** zowel in de residentiële zorg als in de thuisverpleging. Daarnaast doen vrouwen vaker beroep op thuisverpleging dan mannen, in de

verschillende leeftijdsgroepen. Ongeveer 1/4de vrouwen en 1/5de mannen van 85+ doet beroep op thuisverpleging.

Gezondheidsproblemen zoals **dementie** en (meerdere) **chronische aandoeningen** zullen vaker voorkomen gezien de groep van ouderen groter wordt en gemiddeld ook een hogere leeftijd bereikt. Dit kan leiden tot een hogere complexiteit van zorg waarbij beroep moet gedaan worden op uiteenlopende expertises bij zorgverleners, zowel in de residentiële zorg als in de thuiszorg.

Tot slot, is er een verhoogde waakzaamheid nodig m.b.t. geestelijke gezondheid, ook bij ouderen, wat aandacht zal vragen vanuit de zorgverleners in de verschillende types dienstverlening.

c) Economische factoren

Het aandeel personen met een (equivalent) **leefloon** stijgt in beide ELZ. Het aandeel ouderen met een **inkomensgarantie** en met een **verhoogde tegemoetkoming** blijven doorheen de tijd eerder stabiel. Het zijn vooral de beroepsactieven (uit Sint-Niklaas) die meer beroep wensen te doen op een verhoogde tegemoetkoming.

Wat betreft de economische situatie van de ouderen, dienen we rekening te houden met:

- Verborgene armoede: Veel ouderen blijven vermoedelijk onder de radar van het OCMW omdat deze generatie zich nog vaak schaamt omtrent armoede, hulp vragen lijkt eerder taboe te zijn.
- Ouderen worden vaker het slachtoffer van (digitaal) financieel misbruik.
- De verwachting van meer alleenstaande ouderen die meer vatbaar zijn voor armoede.

Ouderen zijn gemiddeld hoger **opgeleid**, wat kan bijdragen tot een meer kritischere ingesteldheid en het stellen van hogere eisen.

Bijna 1 op 4 kinderen in Sint-Niklaas groeit op in een situatie van **kansarmoede**. Bij de andere lokale besturen ligt het gemiddelde rond de 1 op 10 kinderen. Tot slot geven de **kwetsbaarheidsindicatoren** Vlaamse besturen een score op 7 clusters die het maatschappelijk risico weergeven (bv. cluster Wonen, cluster Armoede en financiële schulden,...) We leren dat Sint-Niklaas de hoogste risicoscores heeft van de 4 lokale besturen en voor alle indicatoren (behalve de cluster voor precair verblijf) wordt gevolgd door Zwijndrecht. Deze resultaten zijn niet onverwacht aangezien Sint-Niklaas en Zwijndrecht de dichtst bevolkte en meer stedelijke regio's zijn uit de 2 ELZ.

d) Socio-culturele en technologische factoren

We merken een mogelijk risico op **vereenzaming** bij ouderen door een eerder beperkt sociaal netwerk en beperkte contacten in de buurt. Ouderen zijn beter geïnformeerd, mondiger en kritischer, maar ook meer individualistisch met risico op isolatie.

Hulpbehoevende ouderen tonen een voorkeur om **langer thuis** te wonen, indien nodig met professionele hulp. De trend naar langer thuis wonen signaleert dat ouderen de regie van hun leven en zorg graag langer willen behouden.

Het gebruik van **e-gezondheidstoepassingen** is toegenomen bij ouderen. Er blijft echter een kloof in vaardigheden en gebruik van toepassingen. De interesse is hoger bij hoogopgeleiden en lager bij meer geïsoleerde ouderen. Gezien ouderen in de toekomst ook vaker alleen wonen, kan digitalisering zorgen voor verdere vereenzaming. De nood van buurtgerichte zorg om nog actiever uit te reiken naar deze bevolking kan in de toekomst dus nog belangrijker worden.

2.5.2. Zorgaanbod samengevat

a) Residentiële zorg

Het zorgaanbod van de residentiële zorg kan worden ingedeeld in de woonzorgcentra (WZC), de centra voor kortverblijf (CVK), de groepen met assistentiewoningen (GAW) en het woonaanbod voor personen met een beperking. Tenslotte wordt alsook het overig residentieel aanbod in kaart gebracht, zoals herstelcentra.

Binnen de residentiële zorg en ondersteuning biedt ZPW de helft van bedden in **woonzorgcentra** (WZC) en **Centra voor Kortverblijf** (CVK) in de lokale besturen en 1 op 3 bedden in de eerstelijnszones NOW en ZWW:

- In NOW en ZWW bedraagt het aantal WZC-bedden 3456 en in de 4 lokale besturen 2156. ZPW biedt er 1112 aan, wat neerkomt op resp. 32,2% en 51,6% van de ELZ en lokale besturen.
- In NOW en ZWW zijn er 114 CVK-plaatsen en 63 in de 4 lokale besturen. ZPW biedt er 35 aan; dat komt neer op resp. 30,7% en 55,5% van de ELZ en lokale besturen.

De gemiddelde verblijfsduur ligt hoog in de WZC van ZPW: de gemiddelde verblijfsduur in Vlaanderen bedraagt 2,8 jaar in een WZC; in ZPW is dit gemiddeld 3,2 jaar (max. 5,5 jaar, min. 2,5 jaar). Hetzelfde geldt voor de bezettingsgraad: de gemiddelde bezettingsgraad in de WZC van ZPW bedraagt 95% (max. 99%; min. 87%).

Bij **groepen van assistentiewoningen** (GAW) worden bijna 40% van de plaatsen in de lokale besturen aangeboden door ZPW en 1 op 4 in de beide eerstelijnszones. In NOW en ZWW zijn er 1529 GAW-plaatsen en 911 in de lokale besturen. ZPW biedt er 350 aan; dat komt neer op resp. 22,9% en 38,4% in de ELZ en lokale besturen. Het aantal woongelegenheden is 3x zo groot in ZWW sinds 2005; in NOW was er een stijging met meer dan 60%. Kruibeke vormt de enige van de 4 lokale besturen waar ZPW geen GAW aanbiedt; het aantal plaatsen per 100 65+'ers (aanbodratio) ligt daar ook significant lager dan in de andere besturen.

Wat betreft wonen voor **personen met een beperking** zijn er een 10-tal gekende woongelegenheden in de regio, waarvan ZPW er één aanbiedt (De Bron). Het totaal aantal woongelegenheden is moeilijk na te gaan, maar ligt naar schatting rond de 300 personen, waarvan ZPW er 38 (een goede 10%) voorziet. Daarnaast biedt De Bron 4 plaatsen voor Beschermd Wonen aan.

Het aanbod van **herstelverblijven** binnen het attractiegebied is beperkt met 1 erkend herstelverblijf (Ter Lokeren) en er zijn 2 Initiatieven van **Beschut Wonen** beschikbaar in het attractiegebied.

b) Ambulante zorg

Binnen deze nota wordt ambulante zorg gedefinieerd als diensten waarvoor een cliënt of patiënt zich naar een andere locatie dient te verplaatsen, in tegenstelling tot thuiszorg. Het zorgaanbod van de ambulante ouderenzorg kan worden ingedeeld in Centra voor Dagverzorging (CDV), de Lokale Dienstencentra (LDC), het ambulante aanbod voor personen met (jong)dementie en voor personen met een beperking.

Het (erkende) aanbod van **centra voor dagverzorging** bleef constant sinds 2006. Er zijn 5 erkende CDV voor **palliatieve zorgen** in Vlaanderen. Er is geen aanbod aan palliatieve centra voor dagverzorging in het attractiegebied. Deze centra vallen onder centra voor dagverzorging met een bijkomende erkenning voor gebruikers met een ernstige ziekte.

In NOW is er 1 erkend **LDC** (2009-2021) en in ZWW was er 1 erkend LDC van 2009-2017 en 3 vanaf 2017-2021. Verschillende aanvragen voor erkenningen binnen ZPW zijn lopende.

Er zijn verschillende initiatieven voor **personen met (jong)dementie** in het attractiegebied, onder meer een buddywerking vanuit De Companjong, de zorgbegeleiding vanuit Familiezorg en Psycho-

educatie 'Dementie en nu'. Ook Zorgpunt Waasland neemt een actieve rol op bij verschillende initiatieven; hierbij denken we onder meer aan de praatcafés, familiegroepen en contactkoren.

Er zijn 13 vergunde initiatieven in het attractiegebied voor **personen met een beperking**. Dit aanbod omvat een variatie aan dagbesteding, begeleid werken, jobcoaching, vrijetijdsbesteding, gezinsbegeleiding, pedagogische diensten voor zowel kinderen, jongeren als volwassenen. Er zijn ook twee vergunde Multidisciplinaire Teams actief in het attractiegebied. Naast de vergunde initiatieven kunnen personen met een beperking ook ondersteuning zoeken bij andere organisaties en projecten.

c) Thuiszorg

Binnen deze nota wordt thuiszorg gedefinieerd als diensten die bij een cliënt of patiënt thuis worden voorzien. Het thuiszorgaanbod en het aanbod van gezinszorg en aanvullende thuiszorg werd ingedeeld in gezinszorg en aanvullende thuiszorg, thuisverpleging, personenalarmen, dienstencheques en psychiatrische thuiszorg.

Binnen de **diensten van gezinszorg en aanvullende thuiszorg**, wordt het grootste aantal uren gepresteerd in de categorieën van gezinszorg en poetshulp. In de lokale besturen is het aantal uren gezinszorg gestegen sinds 2010, vooral in Zwijndrecht (108%). ZPW voorziet binnen gezinszorg en poetshulp bijna 1/4^e van de uren, terwijl dit bij karwei-hulp zo'n 15% van het totaal bedraagt. Meestal zijn er een beperkt aantal aanbieders die hier het grootste aandeel van de uren aanbieden. De voornaamste aanbieders, naast ZPW, zijn Familiehulp, Familiezorg en i-mens.

In de **thuisverpleging** werden heel wat verschillende spelers geïdentificeerd, maar is er geen informatie over de verdeling van of het aantal gepresteerde uren. Er werden ook enkele initiatieven in kaart gebracht die thuiszorg voor personen met een psychiatrische stoornis aanbieden; ook hier is het moeilijk te bepalen hoe groot dit aanbod precies is.

Een andere vorm van thuiszorg zijn **personenalarmsystemen** die als doel hebben om het veiligheidsgevoel van alleenwonende of thuiswonende zorgbehoevenden te maximaliseren. Er zijn tal van aanbieders op de markt, zoals Gerust, een zorgcentrale die werd opgesteld door een samenwerkingsverband tussen het Wit-Gele Kruis en de Christelijke Mutualiteit.

d) Aanvullend aanbod

Hierbij brengen we ziekenhuizen, het aanbod van mindermobielenvervoer en thuisopvang voor zieke kinderen in kaart binnen het attractiegebied.

ZPW biedt enkel **mindermobielenvervoer** aan voor de inwoners van Kruibeke. Daarnaast zijn er tal van initiatieven beschikbaar in het attractiegebied; we identificeren aanbieders binnen aangepast vervoer, Minder Mobiele Centrale en niet-dringend ziekenvervoer.

Ouders kunnen **thuisopvang** aanvragen op drie manieren, via mutualiteiten, via i-mens of via een onafhankelijke oppas. Er zijn 8 mutualiteiten die thuisopvang aanbieden via i-mens in het attractiegebied, waarbij de mogelijkheden en voordeligste keuze verschillen per mutualiteit.

Er zijn tal van sociale huisvestingsmaatschappijen in de regio waarbij verschillende doelgroepen beroep kunnen doen op sociale woningen onder bepaalde voorwaarden.

e) Netwerk en samenwerkingen

In de regio zijn er een heleboel samenwerkingen voor verschillende doelgroepen en rond verschillende thema's (personen met dementie, jeugd, GGZ, palliatieve zorg, chronische zorg, Zorgzame Buurten,...). Zorgpunt Waasland neemt onder meer een actieve rol op bij Zorgzame Buurten en verschillende initiatieven voor personen met dementie.

f) Arbeidsmarkt

Op de arbeidsmarkt van de (ouderen)zorg zien we **krapte en vergrijzing**, met moeite om vacatures in te vullen: voor elke 100 (oudere) uittreeders zijn er maar 60 (jongere) instromers. Dit leidt tot een hoge

werkdruk bij de werknemers en lage werkbaarheid: de werkbaarheidsgraad in de zorg- en welzijnssector zakte van 60% in 2010 naar 50,8% in 2019. Er bestaat wel enthousiasme binnen de (oudere) populatie om zich in te zetten als vrijwilliger in de zorgsector.

Tot slot werd in kaart gebracht welke **scholen** in het attractiegebied opleidingen bieden die interessant kunnen zijn voor een instroom aan personeel bij Zorgpunt Waasland. De opleidingen omvatten opties in secundair onderwijs, hoger beroepsonderwijs, hoger onderwijs, volwassenenonderwijs en andere types opleidingen in Sint-Niklaas en Beveren. Er kunnen hier verschillende opties liggen om een grotere instroom aan te spreken vanuit deze opleidingen.

2.5.3. Conclusie

a) Stijgende zorgzwaarte in verschillende gebieden van de zorg

We zien een groot aantal personen dat intensieve ondersteuning (waaronder residentiële opties) zal vereisen; dit onder meer door (interne) vergrijzing, dementie, (meerdere) chronische aandoeningen, een stijgend aantal erkende personen met een beperking (een groep die zelf bovendien ook vergriest). Ook de afbouw van psychiatrische bedden draagt hieraan bij en brengt een toenemend aantal ouderen met een psychiatrische problematiek tot bij de residentiële ouderenzorg. Door de voorkeur richting het langer thuis wonen, komen zorgbehoevenden bovendien vaak later bij een residentiële voorziening terecht, vaak reeds met een grotere zorgzwaarte. Dit is een trend die we vandaag ook al zien en die vaak leidt tot een kortere verblijfsduur en grotere nood aan palliatieve bedden in een woonzorgcentrum.

Bovenstaande aspecten dragen allemaal bij tot de stijgende zorgzwaarte en dit zet zich door zowel in residentiële setting als in de mantel- en thuiszorg. Het huidige zorgaanbod zal zich hierop dan ook moeten voorbereiden. De residentiële zorg van ZPW en concullega's zal binnen de bestaande voorzieningen verder moeten inzetten op het voorzien van gespecialiseerde zorg voor verschillende types doelgroepen om aan de complexe zorgvragen te antwoorden. De beperkte aanwezigheid van herstelverblijven of CDV voor palliatieve zorgen in het attractiegebied spelen hier mogelijk een rol. Ook in de mantel- en thuiszorg zal de ondersteuningsvraag complexer worden en een bredere invulling vragen (bv. via technologische toepassingen). Ook het vroegtijdig identificeren van de verschillende zorgbehoeften zal belangrijk zijn om de zorgzwaarte onder controle te houden.

b) Een zorgcontinuüm voor een diverse populatie met wijzigende voorkeuren

De zorgvrager van vandaag is reeds diverser – naar herkomst, gezinssamenstelling enz. – dan vroeger en er wordt verwacht dat deze trend zich verder zet. Daarnaast wil de actieve senior graag langer thuis blijven wonen (*ageing in place*) en vraagt naar regie over de eigen zorg. Niet enkel de actieve senior streeft bovendien vaker naar regie over de eigen zorg, dit wordt ook herkend in personen met een beperking. Ook gezinnen met complexe en meervoudige problematieken komen vaker voor en er is meer en meer aandacht voor doelgroepen waar momenteel nog een beperkt aanbod is (i.e. blinde vlekken).

Bovenstaande elementen die bijdragen tot de diversiteit stellen een simultane nood aan residentiële en ambulante voorzieningen, alsook aan opties binnen thuis- en buurtgerichte zorg. Met andere woorden, over het volledige **zorgcontinuüm**. Niet enkel schakels in de volledige zorgketen zullen nodig zijn, maar ook verschillende types dienstverlening om de **uiteenlopende voorkeuren** van de doelgroepen aan te spreken. Hierbij wordt bijvoorbeeld nagedacht over tussenvormen wat betreft woonondersteuning, kleinschalig wonen voor personen met een beperking of ouderen en een doorgezette visie over wonen en leven voor ouderen.

Dit brengt bovendien vragen omtrent **positionering** naar voor: op welke aspecten kan verder ingezet worden om het zorgcontinuüm aan te bieden, moet er specialisatie of uitbreiding plaatsvinden en welke opportuniteiten kunnen gevonden worden binnen samenwerkingen of partnerschappen?

c) Vermaatschappelijking van zorg vs. individualisering en eenzaamheid

Onder meer via initiatieven van buurtgerichte zorg worden stappen gezet richting de vermaatschappelijking van zorg, het connecteren van zorgbehoevenden met maatschappij en buurt. Zoals reeds vermeld behouden de verschillende doelgroepen tegelijk graag **regie over hun zorg** en uiten de ouderen onder hen hierbij een voorkeur voor *ageing well in place*.

Daarnaast stijgt ook het aandeel alleenwonenden in de maatschappij en is er zo een hogere kans op eenzaamheid en gezondheidsproblemen, m.a.w. een risico op vereenzaming. Er is ook een stijging in gebruik van e-gezondheidsapps en toepassingen door ouderen; ze tonen hierbij de bereidheid tot gebruik hiervan om langer thuis te wonen. Hier ligt echter een uitdaging om ook minder opgeleiden en ouderen die zich al geïsoleerd voelen van voldoende opties te voorzien.

Bovenstaande aspecten van individualisering en een meer beperkte groep van mantelzorgers zetten op deze manier de zoektocht naar vermaatschappelijking onder druk. Buurtgerichte zorg steunt namelijk op de inzet van mantelzorgers en een actieve (oudere) bevolking die de zorgbehoevende groep (thuis) mee moet helpen. Ouderen tonen wel bereidheid om te participeren in buurt en als vrijwilliger en ook in de zorgsector zelf. Hier ligt een belangrijke opportuniteit voor het betrekken van de actieve senior, eenpersoonsgezinnen of alleenwonenden enz. Hiertoe zullen doordachte keuzes gemaakt moeten worden omtrent visie, strategie en positionering.

d) Spanning op de arbeidsmarkt

De complexe en gevarieerde zorgvraag creëert nood aan zowel gespecialiseerde als breed inzetbare profielen op de arbeidsmarkt. Bijkomend is er een hoge druk op zorgpersoneel (lage werkbaarheid), voornamelijk in woonzorgcentra, wat leidt tot een groter verloop binnen de sector. Naast vergrijzing in de bevolking merken we ook vergrijzing op de arbeidsmarkt op. Dit versterkt het belang van het creëren van nieuwe instroom, eventueel door beroep te doen op scholen en opleidingen in de nabije omgeving.

Deze spanning op de arbeidsmarkt staat in contrast met de grote vraag die reeds vandaag bestaat en die in de toekomst verder zal toenemen. Ook hier zullen doordachte keuzes gemaakt moeten worden om het personeelsbestand te onderhouden.

e) Betaalbaarheid

De betaalbaarheid van de dienstverlening vormt een bezorgdheid op niveau van voorzieningen, maar ook op niveau van het beleid. Bij ouderen lijkt een (verdere) daling in financiële mogelijkheden vandaag niet zozeer aan de orde – al is dit een groep die reeds financieel kwetsbaar is – maar onder de beroepsactieven stijgt de financiële druk wel, wat zich in komende jaren verder kan vertalen naar de oudere bevolking. Bovendien zijn er reeds vandaag groepen in de samenleving die omwille van financiële moeilijkheden bepaalde dienstverlening links laten liggen. Hier ligt dus een belangrijke uitdaging om op innovatieve wijze na te denken over (nieuwe) types dienstverlening of woonvormen die zowel betaalbaar als toegankelijk zijn.

In de sector van personen met een beperking werd een nieuwe dynamiek gecreëerd via het Persoonsvolgend Budget. Ook hierin zijn nog heel wat stappen te zetten en dienen de financiële opties en situatie van personen met een beperking opgevolgd te worden. Het concept van het PVB wordt binnenkort ook binnen de residentiële ouderenzorg getest, waarbij het belangrijk zal zijn om voldoende rekening te houden met de verschillen tussen de ouderenzorg en zorg voor personen met een handicap.

3. PROGNOSES

We voeren in eerste instantie een **neutrale prognose** uit, waarbij we nagaan wat de impact is op zorgvraag en -aanbod bij ongewijzigd beleid. Hierbij vertrekken we vanuit de kwantitatieve omgevingsanalyse en formuleren we enkele toekomstsimulaties op basis van de evoluties in de zorgvraag. Deze evoluties worden enkel gedreven door kwantitatieve, demografische elementen. Met andere woorden, impact van wijzigende voorkeuren van zorggebruikers of beleidsrichtingen m.b.t. zorgvraag of m.b.t. - aanbod laten we hier voorlopig achterwege. Deze komen wel aan bod in de **trendmatige analyse**, die in een 2^e deel aan bod komt. Hierbij worden ook voorkeuren, innovatieve dienstverlening en beleidsmatige prikkels besproken.

De prognoses leggen voornamelijk de nadruk op ondersteuning voor ouderen en personen met een beperking. Andere doelgroepen binnen Zorgpunt Waasland en hun specifieke vraag naar ondersteuning zijn moeilijker in kaart te brengen (vandaag en voor de toekomst). Deze vraag wordt uiteraard wel meegenomen onder de bredere noemer van bv. thuiszorg.

3.1. NEUTRALE PROGNOSE

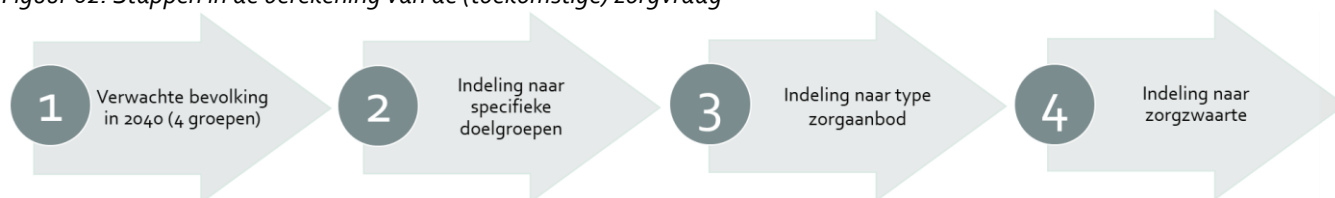
In wat volgt, wordt eerst de methodiek toegelicht van de neutrale prognose, waarbij de gebruikte data en bronnen worden toegelicht. Vervolgens worden de resultaten besproken.

3.1.1. Methodiek

Om de evolutie van de zorgvraag in kaart te brengen richting 2040, vertrekken we vanuit 4 stappen die visueel zijn weergegeven in onderstaande figuur. De werkwijze die we hier volgen is gelijkaardig aan een studie van KCE die de toekomstige behoefte aan capaciteit in WZC berekent. (KCE, 2011)

In wat volgt, geven we een korte toelichting. Elk van deze stappen gebeurt op niveau van elk lokaal bestuur van Zorgpunt Waasland afzonderlijk en voor de 4 lokale besturen samen.

Figuur 62. Stappen in de berekening van de (toekomstige) zorgvraag



1) Verwachte bevolkingsevolutie

We kennen de verwachte bevolkingsevolutie in de lokale besturen Sint-Niklaas, Beveren, Zwijndrecht en Kruibeke voor de komende twee decennia, zoals weergegeven in de omgevingsanalyse. We brengen deze evolutie in kaart voor 4 leeftijdsgroepen: jongeren (0-17 jaar), beroepsactieven (18-64 jaar), ouderen (65-79 jaar) en oudsten (80+).

Onderstaande tabel illustreert dit voor Beveren; dit wordt op deze manier in kaart gebracht voor elk lokaal bestuur in de jaren vanaf 2020 t.e.m. 2040.

Tabel 34. Bevolkingsaandelen naar specifieke doelgroepen, per leeftijdsgroep, in Beveren, in 2020

Leeftijd	Jongeren	Beroepsactieven	65-79	80+
2020	9348	29233	7505	2961
2030	9199	29353	8960	3973
2040	9599	29989	9254	5038

Bron: provinciesincijfers.be

2) Indeling naar specifieke doelgroepen

Er wordt vervolgens een indeling gemaakt naar enkele doelgroepen van Zorgpunt Waasland: hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen personen met (jong)dementie, personen met een beperking en de overige bevolking (restcategorie) waar dergelijke gespecialiseerde zorg niet nodig is.

De reden om voor deze groepering te kiezen omvat verschillende argumenten:

- Ten eerste zijn dit belangrijke doelgroepen binnen de dienstverlening van Zorgpunt Waasland (al zijn dit niet de enige).
- Ten tweede zijn we beperkt qua databeschikbaarheid: er zijn immers ook andere groepen die gespecialiseerde zorg nodig hebben (zoals personen met psychiatrische stoornissen). Echter zijn deze aandelen binnen de bevolking zeer moeilijk in kaart te brengen en zouden ze leiden tot meer assumpties en onzekerheidsgraden en zo minder accurate schattingen.
- Ten derde hebben deze doelgroepen onderling nood aan verschillende types zorg of in een verschillende mate, waardoor het nuttiger is om ze uit te splitsen.

Onderstaande tabel geeft weer welke aandelen worden gebruikt om elke doelgroep vorm te geven. Zo lezen we in de tabel dat bv. 3% van beroepsactieven een beperking heeft, 4% van 65-79-jarigen heeft dementie. Voor Sint-Niklaas werd een uitzondering gemaakt in deze cijfers voor personen met een beperking: de prevalentie van personen met een beperking ligt daar namelijk een stuk hoger dan in de andere lokale besturen. Hierdoor is ook de restcategorie 'Algemeen' verschillend voor Sint-Niklaas.

Tabel 35. Bevolkingsaandelen naar specifieke doelgroepen, per leeftijdsgroep

Leeftijd	Jongeren	Beroepsactieven	65-79	80+
Beperking ¹		2,7%	14,7%	14,8%
Sint-Niklaas	3,5%	3,8%	19,6%	19,8%
Dementie ²	0,0%	0,0%	4,4%	19,7%
Jongdementie ³	0%	0,1%	0%	0%
Algemeen ⁴		97,2%	80,9%	65,4%
Sint-Niklaas	96,5%	96,1%	76,0%	60,5%

Opmerkingen: ¹ Berekend op basis van aandeel personen met een beperking erkend door DG VAPH, voor kinderen en jongeren o.b.v. Tierolf en Oudenampsen, 2013; ² Berekend op basis van de gekende prevalentie van personen met dementie (World Alzheimer Report, 2015); ³ Berekend op basis van schattingen van jongdementie (Hendriks et al., 2021); ⁴ Berekend als restcategorie.

Startsituatie (2020)

Onderstaande tabel geeft vervolgens weer hoe deze indeling zich concretiseert voor Beveren, in 2020. Deze indeling wordt gemaakt voor elk lokaal bestuur en elke leeftijdsgroep die werd bepaald in stap 1.

Tabel 36. Bevolkingsaandelen naar specifieke doelgroepen, per leeftijdsgroep, in Beveren, in 2020

Leeftijd	Jongeren	Beroepsactieven	65-79	80+
Beperking	327	778	1105	439
Dementie	0	0	332	585
Jongdementie	0	29	0	0
Algemeen	9021	28426	6048	1928

De omgevingsanalyse toonde dat er in 2018 naar schatting zo'n 578 personen waren met dementie in Beveren (Expertisecentrum Dementie). Onze schatting geeft 946 personen aan, wat hier dichtbij aanleunt. Onze schatting voor personen met een beperking (boven de 18 jaar) komt neer op 2.321, wat een kleine overschatting is in vergelijking met de DG personen met een handicap op 1.911.

Situatie tussen 2020 en 2040

Voor de simulaties richting 2040 worden de aandelen zoals vermeld in Tabel 28 constant gehouden. Wat betreft de prevalentie van dementie gaan we niet uit van een stijgende trend in prevalentieratio (deze ratio verwijst naar het aantal personen met dementie per 1000 inwoners). Voor deze keuze verwijzen we naar enkele studies waarin men aangeeft een constante prevalentieratio voor de toekomst te verwachten (of zelfs een dalende trend). Omwille van een groter wordende groep ouderen (waarbinnen de prevalentieratio het grootst is) zal het absoluut aantal personen met dementie nog steeds (sterk) stijgen. (Vermeulen, et al., 2020)

3) Indeling naar type zorgaanbod

In deze stap wordt enerzijds bepaald welk type dienstverlening relevant is voor de verschillende doelgroepen en anderzijds welk geschat aandeel van elke doelgroep beroep zal doen op deze types dienstverlening. We waren in de selectie van dienstverlening ook enigszins beperkt tot deze types waarbij een inschatting gemaakt kon worden van de vraag hiernaar.

Deze indeling geldt voor elk lokaal bestuur en wordt gedifferentieerd voor elke leeftijdsgroep en elke doelgroep die werd bepaald in stappen 1 en 2.

Startsituatie (2020)

Onderstaande tabel toont bijvoorbeeld dat 1,72% van de personen tussen 65 en 79 jaar oud, die geen gespecialiseerde zorg voor personen met (jong)dementie of personen met een beperking nodig hebben, verblijft in een woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf. Van de alleenwonende oudsten (80+) doet 47,7% beroep op thuiszorg (excl. thuisverpleging), terwijl 32,8% van de niet-alleenwonende 80+'ers beroep doet op thuiszorgdiensten (excl. thuisverpleging).

Tabel 37. Aandelen naar type zorgaanbod, per leeftijdsgroep

ALGEMEEN	Jongeren	Beroepsactieven	65-79	80+
Mantelzorg	n.v.t. *	0% *	24,2%	24,2%
Thuiszorg (excl. verpleging)	n.v.t. *	Alleen: 8,5% Niet alleen: 9,0%	Alleen: 19,1% Niet alleen: 21,1%	Alleen: 47,7% Niet alleen: 32,8%
Thuisverpleging	n.v.t. *	0% *	4,4%	18,3%
WZC & CVK	n.v.t. *	0% *	1,72%	15,4%
GAW	n.v.t. *	0% *	3,0%	5,0%
(JONG)DEMENTIE	Jongeren	Beroepsactieven	65-79	80+
Mantelzorg	n.v.t. *	65,0%	65,0%	65,0%
Thuiszorg	n.v.t. *	43,0%	43,0%	43,0%
Thuisverpleging	n.v.t. *	43,0%	43,0%	43,0%
Residentieel	n.v.t. *	35,0%	35,0%	35,0%
BEPERKING	Jongeren	Beroepsactieven	65-79	80+
VAPH-ondersteuning	32%	32%	32%	32%
waarvan PVB	8%	8%	8%	8%
waarvan hulpmiddelen en aanpassingen	13,7%	13,7%	13,7%	13,7%
waarvan zorgbudget	7%	7%	7%	7%

Bronnen: Aandelen voor thuisverpleging, WZC en CVK zijn gebaseerd op IMA-data op niveau van het arrondissement Sint-Niklaas; Aandelen voor de verschillende types VAPH-ondersteuning zijn gebaseerd op data van VAPH; Aandelen voor thuiszorg zijn gebaseerd op de Gezondheidsenquête (2018); Aandelen voor mantelzorg zijn gebaseerd op de SHARE-dataset. Cijfers voor mantelzorg en GAW zijn ruwe schattingen o.b.v. beschikbare studies omwille van beperkte gegevens. Opmerkingen: * Er werden enkele assumpties gemaakt bij bovenstaande indeling: zo werden dezelfde aandelen worden toegepast op alle lokale besturen en werd vanuit gegaan dat 0% van de beroepsactieven in de doelgroep 'algemeen' beroep doet op mantelzorg of thuisverpleging. Hetzelfde geldt voor jongeren in de doelgroep 'algemeen' alsook bij jongdementie.

Zoals aangegeven onder de tabel zijn deze cijfers op verschillende bronnen gebaseerd; een overzicht van deze bronnen is hieronder te vinden.

Tabel 38. Aandelen naar type zorgaanbod, per leeftijdsgroep

ALGEMEEN	Bron	Indicator
Thuiszorg (excl. verpleging)	Gezondheidsenquête (HISIA, 2018); een grootschalig Belgisch onderzoek naar vraag en aanbod naar zorg en gezondheidstoestand	Gebruik van thuiszorg in Oost-Vlaanderen
Thuisverpleging	IMA-AIM Atlas: Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) stelt beleidsrelevante statistieken en indicatoren ter beschikking	% rechthebbenden 65+ die gebruik maakten van thuisverpleging
Residentieel	IMA-AIM Atlas: Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) stelt beleidsrelevante statistieken en indicatoren ter beschikking	% rechthebbenden 65+ dat verbleef in een woonzorgcentrum
(JONG)DEMENTIE		
Mantelzorg	Verschillende studies en bronnen: a) Mantelzorg en Dementie (2005) en b) 'Een samenhangend beeld van dementie en dementiezorg. Kerncijfers, behoeften, zorgaanbod en impact' (2018) c) Expertisecentrum Dementie Vlaanderen (dementie.be) d) Geactualiseerd Dementieplan Vlaanderen (2016-2019) e) www.zorgvoorbeter.nl/dementie/cijfers	
Thuiszorg		
Thuisverpleging		
Residentieel		
BEPERKING		
VAPH-ondersteuning	Gemeente- en Stadsmonitor	Aandeel dat beroep doet op VAPH-ondersteuning
waarvan PVB	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	Aandeel in Vlaanderen dat beroep doet op PVB of PAB
waarvan hulpmiddelen en aanpassingen	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	Aandeel in Vlaanderen dat beroep doet op hulpmiddelen en aanpassingen
waarvan zorgbudget	provincies.incijfers.be: samenwerking tussen de diensten Data & Analyse van de Vlaamse provincies met kerncijfers en gedetailleerde cijfers over Vlaamse gemeenten of gebieden	% dat beroep doet op zorgbudget voor personen met een beperking

Situatie tussen 2020 en 2040

In deze neutrale prognose wijzigen deze aandelen niet doorheen de tijd onder invloed van wijzigende voorkeuren, beleidskeuzes enz. Bijvoorbeeld: het aandeel ouderen dat naar een woonzorgcentrum gaat in 2020 blijft constant tot 2040. We weten echter dat deze voorkeuren kunnen wijzigen en er dus minder vraag kan zijn naar woonzorgcentra. Deze aspecten worden in de trendmatige prognose wel opgenomen.

4) Indeling naar zorgzwaarte

Tot slot, wordt een overzicht gegeven van de verdeling over de verschillende categorieën van zorgzwaarte voor de algemene doelgroep. Afhankelijk van het type dienstverlening wordt beroep gedaan op de geschikte indeling in zorgzwaarte:

- In woonzorgcentra: Katz-schaal; beschikbaar via de IMA-atlas op niveau van arrondissement Sint-Niklaas.
- In thuisverpleging: Type forfait thuisverpleging; beschikbaar via de IMA-atlas op niveau van arrondissement Sint-Niklaas.
- In mantel- en thuiszorg: zware zorgzwaarte wordt geïdentificeerd o.b.v. het aantal zorgbudgetten voor zorgbehoevenden in thuis- of mantelzorg; beschikbaar vanuit de omgevingsanalyse. Dit wordt gelijkgesteld aan het aandeel personen met dementie.
- Voor personen met een beperking konden onvoldoende gegevens worden gevonden m.b.t. de verdeling over verschillende categorieën van zorgnood.

Tabel 39. Werkwijze voor de indeling naar zorgzwaarte in woonzorgcentra en thuisverpleging

Dienstverlening	Categorieën van zorgzwaarte			
	WZC	O/A	B	C
23,34%		33,83%	42,83%	
Thuisverpleging	T	A	B	C
	54,2%	26,8%	15,7%	3,2%

Situatie tussen 2020 en 2040

We stellen twee scenario's op om de toekomstige simulaties vorm te geven. Er wordt met 2 scenario's gewerkt om de impact van bepaalde keuzes op de resultaten transparant en stapsgewijs te kunnen weergeven:

- 1) Scenario 1 waarin geen rekening wordt gehouden met wijzigende aandelen van alleenwonenden en zorgzwaarte als gevolg van chronische aandoeningen. Dit impliceert dat de cijfers van Tabel 39 constant worden gehouden.
- 2) Scenario 2 waarin we rekening houden met een verdere stijging in chronische aandoeningen (cf. omgevingsanalyse) en de aandelen laten wijzigen tussen 2020 en 2040.

We vertrekken van de gemiddelde jaarlijkse stijging in personen met een **statuut chronische aandoeningen en alleenwonenden**, zoals weergegeven in de omgevingsanalyse. Om te bepalen in welke mate deze stijging zal doorzetten, passen we de methodiek van 'double exponential smoothing with dampening factor' toe. (Hyndman & Athanasopoulos, 2018) Hierbij wordt op basis van enkele parameters een stijging geschat die niet lineair verloopt in de toekomst, maar die afzwakt (of die een 'dempende' trend vertoont) om zo de realiteit beter te benaderen.

3.1.2. Evolutie van zorgvraag t.a.v. het zorgaanbod

In wat volgt tonen we de resultaten van de **neutrale prognose voor beide scenario's** en vergelijken we deze ten aanzien van het zorgaanbod. Onderstaande tabel toont, per aanbodtype, eerst en vooral de huidige capaciteit in de vier lokale besturen vandaag, indien gekend. De huidige capaciteit van 2020 wordt constant gehouden tot 2040 om de vergelijking met de huidige situatie te verduidelijken.

Daarnaast wordt de verwachte zorgvraag weergegeven, dit cijfer is het resultaat van de voorgaande analyse en toont het verwachte aantal zorgvragers voor elk type aanbod. Vervolgens wordt het verschil tussen beide aangegeven (discrepantie) en de procentuele wijziging in verwachte zorgvraag tgv. het startjaar 2020.

Scenario 1

Onderstaande tabel illustreert de resultaten van scenario 1 in de neutrale prognose. Eerst en vooral valideren we ons startpunt door de resultaten voor 2020 te vergelijken met de reële situatie in 2020. Wat betreft het aantal personen dat in 2020 mantelzorg of thuiszorgdiensten vraagt, zijn er echter onvoldoende gegevens. Belangrijk hierbij is dat deze diensten niet exclusief zijn: eenzelfde persoon kan dus bij alle 3 de types dienstverlening voorkomen. In 2020 waren er zo'n 2.219 plaatsen in woonzorgcentra in de 4 lokale besturen; dit leunt nauw aan bij de geschatte zorgvraag van 2.371. Er waren in 2020 zo'n 911 assistentiewoningen beschikbaar, wat nauw aanleunt bij de geschatte zorgvraag van 867 plaatsen. Wat betreft VAPH-ondersteuning wordt deze gevraagd door 2.408 personen; onze schattingen geven een lichte overschatting met 2.789. Ook de zorgbudgetten voor personen met een beperking zijn bijgevolg licht overschat met 648 tgv. 491 geregistreerde zorgbudgetten. De lichte afwijkingen zijn te verklaren door schattingen in aandelen van prevalentie.

Tabel 40. Resultaten van de neutrale prognose in de lokale besturen van Zorgpunt Waasland - Scenario 1 (2020-2040)

	Types dienstverlening	Eenheid	Geschatte zorgvraag in lokale besturen	Procentuele wijziging tgov. 2020
2020	Mantelzorg	# personen	7.996	n.v.t.
	Thuiszorg	# personen	14.980	n.v.t.
	waarvan thuisverpleging	# personen	3.298	n.v.t.
	WZC & CVK	# bedden	2.371	n.v.t.
	GAW	# kamers	867	n.v.t.
	VAPH-ondersteuning	# personen	2.789	n.v.t.
	waarvan PVB	# personen	777	n.v.t.
	waarvan hulpmidd. & aanp.	# personen	1.365	n.v.t.
	waarvan zorgbudget	# personen	648	n.v.t.
2030	Mantelzorg	# personen	9.720	22%
	Thuiszorg	# personen	16.840	12%
	waarvan thuisverpleging	# personen	4.100	24%
	WZC & CVK	# bedden	2.971	25%
	GAW	# kamers	1.056	22%
	VAPH-ondersteuning	# personen	3.153	13%
	waarvan PVB	# personen	878	13%
	waarvan hulpmidd. & aanp.	# personen	1.543	13%
	waarvan zorgbudget	# personen	732	13%
2040	Mantelzorg	# personen	10.803	35%
	Thuiszorg	# personen	18.194	21%
	waarvan thuisverpleging	# personen	4.750	44%
	WZC & CVK	# bedden	3.491	47%
	GAW	# kamers	1.177	36%
	VAPH-ondersteuning	# personen	3.397	22%
	waarvan PVB	# personen	946	22%
	waarvan hulpmidd. & aanp.	# personen	1.662	22%
	waarvan zorgbudget	# personen	789	22%

Opmerking: # = aantal; waar geen huidige capaciteit of discrepantie werd aangegeven is dit omdat deze niet in kaart te brengen is met de huidige beschikbaarheid aan gegevens.

Deze tabel toont, tegen 2040, stijgingen tussen de 21% en 47% in de verschillende types dienstverlening. De sterkte stijgingen zijn op te merken in woonzorgcentra (47%), thuisverpleging (44%) en mantelzorg (35%). De stijgende vraag in woonzorgcentra vertaalt zich in extra benodigde capaciteit van 1.272 bedden in de 4 lokale besturen tussen 2020 en 2040.

De vraag naar VAPH-ondersteuning wordt geschat om met zo'n 22% te stijgen over de verschillende types heen. Deze stijging is gelijkaardig voor thuiszorg (met 21%) en sterker uitgesproken voor mantelzorg en thuisverpleging. Deze diensten voor zorg aan huis spreken de verschillende doel- en leeftijdsgroepen aan binnen Zorgpunt Waasland.

Scenario 2

Onderstaande tabel illustreert de resultaten van scenario 1 in de neutrale prognose. De situatie in 2020 blijft uiteraard identiek aan deze in scenario 1. Verder zien we, tegen 2040, sterkere stijgingen in vergelijking met 2020 dan in scenario 1. Dit is te verwachten aangezien de stijging van het aandeel alleenwonenden en de stijging van chronische aandoeningen een grote zorgvraag zal creëren.

Tegen 2040 tonen de resultaten stijgingen tussen de 33% en 58% in de verschillende types dienstverlening. De sterkte stijgingen zijn opnieuw op te merken in woonzorgcentra, thuisverpleging en mantelzorg. Voor woonzorgcentra impliceert dit een extra benodigde capaciteit van 1.518 bedden in de 4 lokale besturen tussen 2020 en 2040.

De vraag naar VAPH-ondersteuning wordt geschat om in dit scenario met zo'n 33% te stijgen over de verschillende types heen. Deze stijging is gelijkaardig voor thuiszorg (met 30%) en sterker uitgesproken voor mantelzorg en thuisverpleging. Deze diensten voor zorg aan huis spreken de verschillende doel- en leeftijdsgroepen aan binnen Zorgpunt Waasland.

Tabel 41. Resultaten van de neutrale prognose in de lokale besturen van Zorgpunt Waasland – Scenario 2 (2020-2040)

	Types dienstverlening	Eenheid	Geschatte zorgvraag in lokale besturen	Procentuele afwijking sinds 2020
2020	Mantelzorg	# personen	7.996	n.v.t.
	Thuiszorg	# personen	14.980	n.v.t.
	waarvan thuisverpleging	# personen	3.298	n.v.t.
	WZC & CVK	# bedden	2.371	n.v.t.
	GAW	# kamers	867	n.v.t.
	VAPH-ondersteuning	# personen	2.789	n.v.t.
	waarvan PVB	# personen	777	n.v.t.
	waarvan hulpmidd. & aanp.	# personen	1.365	n.v.t.
	waarvan zorgbudget	# personen	648	n.v.t.
2030	Mantelzorg	# personen	10.246	28%
	Thuiszorg (excl. verpleging)	# personen	17.283	15%
	waarvan thuisverpleging	# personen	4.248	29%
	WZC & CVK	# bedden	3.060	29%
	GAW	# kamers	1.113	28%
	VAPH-ondersteuning	# personen	3.265	17%
	waarvan PVB	# personen	909	17%
	waarvan hulpmidd. & aanp.	# personen	1.597	17%
	waarvan zorgbudget	# personen	758	17%
2040	Mantelzorg	# personen	12.294	54%
	Thuiszorg (excl. verpleging)	# personen	19.447	30%
	waarvan thuisverpleging	# personen	5.164	57%
	WZC & CVK	# bedden	3.737	58%
	GAW	# kamers	1.338	54%
	VAPH-ondersteuning	# personen	3.716	33%
	waarvan PVB	# personen	1.035	33%
	waarvan hulpmidd. & aanp.	# personen	1.818	33%
	waarvan zorgbudget	# personen	863	33%

Opmerking: # = aantal; waar geen huidige capaciteit of discrepantie werd aangegeven is dit omdat deze niet in kaart te brengen is met de huidige beschikbaarheid aan gegevens.

Een studie door ING voor Nederland vindt gelijkaardige resultaten voor de verwachte stijging in vraag naar thuiszorg. Zij onderzochten de vraag van thuiszorg naar ouderen in 11 landen en vonden een potentiële, jaarlijkse groei van 3,5% in thuiszorg en 5,5% in nood aan residentiële ouderenzorg. Met een looptijd over 20 jaar komt dit in de buurt bij onze schattingen. (ING Economics Department, 2019)

Vervolgens worden bovenstaande groepen, die (informele) zorg thuis of professionele zorg in een residentiële setting krijgen, ingedeeld naar zorgzwaarte.

Tabel 42. Resultaten van de indeling naar zorgzwaarte voor de neutrale prognose in de lokale besturen van Zorgpunt Waasland - Scenario 2 (2020-2040)

2020	Mantelzorg	Zeer licht tot gemiddeld				Dementie
		75%				25%
	Thuiszorg	Zeer licht tot gemiddeld				Dementie
		91%				9%
	Thuisverpleging	T	A	B	C	Dementie
32%		16%	9%	2%	40%	
WZC	O/A		B	C	Dementie	
	13%		18%	23%	46%	

2030	Mantelzorg	Zeer licht tot gemiddeld				Dementie
		75%				25%
	Thuiszorg	Zeer licht tot gemiddeld				Dementie
		90%				10%
	Thuisverpleging	T	A	B	C	Dementie
32%		16%	10%	2%	40%	
WZC	O/A		B	C	Dementie	
	13%		18%	23%	45%	

2040	Mantelzorg	Zeer licht tot gemiddeld				Dementie
		74%				26%
	Thuiszorg	Zeer licht tot gemiddeld				Dementie
		89%				11%
	Thuisverpleging	T	A	B	C	Dementie
32%		15%	10%	2%	40%	
WZC	O/A		B	C	Dementie	
	10%		20%	25%	45%	

We zien in bovenstaande dat de zorgzwaarte van personen met dementie over de volledige WZC-populatie niet stijgt: dit is te verklaren doordat de prevalentie niet stijgt maar dat deze de evolutie van de oudere bevolking volgt. Wanneer vervolgens hetzelfde aandeel personen naar woonzorgcentra gaan, kan deze zorggraad dan ook niet stijgen.

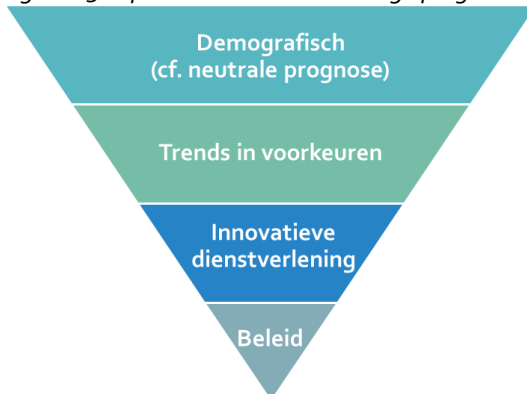
Uiteraard is het mogelijk dat ouderen zonder dementie in de toekomst minder vaak naar een woonzorgcentrum zullen gaan, waardoor het aantal personen met dementie (een groep die in de toekomst verder zal aangroeien) ook procentueel een groter deel zullen uitmaken van de WZC-populatie. Iets wat aanbod komt in de trendmatige analyse.

Verder werd aangegeven in een studie van 2018 dat zo'n 45% van personen in woonzorgcentra in Vlaanderen dementie heeft, wat overeenkomt met deze inschatting. (ING, 2018)

3.2. TRENDMATIGE PROGNOSE

Bij de **trendmatige prognose** wordt er vertrokken vanuit de neutrale prognose en worden aanvullende kwantitatieve & kwalitatieve invloeden toegevoegd. Onderstaande figuur geeft de verschillende elementen weer die we hier graag in meenemen.

Figuur 63. Opbouw van de trendmatige prognoses



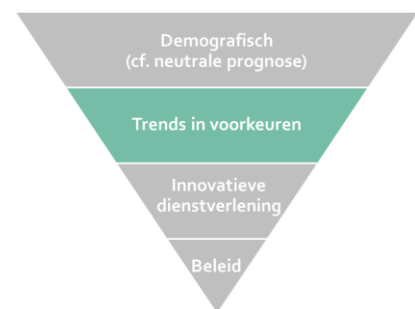
Hierbij starten we vanuit de **neutrale prognose**, die stoelt op kwantitatieve, demografische elementen, zoals aangegeven in het voorgaande deel. Vervolgens brengen we wijzigingen of trends bij de **voorkeuren van ouderen** in rekening, wat een wijziging in zorgvraag teweeg zal brengen. Trends in voorkeuren van andere doelgroepen zoals personen met een beperking konden helaas niet in kaart worden gebracht door een gebrek aan data.

Vervolgens worden **inzichten vanuit nieuwe of innovatieve woonvormen en beleidsmatige prikkels** opgenomen. De reden om deze twee laatste zaken op kwalitatieve wijze in kaart te brengen, is de grote nood aan assumpties gezien cijfers vaak niet beschikbaar zijn en bovendien zijn sommige aspecten simpelweg niet cijfermatig uit te drukken. Om de hoeveelheid aan assumpties, en zo de onzekerheid over de cijfers, niet verder te verhogen, kiezen we voor een kwalitatief perspectief om beleidskeuzes en innovatieve woonvormen te integreren. Hiervoor baseren we ons voornamelijk op bestaande (inter)nationale literatuur.

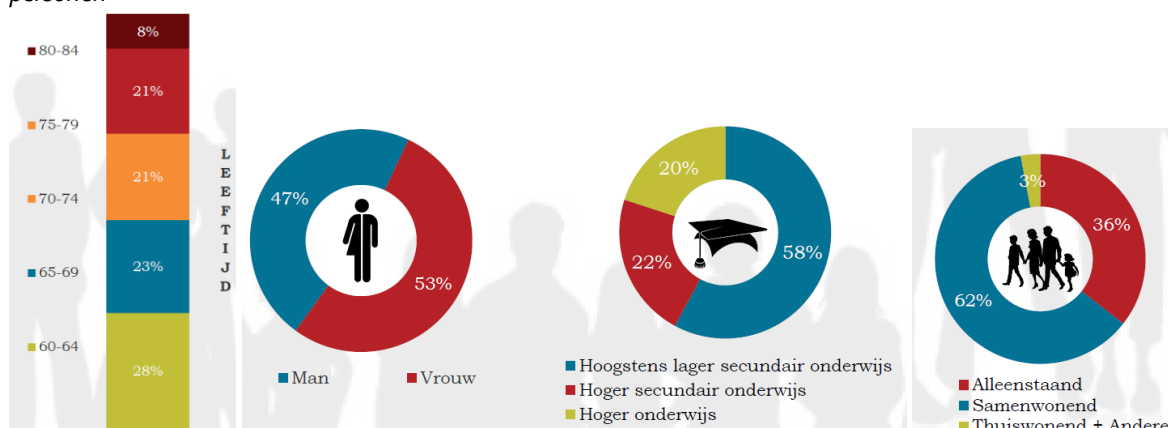
3.2.1. Trends in voorkeuren

Vertrekkend van de neutrale prognose, laten we in de eerste plaats de voorkeuren van ouderen evolueren. Verschillende studies, waarvoor we refereren naar de omgevingsanalyse, tonen aan dat de **preferenties van ouderen** wat betreft hun zorg de afgelopen periode al wijzigden. Deze trend zal zich hoogstwaarschijnlijk verderzetten. Wijzigende voorkeuren voor andere doelgroepen konden helaas niet in kaart gebracht worden.

Deze wijzigingen in voorkeuren zagen we in de studie van het Koning Boudewijn Instituut 'Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen'. Dit is een bevraging van 2000+ Vlaamse ouderen in 2017 en 2020, van verschillende leeftijden en behoeften. Deze bevraging kan als representatief beschouwd worden voor de Vlaams bevolking naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en gezinssamenstelling. Dit wordt geïllustreerd door onderstaande figuren uit het rapport.



Figuur 64. Illustraties van de doelgroep binnen de KBS-bevraging 'Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen'



In de bevragingen werd op beide tijdstippen onder andere nagegaan welk type van ondersteuning de voorkeur kregen bij deze ouderen. Bovendien werden resultaten gerapporteerd voor verschillende niveaus van zorgnood, die we kunnen rijmen met de opgebouwde categorieën van zorgnood. Deze worden in onderstaande tabel opgelijst:

Tabel 43. Voorkeuren voor woonvormen indien zelfstandig wonen niet langer kan in Vlaanderen (2020)

Voorkeuren voor woonvormen indien zelfstandig wonen niet langer kan	2020
In de eigen woning , met overdag professionele hulp van thuisverpleging of thuiszorg	36%
In de eigen woning , met de hulp van elektronische hulpmiddelen	27%
In een assistentiewoning met professionele hulp op afroep	25%
In de eigen woning , met overdag hulp van familie of vrienden	15%
In de eigen woning , met 's nachts professionele hulp van thuisverpleging of thuiszorg	13%
In een kamer in een woonzorgcentrum	10%
In een groepswooning of gedeelde woning met eigen private en gem. voorzieningen als keuken enz.	8%
In de eigen woning, met overdag hulp van vrijwilligers of studenten	7%
In de eigen woning, met 24u hulp van een inwonende professionele hulpverlener van thuiszorg	6%
Kangoeroewonen of zorgwonen	6%
In de eigen woning, met 24u hulp van een inwonend familielid of een vriend(in)	6%
In de eigen woning, met 's nachts hulp van familie of vrienden	5%
In de eigen woning, met 's nachts hulp van vrijwilligers of studenten	4%

Opmerking: ouderen konden meerdere voorkeuren opgeven; voorkeuren naar woonvormen sommeren bijgevolg niet tot 100%
Bron: (Koning Boudewijnstichting, 2020)

Uit bovenstaande tabel en de andere studies inzake voorkeuren die in de omgevingsanalyse werden toegelicht, leren we dat zo lang mogelijk thuis of zelfstandig blijven wonen een belangrijke voorkeur geniet bij ouderen en deze trend zich hoogstwaarschijnlijk verder zal doorzetten in de toekomst.

Wanneer we er vervolgens terug de resultaten van de neutrale prognose bij de hand nemen zien we in resp. scenario 1 en 2 zo'n 3.491 en 3.737 personen die in 2040 (volgens de huidige assumpties) een plaats in een woonzorgcentrum nodig hebben, wat ongeveer 1.500 extra bedden zou vereisen. Daarnaast zullen er tussen 3.397 en 3.716 personen zijn die beroep doen op VAPH-ondersteuning in de 4 lokale besturen, waarvoor ook een aanbod nodig is dat ondersteuning bij wonen, werken, vrije tijd en overdag dient te voorzien.

Op basis van bovenstaande studies plaatsen we **enkele kanttekeningen** bij de resultaten van de neutrale prognose zodat deze beter aansluiten bij de realiteit:

- Omwille van de bovenvermelde wijzigende voorkeuren zal een aandeel van personen met een zorg- of ondersteuningsvraag **langer in de thuisomgeving verblijven** waarbij zij de nodige ondersteuning van professionele thuiszorgdiensten en/of mantelzorgers zullen vragen, met ondersteuning van

technologische toepassingen. Ook collectieve thuis- of gezinszorgdiensten kunnen het aanbod verder aanvullen.

Zo kunnen we enerzijds verwachten dat er een lagere vraag naar woonondersteuning zal zijn, vooral bij ouderen met een lichtere of gemiddelde zorgbehoefte. Anderzijds, kunnen we een **stijgende vraag bij thuiszorg en thuisverpleging verwachten** omwille van deze verschuiving. Niet enkel de vraag stijgt, ook de zorgzwaarte in de mantel- en thuiszorg verloopt stijgend, onder meer omwille van de verschuiving naar thuiszorg, maar ook omwille van de stijgende prevalentie van bv. chronische aandoeningen.

⇒ **Thuiszorg en -verpleging** zullen nieuwe vormen (moeten) aannemen om meer personen en personen met een hogere zorgzwaarte (o.a.. omwille van chronische aandoeningen) in de thuisomgeving op te vangen. Er is vraag naar zorg op afstand via digitale toepassingen en openheid bij ouderen om meer gebruik te kunnen maken van digitale toepassingen. Hierbij dient opnieuw rekening gehouden te worden met de vaardigheidskloof bij (bepaalde groepen van) ouderen en het risico op vereenzaming.

- b) Naast het aandeel van personen dat langer in de thuisomgeving zal verblijven, zal een ander aandeel van personen ook **andere woonvormen** opzoeken die beter aansluiten bij hun voorkeuren en behoeften. Voor sommige ouderen is *ageing well in place* namelijk niet de beste keuze. Dit geldt zowel voor ouderen als voor personen met een beperking.

⇒ Om tegemoet te komen aan individuele noden en behoeften, is een **brede waaier aan woonmogelijkheden** nodig. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan een **kleinschalige organisatie van zorg en ondersteuning** of andere opties om zorg te richten op specifieke doelgroepen zoals personen met dementie en personen met een beperking. Deze tussenvormen kunnen zo de hoge vraag naar mantelzorg, thuiszorg en -verpleging mee opvangen. Ook reeds gevestigde woonvormen zoals assistentiewoningen spreken ouderen nog steeds sterk aan naar de toekomst toe.

- c) Het feit dat ouderen initieel langer thuis willen blijven wonen, impliceert ook dat – wie hier nood aan heeft – pas in een later stadium van hun leven, wat in veel gevallen ook een hogere zorgzwaarte zal impliceren, woonondersteuning zal opzoeken. Dit kan de gemiddelde zorgzwaarte verder de hoogte in duwen.

⇒ Het zal dan ook belangrijk zijn om een **geïntegreerd zorgcontinuüm** aan te bieden zodat personen die bij de residentiële diensten komen aankloppen geen 'onbekenden' zijn waarvan het dossier nog grotendeels opgebouwd moet worden. Via geïntegreerde trajecten die de inwoners van een lichte tot zware zorgbehoefte ondersteunen, zouden deze personen reeds gekend zijn via andere dienstverlening. Deze vroege connectie met de verschillende doelgroepen wint verder aan relevantie gezien de signalen van (stijgend risico op) vereenzaming en de dalende mantelzorgratio.

- d) De neutrale prognose toont dat de helft van het totaal aantal bewoners in woonzorgcentra personen met **dementie** zijn. Hierboven nuanceerden we reeds dat personen met lichtere en gemiddelde zorgzwaarte, omwille van wijzigende voorkeuren, nog vaker de opties thuis of in andere woonvormen zullen opzoeken.

We verwachten dus niet dat het absolute aantal personen in woonzorgcentra toeneemt, echter verwachten we wel dat personen met dementie, die vaak meer intensieve zorg nodig hebben, nog steeds in grote mate beroep zullen doen op plaatsen in de residentiële zorg. Dit impliceert dat zij een relatief groter aandeel zullen uitmaken van de populatie in residentiële zorg, wat de gemiddelde zorgzwaarte verder de hoogte in duwt.

Ook ouderen met **psychiatrische** stoornissen die niet langer in psychiatrische ziekenhuizen terecht kunnen, maar ook een hoge ondersteuningsnood hebben, zullen beroep blijven doen op woonondersteuning.

⇒ Een **stijgende zorgzwaarte en nood aan gespecialiseerde zorg** zal nodig zijn in residentiële setting (personen met dementie, chronische aandoeningen, ouderen met psychiatrische stoornissen) aangezien zij nog steeds in grote mate beroep zullen doen op woonondersteuning.

3.2.2. Innovatieve dienstverleningsconcepten en woonvormen

We geven een overzicht van enkele nieuwe of innovatieve concepten van dienstverlening of woonvormen die inspiratie kunnen bieden voor de toekomstige uitdagingen.

Om eerst en vooral voldoende achtergrond te geven over de bestaande woonvormen in België en de definities of benamingen die hieraan gekoppeld zijn, voegen we in bijlage 5 een bondig overzicht toe van alle erkende woonvormen en enkele meer innovatieve woonvormen met hun verschillende kenmerken. Naast dit overzicht geven we hieronder een samenvatting van enkele innovatieve woonvormen.

Tot slot, maken we de kanttekening dat er voor verschillende woonvormen weinig informatie te vinden is over de specifieke financieringsregels en de benodigde personeelscapaciteit. Waar beschikbaar werd dit toegelicht.

1) België

Verschillende categorieën van nieuwe woonvormen worden gedefinieerd door [Wonen Vlaanderen](#). De Vlaamse Regering selecteerde in 2018 28 projecten voor deelname aan de [proefomgeving voor experimentele woonvormen](#); de duurtijd van de proefomgeving bedraagt zes jaar. die een proefomgeving instelde waarbinnen experimentele woonprojecten de kans krijgen om op te starten zonder de belemmering van een veelheid aan regelgeving. Veel van deze projecten richten zich op personen met een beperking en ouderen.

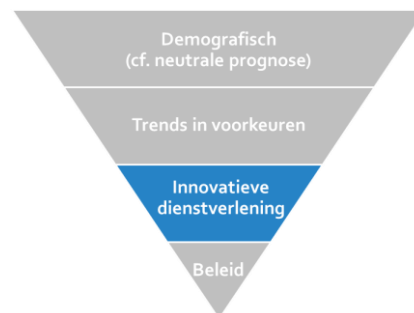
Enkele van deze woonvormen en experimenten worden hieronder verder toegelicht.

Zorghotel

Er bestaan twee soorten zorghotels. Enerzijds zijn er **hotels die een zorghotelfunctie aanbieden** en (eventueel) gekoppeld zijn aan een specifiek ziekenhuis (1). Anderzijds bestaan er zorghotels die **in theorie een WZC** zijn (2), maar de term 'zorghotel' gebruiken in de praktijk.

(1) De strikte invulling van het begrip is ontstaan uit de ziekenhuissector. In deze context betekent een zorghotel **een hotel waarbij daghospitalisatie wordt gecombineerd met een overnachting in een hotel**. Concreet zijn het hotels waar tijdens het verblijf een bijzondere aandacht gaat naar begeleiding van de patiënt. In de context van een ziekenhuis gaat het om een hotel in de onmiddellijke nabijheid, waar patiënten in observatie, die meestal geen gespecialiseerde verzorging nodig hebben, buiten het ziekenhuis logeren om overdag op consultatie en onderzoek in de daghospitalisatie te komen. De gasten kunnen er op afroep vaak ook medische (soms) en verpleegkundige zorg krijgen. Dit is interessanter voor de patiënt (want hij hoeft niet in het ziekenhuis te overnachten), voor het ziekenhuis zelf (want er komen bedden vrij voor échte zorgbehoevenden) en voor de ziekteverzekering (want een zorghotel is veel goedkoper dan een ziekenhuis).

Het onderscheidt zich van een ziekenhuis door de hotelmatige accommodatie en servicegerichte aanpak. Bovendien bestaan er ook zorghotels die fungeren als regulier hotel, met reguliere klanten, maar waar er een zorghotelfunctie beschikbaar is. In een zorghotel kunnen de familieleden



en mantelzorgers dus ook verblijven. Een zorghotel kan daarom ook dienen als een regulier hotel waar zorgbehoevende mensen tijdelijk op vakantie kunnen gaan.

De financiering van dergelijke zorghotels varieert sterk en is afhankelijk van de bestaande samenwerkingen. Elk ziekenfonds heeft ook eigen regels om zorghotels al dan niet mee te financieren. We geven hieronder een voorbeeld van Zorg- en Herstelverblijf ZorgHotel Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) en de financiering via het Onafhankelijk Ziekenfonds volgens hun samenwerkingsakkoord (Onafhankelijk Ziekenfonds, 2021):

- Het Onafhankelijk ziekenfonds komt tussen in het zorgverblijf in ZorgHotel UZA voor € 32 per dag. Voor gasten met een verhoogde tegemoetkoming bedraagt de tegemoetkoming € 35 per dag. Begeleiders die ook OZ501 klant zijn kunnen genieten van een tegemoetkoming van € 15 per dag.
- Gasten kunnen de tegemoetkoming krijgen voor maximum 28 dagen per persoon per kalenderjaar.
- Gasten dienen voorafgaande aan hun verblijf in ZorgHotel UZA een goedkeuring aan hun Ziekenfonds te vragen. Deze tegemoetkoming wordt onmiddellijk in rekening gebracht op de factuur.

(2) In de praktijk wordt de term 'zorghotel' vaak gebruikt ter vervanging of aanvulling op de term 'centrum voor kortverblijf of woonzorgcentrum'. De service van het zorghotel is in deze context gelijklopend als de diensten van een woonzorgcentra of centra voor kortverblijf. De diensten die aangeboden worden, worden dan mooier verwoord, de infrastructuur kan moderner zijn, etc. maar in theorie blijft het een woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf. In dit soort zorghotels krijgt de bewoner zorg op maat, 24 uur per dag als dat nodig is. Het zorgteam kan bestaan uit artsen, verpleegkundigen, zorgkundigen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten. De dienstverlening is gelijklopend met woonzorgcentra. In dit geval verloopt ook de financiering identiek aan een woonzorgcentrum, maar wordt hier een hogere dagprijs gevraagd gezien de brede dienstverlening en de moderne infrastructuur.

Meegroeiwonen (of levensloopbestendige woningen)

Meegroeiwonen is een duurzame, lange termijnvisie op wonen en bouwen dat een antwoord wil bieden op zowel demografische evoluties als op de veranderende noden en wensen van het individuele leven. Het heeft zowel betrekking op de individuele wooneenheid als op het wijk- en buurtniveau en het gemeentelijk/stedelijk weefsel. Zo kan meegroeiwonen de ruimere woonomgeving reorganiseren door het realiseren van toegankelijkheid en een voldoende sluitend aanbod van voorzieningen, diensten, activiteiten en mobiliteit.

Op woningniveau houdt meegroeiwonen de realisatie in van individuele woongebouwen en wooneenheden waarbij principes van aanpasbaar en flexibel bouwen worden geïntegreerd vanaf de conceptfase. **Het zijn woningen die aangepast zijn - of gemakkelijk aangepast kunnen worden - aan ouderen, chronisch zieken en mensen met een beperking.** Minder mobiele mensen zijn vaak gebonden aan hun huis en hebben dus meer nood aan comfort. (Enter Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid; Vlaamse Overheid, 2009; Kenniscentrum WWZ, 2019) Enkele voorbeelden van dergelijke voorzieningen zijn een inloopdouche, beugels door heel het huis, een antislipvloer, brede deuren.

Er zijn op dit moment geen specifieke premies of tussenkomsten voorhanden voor het bouwen of verbouwen volgens de principes van aanpasbaar, flexibel bouwen in de context van meegroeiwoningen.

De **Vlaamse Renovatiepremie** voorziet wel een premie die aangewend kan worden voor een aantal werkzaamheden ter bevordering van het 'levenslang wonen'. (Enter Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid; Vlaamse Overheid, 2009) Er worden ook tussenkomsten verleend door het VAPH, het Vlaamse Gewest en enkele Vlaamse Provincies en sommige gemeenten. Vaak kunnen de

tegemoetkomingen van de verschillende overheden gecumuleerd worden, voor zover de tussenkomst de effectieve kosten niet overstijgt.

Het Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid creëerde in 2009 reeds een Ontwerpgids Meegroeiwonen waarin toelichting en tal van tips te vinden zijn. (Enter Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid; Vlaamse Overheid, 2009) Deze [webpagina van meegroeiwonen.info](http://webpagina.van.meegroeiwonen.info) biedt ook enkele praktijkvoorbeelden.

Gemeenschappelijk wonen (Groepswonen)

Gemeenschappelijk wonen, ook wel groepswonen genoemd, is een **woonformule voor ouderen die zelfstandig willen samenwonen met anderen**. De Vlaamse overheid definieert gemeenschappelijk wonen als een **verzamelterm voor verschillende woonvormen (bv. cohousing, woningdelen, kangoeroewonen en zorgwonen⁵)** waarmee de bewoners een oplossing willen bieden voor betaalbaar of duurzaam wonen, vergrijzing, vereenzaming, leegstand of verloedering van waardevol patrimonium.

Het omvat typisch een gebouw of gebouwencomplex dat wonen als hoofdfunctie heeft en bestaat uit meerdere woongelegenheden waarbij minimaal 2 huishoudens op vrijwillige basis minimaal 1 leefruimte delen en daarnaast over minimaal 1 eigen private leefruimte beschikken en de bewoners gezamenlijk instaan voor het beheer. (Vlaamse Overheid, 2022) **Zorgwonen** wordt specifiek gedefinieerd: dit moet gaan over een situatie waarin ofwel maximaal twee oudere (65+) of hulpbehoevende personen wonen, waarbij bv. een niet-hulpbehoevende partner mee woont, ofwel waar de hulpverlener kan wonen bij de oudere of hulpbehoevende personen. Zorgwonen bevat bovendien ook het plaatsen van een aparte, ondergeschikte eenheid op de grond van een hoofdwooning, dit bespreken we verder onder de mobiele woonvormen. (Vlaamse Overheid, 2022)

Publieke en private initiatiefnemers bieden groepswonen aan. De publieke initiatieven zijn uitgewerkt en in beheer van een OCMW of andere gemeentelijke dienst, een lokale sociale huisvestingsmaatschappij of een vzw. Private actoren zijn o.a. burgerinitiatieven, private vzw's of vennootschappen. Elk project of initiatief heeft zijn specifieke eigenheid en model, vaak individuele woningen met gedeelde ruimte.

Voor sommige vormen van gemeenschappelijk wonen zijn de administratieve formaliteiten beperkt (bv. cohousing), voor andere vormen (bv. zorgwonen, woningdelen) is er een grotere impact. Zo is de creatie van een zorgwoning altijd meldingsplichtig (i.p.v. vergunningsplichtig wat een zwaardere verplichting inhoudt). Het stopzetten van het zorgwonen moet eveneens gemeld worden.

De Abbeyfield vzw heeft in Brussel en Wallonië reeds gemeenschappelijke woningen gebouwd die onder het **specifiek statuut van gemeenschappelijk woning** vallen.

Voorbeeld 1: Abbeyfield

Het Abbeyfieldconcept van kleinschalig groepswonen biedt alleenstaande ouderen vanaf 55 jaar een woonvoorziening bedoeld voor mensen die het moeilijk vinden om alleen te zijn, het contact met leeftijdsgenoten missen en het plezierig vinden om gezamenlijke activiteiten te ondernemen.

Elke bewoner van een Abbeyfieldhuis beschikt over een eigen appartement en is volledig zelfstandig en autonoom; daarnaast heeft een Abbeyfieldhuis een gemeenschappelijke huiskamer

⁵ Kangoeroewonen = bij familie of vrienden leven in hetzelfde huis maar met aparte leefruimtes en een aparte voordeur;
Zorgwonen = bij familie of vrienden leven in hetzelfde huis, zonder aparte leefruimte of voordeur;
Groepswonen = woning met 5-10 andere ouderen met eigen en gedeelde voorzieningen

of ontmoetingsruimte waar gezamenlijke activiteiten kunnen plaatsvinden. Daarnaast hebben de bewoners veel inspraak in de gang van zaken, zijn ze allemaal lid van de vzw en enkele bewoners zitten ook in de raad van bestuur.

Enkele ervaringen werden [hier](#) neergeschreven.

Voorbeeld 2: Cohousing Eikenberg

Eikenberg is een woongemeenschap die een sociaalinclusieve en ecologische woongemeenschap met 18 wooneenheden in de groene rand van Brugge. Een reeks van de wooneenheden wordt verhuurd aan personen met een beperking. De gemeenschap werkt met enkele werkgroepen, bijvoorbeeld een werkgroep inclusie die bekijkt wat er nodig is om deze inclusie tot stand te brengen: verwezenlijking van zelfregie en inspraak binnen het cohousing project voor personen met een beperking.

Voorbeeld 3: Villa Fura

Het project richt zich op het inclusief, begeleid en gemeenschappelijk wonen voor volwassen personen met een verstandelijke of meervoudige beperking. Er zijn 8 studio's en gemeenschappelijke eetruimte en keuken. Bewoners nemen de regie zoveel zelf de regie in handen en worden ondersteund via gespecialiseerde zorgverleners en begeleiders van De Kerselaar vzw. (Gemeente Tervuren, 2021)

Kleinschalige woonvormen

Kenmerkend voor **kleinschalige zorg** is dat de zorg in een omgeving plaatsvindt die zoveel mogelijk lijkt op die van thuis en dat de groep klein genoeg blijft voor een huiselijke setting (gemiddeld ongeveer acht bewoners). Deze omgeving 'zoals thuis' wordt bijvoorbeeld gecreëerd door bewoners de mogelijkheid te geven hun kamer in te richten met eigen meubels. Daarnaast worden dagelijkse huishoudelijke taken, zoals samen met bewoners koken, als onderdeel van kleinschalige zorg gezien. De kleinschalige organisatie van zorg kan zich richten op **verschillende doelgroepen** zoals personen met dementie of personen met een beperking. Bovendien kan het plaatsvinden in verschillende woonvormen en hoeft dus niet gelijk te staan met een kleinschalige woning of woonvorm. (Coomans, 2010; van der Schot, et al., 2020).

Kleinschalig genormaliseerd wonen voor ouderen (KGWO) (Synoniem: clusterwonen) houdt in dat een **kleine groep ouderen (van 6 tot 15 personen) die niet langer thuis kunnen blijven wegens een intensieve zorg- en ondersteuningsnood, samenwonen in een groepswoning**. Daarbij heeft iedere bewoner een eigen slaapkamer en badkamer en is er een gezamenlijke woonkamer. Dit kan gezien worden als een variant voor gemeenschappelijk wonen voor ouderen die intensieve zorgen nodig hebben.

De kleinschalig genormaliseerde woningen voor ouderen zijn vaak gekoppeld aan een woonzorgcentrum, maar er bestaan ook KGWO die onafhankelijk zijn van een woonzorgcentrum.

Om **personen met een beperking** te integreren in de maatschappij worden steeds vaker kleinschalige woonvormen gerealiseerd. In deze woningen woont een kleine groep mensen met een beperking samen met, eventueel inwonend, personeel. Zo toonde een literatuurstudie aan dat kleinschalige woonvormen met een inwonend zorggezin de meest gunstige huisvesting zou zijn voor jongvolwassenen met een **licht mentale beperking** die een drang naar zelfstandigheid ondervinden. (Van Doninck, 2020)

Voorbeeld 1: Ter Meeren

De 8 kleinschalige genormaliseerde woningen van WZC Ter Meeren bieden plaats aan 108 personen die niet langer thuis kunnen verblijven. Elke woning kan 11 tot 15 bewoners huisvesten en in elk huis is een woonzorgcoach aanwezig. In 1 huis wonen personen met dementie, in de andere 7 huizen wonen mensen met uiteenlopende zorgvragen.

WZC Ter Meeren kiest expliciet voor een vertrouwde leefwereld die zoveel mogelijk zoals thuis georganiseerd is met een maximaal comfort, behoud van regie en sociale relaties, een huiselijke omgeving en zorg en ondersteuning. Bewoners en mantelzorgers zijn en blijven hét aanspreekpunt tijdens het volledig woonzorgtraject.

Voorbeeld 2: Huis Perrekes

Huis Perrekes omvat drie huizen waar een vijftiental mensen met dementie permanent samenwonen en leven. De groep is bewust heterogeen samengesteld wat betreft stadia van dementie, leeftijd en sociale achtergrond. Het continuüm staat voor wonen, zorg en begeleiding op maat van personen met dementie.



De aanwezige dienstverlening omvat volgende zaken muziektherapie, ontmoetingsmomenten tussen jong en oud, workshops met naald en draad, textiel, klei, verf, potlood... , dieren en moestuin onderhouden, brood bakken en inzetten op beweging.

Dit voorbeeld is zeer gelijkaardig aan de werking van Huize Elisabeth en Linde van Zorgpunt Waasland. Deze woongroepen brengen 9 personen samen die overdag door één personeelslid wordt ondersteund en waar bewoners het als hun eigen huis kunnen beleven.

Mobiele woonvormen

Mobiel of modulair wonen, soms ook wel een *tiny house* genaamd, is een vorm van kleinschalig wonen en valt onder de voorwaarden van zorgwonen. (Vlaamse Overheid, 2022)

Wanneer de woning van een zorgbehoevende niet voldoende aangepast kan worden aan de noden en behoeften, wordt al vaker naar mobiele units gekeken als alternatief. Een mobiele zorgwoning of mantelzorgwoning is een tijdelijke (zolang de zorgbehoefte aanwezig is), losstaande en mobiele wooneenheid. Zorgbehoevenden kunnen zo vlak bij hun mantelzorger wonen, of omgekeerd.



Care-Shelter is een bedrijf dat mobiele zorgwoningen aanbiedt en wil zo pionier zijn voor kwaliteitsvolle mobiele zorgwoningen die aangepast zijn aan de noden van senioren en mensen met een beperking. Daarnaast willen ze uitdagingen voor woonzorgcentra verhelpen door tijdelijke of permanente uitbreidingen te voorzien voor bestaande centra of volledige (tijdelijke) centra te bouwen. Dit doen ze op drie manieren. Enerzijds breiden ze de capaciteit uit door mobiele zorgwoningen aan te bieden aan centra. Care-Shelter biedt echter ook tijdelijke infrastructuur aan voor renoverende centra. Tenslotte biedt Care-Shelter modulaire en flexibele oplossingen van het vergroten van de kamer capaciteit tot het realiseren van volledige centra.

Woonzorgzones

Een woonzorgzone is een (deel van een) wijk of dorp waar voldoende voorzieningen zijn voor wonen met zorg. (Kenniscentrum WWZ, 2019) Het begrip woonzorgzone werd in de jaren negentig geïntroduceerd vanuit Nederland, zich inspirerend op een aantal modellen in de Scandinavische landen. Het concept van een woonzorgzone vertrekt vanuit een brede kijk op wonen en zorg met als doel een volwaardige participatie aan de samenleving van alle bewoners. Belangrijk hierin is dat een woonzorgzone een gewone woonwijk, gemeente of deelgemeente, is met inwoners die niet meer dan gemiddeld gebruik maken van zorg en welzijnsvoorzieningen. (Vlaamse Ouderenraad, 2015)

Centraal staat de **waardering voor de toegankelijke woonomgeving, de beschikbaarheid van aangepaste woonvormen en de goede (zorg)voorzieningen in de wijk**. In een woonzorgzone vindt men een goede spreiding van verschillende woonvormen met een bovengemiddeld percentage van levensloopbestendige en aangepaste woningen, vormen van groepswonen, assistentiewoningen, sociale woningen en specifieke zorgwoningen. In de wijk liggen ook een aantal geclusterde woonvormen waar 24-uurs intensieve zorg geboden kan worden. De openbare ruimte zo georganiseerd worden dat alle inwoners volwaardig kunnen participeren in de woonzorgzone. De wijk vraagt daarom een **'design for all' principe**, dit omvat bv. dat alle woningen toegankelijk zijn voor mensen met een lichamelijke beperking, net als de woonomgeving. (Vlaamse Ouderenraad, 2015)

Een aanzet hiertoe is te vinden bij vzw [Curando](#), die zorgverlening biedt binnen vijf woonzorgzones in West- en Oost-Vlaanderen. Elke woonzorgzone wordt aangestuurd door een eigen zonale directeur en het aanbod omvat ook dienstverlening voor bewoners met dementie, palliatieve zorgen, pastorale bijstand enz. In het Masterplan Woonzorgzones Brussel van 2008 werd het Brussels gewest opgedeeld in [33 woonzorgzones](#); in een latere fase werden deze behouden als planningsinstrument voor de uitbouw spreiding van woonzorgvoorzieningen over het Brusselse gewest.

2) Frankrijk

In Frankrijk tracht de regering het draagvlak voor het verlies van autonomie te versterken en thuisondersteuning voor ouderen te bevorderen. De herstructurering van thuiszorg is ook vergevorderd, alsook een garantie om hun financiering te verbeteren, in het hele grondgebied. De Franse staat focust in 2022 op een betere zorg voor ouderen en mensen met een beperking; hiertoe wordt in 2022 een inspanning van meer dan 400 miljoen euro geleverd voor autonomie en thuisondersteuning.

We lichten een voorbeeld uit van **St. Brieuç's Elderly Establishment**. Deze nieuwe bejaardenwoningen van de stad Saint Brieuç, in Bretagne, vormen een combinatie van negen kleine blokken, verbonden door loopbruggen.

Het project tracht de organisatie te integreren in het leven van de buurt door sociale vermenging en interactie met de buurt te bevorderen. Buitenruimtes, die worden gebruikt als wandelgebieden en verbonden zijn met de buurt, omringen het etablissement. Er werd plaats voorzien voor bepaalde doelgroepen zoals personen met dementie. Er zijn verschillende wooneenheden gegroepeerd in verpleeghuizen en gemeenschappelijke ruimtes. (Nomade Architectes, 2014)



3) Nederland

Ook in Nederland is de verbetering van ouderenzorg een beleidsprioriteit. Door middel van een ouderenpact wil het kabinet samen met allerlei landelijke organisaties werken aan 3 opgaven om zo een ouderenvriendelijke samenleving te creëren:

- Het voorkomen en bestrijden van eenzaamheid.
- Zorgen dat mensen langer thuis kunnen wonen.
- Het verbeteren van de verpleeghuiszorg.

Een onderdeel van het ouderenpact is het programma Langer Thuis zodat ouderen in hun eigen vertrouwde omgeving zelfstandig oud kunnen worden met een goede kwaliteit van leven. Hiervoor wordt gewerkt aan goede ondersteuning en zorg thuis, ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers en een geschikte woonsituatie. Deze laatste 3 aspecten zijn immers cruciale randvoorwaarden om dit te kunnen verwezenlijken.

Voorbeeld 1: Serviceresidentie in het Van Ommerenpark

Een voorbeeld dat we graag uitlichten vanuit Nederland is de **Serviceresidentie in het Van Ommerenpark**. Deze residentie omvat 98 ruime en comfortabele huurappartementen en omvat uit vier woongebouwen. Wonen in een van de appartementen van het Van Ommerenpark betekent zelfstandig wonen met zekerheid van zorg in de nabijheid. Als de bewoner zorg nodig heeft kan hij rekenen op eigen deskundige medewerkers die bij hem thuis (medische) ondersteuning aanbieden. (Seniorenresidenties Nederland, sd)

Indien de senior niet in het Van Ommerenpark woont, maar wel behoefte heeft aan meer zekerheid qua zorg omdat zijn/haar gezondheid tijdelijk of langdurig vermindert, dan kan het zorggarantie-abonnement hulp bieden. Het **zorggarantie-abonnement** is een initiatief van het Van Ommerenpark en omvat de volgende diensten:

- Tijdelijk verblijf: een logeerkamer in het Johannahuis, korting en mogelijkheid tot reserveren of een alternatieve oplossing bij volledige bezetting.
- Warme maaltijdservice
- Praktische diensten thuis
- Faciliteiten en activiteiten in het Van Ommerenpark

Voorbeeld 2: Dementiedorp Hogewyk

Dementia Village Associates (DVA) creëert woonomgevingen op maat voor senioren met en zonder dementie. Ze geloven sterk in de **deïnstitutionalisering van de zorg** en de noodzaak om mensen met dementie te emanciperen en **op te nemen in de samenleving**. (Dementia Village Associates, sd)

De Hogewyk is een onderdeel van Vivium woonzorg, ontworpen door DVA. Het is een wijk met 23 woningen, in elke woning wonen 6-7 mensen met dementie. De wijk bestaat uit straten, pleinen, steegjes, hofjes en een parkje. Daarnaast heeft het een theater, café, restaurant, kapper, supermarkt en nog meer. Het doel van de Hogewyk is ervoor te zorgen dat mensen met dementie hun leven zoveel mogelijk kunnen voortzetten zoals zij dat gewend waren. De inrichting van de woningen en de directe omgeving wordt zoveel mogelijk aangepast aan de leefstijl van de bewoners. Elke woning heeft een vast team van verzorgers en in elke woning wordt een zelfstandig huishouden gevoerd.



In Nederland werd een **Taskforce Wonen en Zorg** in het leven geroepen, een gezamenlijk initiatief van VNG, Aedes, ActiZ en de ministeries van VWS en BZK. De taskforce heeft als doel om een plan uit te werken en na te denken over een aanpak om de komende Jaren voldoende woonzorgvormen voor ouderen en andere kwetsbare groepen te organiseren. Op de webpagina "[Inspiratie voor 2040](#)" deelt de Taskforce enkele succesvolle voorbeelden van woonzorgvisies, woonzorgconcepten en slimme interventies.

Ook binnen de **thuiszorg** worden stappen gezet in Nederland om het 'Langer Thuis' mogelijk te maken. Zo bestaat het project [VirtueleThuiszorg](#) van Curadomi en MobileCare waarbij technologische innovaties worden ingezet, met balans tussen techniek en menselijke aandacht, om cliënten te helpen langer en zelfstandiger thuis te blijven wonen. Denk aan een slimme weegschaal of bloeddrukmeter die elke meting direct registreert, een sensor die kijkt of iemand nog wel vaak genoeg de besteklade opent (dus een maaltijd gebruikt) of een speciaal horloge dat een alarm geeft aan de zorgmedewerkers als iemand inactief is en mogelijk is gevallen.

4) Scandinavië

Een algemeen kenmerk binnen de Scandinavische landen is dat het zorgstelsel als systeem sterk geïntegreerd binnen en tussenbestuurslagen. Traditioneel zijn de lagere overheden in Scandinavië verantwoordelijk voor *governance*, regulering, financiering, toezicht en het leveren van diensten. De landelijke overheid heeft vooral een kaderstellende taak. Gemeenten zijn voor de ouderenzorg en zorg voor personen met een beperking de belangrijkste bestuurslaag.

In **Scandinavische landen** herkennen we een gemeenschappelijke factor in de ouderenzorg; namelijk dat de meerderheid van de senioren in gewone woningen woont. In Scandinavië stimuleert de overheid een diversiteit aan ondersteuningsvormen zodat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Vanwege de onderliggende principes van dit beleid zijn er in Scandinavië geen talrijke grootschalige instellingen meer voor senioren, maar zijn er wel diverse vormen van wonen, zorg en ondersteuning ontstaan. (Nies, et al., 2019)

Dertig jaar geleden is **Denemarken** gestopt met het bouwen van traditionele institutionele verpleeghuizen. Institutionele verpleeghuizen bestaan nog wel, maar alleen voor degenen die minimaal acht keer per dag afhankelijk zijn van verpleging en verzorging, die nergens anders verpleging kunnen krijgen en daarom niet meer zelfstandig kunnen wonen. Voor traditionele institutionele verpleeghuizen zijn geclusterde woonvormen in de plaats gekomen waarbij mensen met zorg- en ondersteuningsvragen bij elkaar wonen en elkaar helpen. Het is onafhankelijke huisvesting, waarbij bewoners huurders zijn en diensten worden verleend op basis van behoeften. Daarnaast bestaan er tussenvormen in sommige gemeenten waar mensen naartoe kunnen die geen ziekenhuishulp behoeven, maar tijdelijk ook niet thuis kunnen wonen. (Nies, et al., 2019)

Een meer futuristisch initiatief is het **“Woonzorgcentrum van de toekomst” in Aalborg**. Het wordt soms ook het **“living lab”** genoemd omdat verschillende innovaties, technologieën, ideeën, workflows... er uitgetest en geëvalueerd worden. Het woonzorgcentrum werd ingericht als een realistische woning om het welzijn te bevorderen. (Osman Andersen, Kanstrup, & Yndigegn, 2018) Het maakt gebruik van technologieën zoals een druk-sensitieve vloer die verpleegkundigen alarmeert bij valincidenten, *Flush/dry* toiletten zodat bewoners zonder assistentie naar het toilet kunnen enz.

Net als in enkele andere Scandinavische landen, zijn gemeenten in **Zweden** bevoegd voor de woonvormen van ouderen. Zij stimuleren het thuis wonen via tal van thuiszorginitiatieven: de oudere blijft thuis wonen, maar betaalt een bepaald bedrag aan de gemeenten en zo kunnen zij beroep doen op alle thuiszorginitiatieven die de gemeenten aanbieden. De gemeenten brengen de zorg- en ondersteuningsnood van de oudere in kaart en bepalen op basis daarvan de diensten waarop de bewoner beroep kan doen.

Een bewoner kan bijvoorbeeld beroep doen op volgende diensten: boodschappen doen, poetsen, was en strijk, maaltijdbereiding, dagelijkse activiteiten (mentale en fysieke training, transport naar het ziekenhuis...), persoonlijke diensten (eten, hygiëne, aankleden, wandelen, sociaal contact...).

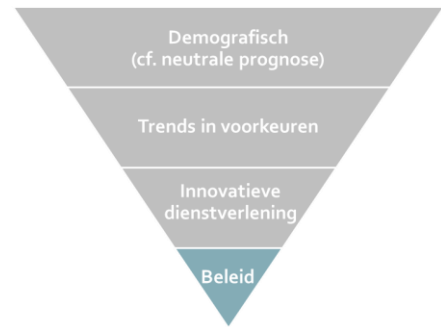
De gemeente biedt, bij een aanvullende vergoeding, ook de mogelijkheid om de woning aan te passen aan de noden van de bewoner zoals het installeren van een lift. Op deze manier is er een duidelijke regierol weggelegd voor de lokale besturen in het ondersteunen van zorgnoden van de ouderen.

3.2.3. Beleidsmatige prikkels

Voor evoluties in het zorgaanbod, of evoluties in de context van ouderenzorg die vervolgens aanleiding kunnen geven tot evoluties in het zorgaanbod, kijken we vervolgens ook in de richting van beleidsmatige prikkels.

We overlopen achtereenvolgens onderstaande voorname trends van beleidsaspecten:

- Vermaatschappelijking van zorg
- Inzet op personeel in de ouderenzorg en op 'werkbaar werk'
- Alternatieve financieringsvormen en -regels
- Inzet op een gespreid en kwaliteitsvol aanbod om een zorgcontinuüm te realiseren
- Geïntegreerde zorg: inzet op langer thuis wonen, aandacht voor buurtgerichte zorg en zorgtechnologische toepassingen
- Een regierol voor lokale besturen

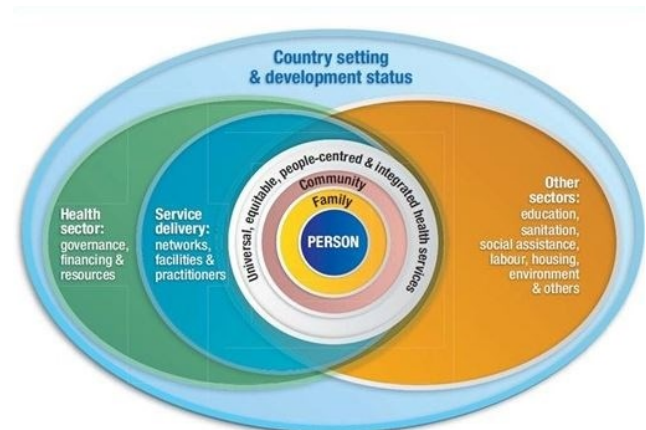


1) Vermaatschappelijking van zorg en preventie: een paradigmashift

Op heden legt **Zorg en Gezondheid** de focus op het cirkelmodel van zorg (zie Figuur 65), waarbij de zorggebruiker centraal staat. Hierbij wordt de nadruk gelegd op **vermaatschappelijking van de zorg** en het uitbouwen van een gamma aan zorgvormen dat een stijgende zorgnood kan tegemoetkomen. Er is hierbij een uitgesproken ambitie om ouderen **zo lang mogelijk thuis** te laten wonen. (Agentschap Zorg en Gezondheid, sd)

De opbouw van dit model is als volgt:

- De **persoon met een zorg- en/of ondersteuningsnood** is zijn eigen, eerste cirkel van zorg en ondersteuning. De eigen cirkel en autonomie versterken doen we o.a. met de Vlaamse Sociale Bescherming.
- De tweede cirkel van zorg en ondersteuning wordt gevormd door de **mantelzorgers** thuis: familie, vrienden,...
- Informele zorg door **vrijwilligers en buurtgerichte ondersteuning**, incl. de lokale overheid, het middenveld en de lokale zorgnetwerken.
- Professionele zorg en ondersteuning**: gezinszorg en aanvullende thuiszorg, dagverzorging en kortverblijf, thuisverpleging, residentiële ouderenzorg, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven beschut wonen, revalidatie, ziekenhuizen ...
- Voor **gespecialiseerde zorg** voor de personen met een beperking is er een vijfde cirkel.



Figuur 65. Het cirkelmodel van zorg

Het is een uitgesproken ambitie van Zorg en Gezondheid om te evolueren van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd, persoonsgericht zorgmodel. De focus verschuift van ziekte en genezen naar **preventie**, cure én care. Men spreekt hierbij in de beleidsnota van een paradigmashift: er moet gestreefd worden naar een combinatie van zelfzorg, professionele zorg en informele zorg.

In het **Vlaamse regeerakkoord (2019-2024)** wordt ook de nadruk gelegd op een ouderenbeleidsplan met klemtonen op **bestrijding van eenzaamheid** bij ouderen. Hierbij wil men specifieke aandacht hebben voor intergenerationele samenwerking en werk maken van een specifieke beleidsfocus voor dementie.

Ook **preventie** komt in dit beleidsdocument en binnen de zorgsector sterk naar voor als een onmisbare schakel in het zorgsysteem. De continuïteit van zorg vertrekt vanuit preventie, vroegdetectie en vroeginterventie. De verschillende niveaus in de zorg zijn nog steeds reactief georganiseerd wanneer een

zorgvraag bij hen terechtkomt. Gezien de verschillende demografische trends die reeds werden aangehaald, zal naast reactie ook preventieve actie nodig zijn om te anticiperen op de toekomstige zorgvragen. Onder preventie verstaan we: *“zorg die erop gericht is het ontstaan van een ziekte te voorkomen (primaire preventie) of een ziekte in een zo vroeg mogelijk stadium vast te stellen, zodat de behandeling snel kan worden opgestart en de ernst of de mortaliteit afneemt (secundaire preventie)”*. De eerstelijns, in nabijheid van de burger, speelt hierin een centrale rol. (Gezond België, 2021)

Verscheidene OESO-landen ontwikkelen campagnes voor "Healthy ageing" en rehabilitatieprogramma's, die erop gericht zijn het aantal jaren van invaliditeit onder ouderen te verminderen en een zo lang mogelijk zelfstandig leven te bevorderen. (OECD, 2020) Hierin herkennen we het preventieve perspectief binnen de eerstelijns ook sterk, dat in Nederland en Scandinavische landen al reeds lange tijd aan belang wint.

Het **'Life-long Living' programma van Denemarken** werd voor het eerst uitgetest in de Fredericia-regio. Het doel is om thuiszorg op een radicaal andere manier in te vullen: de 'passieve' dienstverlening werd vervangen door dagelijkse diensten van rehabilitatie, preventie en actieve participatie van de zorgvrager. In plaats van de focus te leggen op wat een zorgvrager niet meer kan, werden ze gestimuleerd om hun fysieke mogelijkheden te behouden of (opnieuw) te ontwikkelen.

Op deze manier kunnen ze langer onafhankelijk thuis wonen. Dit plan werd ondertussen ook nationaal uitgerold en voorziet elke burger van een persoonlijk plan met individuele doelstellingen. De plannen worden opgevolgd en begeleid door multi-disciplinaire teams die opgeleid zijn omtrent rehabilitatie. (OECD, 2020)

2) Aandacht voor personeel in de ouderenzorg

Het Vlaamse regeerakkoord (2019-2024) haalt verschillende elementen aan omtrent de betaalbaarheid en kwaliteit van woonzorgcentra, alsook de krapte op de arbeidsmarkt en moeite om voldoende geschikte profielen te vinden. Het regeerakkoord benoemt:

- a) **Verhoging van de betaalbaarheid** van het woonzorgcentrum waarbij extra middelen prioritair ingezet worden voor het opvangen van de stijgende zorgzwaarte en de verlichting van de werkdruk voor het zorgpersoneel.
- b) **Hervorming van bovennormpersoneel**: bovennormpersoneel is het zorgtrekkend personeel boven op de wettelijk gefinancierde norm en het ondersteunend personeel; de financiering voor dit deel kon tot 13,5% van het 'normpersoneel' bedragen.
- c) Om het tekort aan verpleeg- en zorgkundigen aan te pakken, wordt bekeken welke **nieuwe profielen** ingeschakeld kunnen worden in de residentiële ouderenzorg

In 2018 werd een reeks actieplannen voorgesteld in kader van 'Werk maken van werk', waarbij 'Actieplan 4.0' de focus legde op de tewerkstelling in de zorg- en welzijnssector. **'Actieplan 4.0: Werk maken van werk in de zorg- en welzijnssector'** zet verder in op de doelstellingen van de vorige plannen, maar wil de aandacht verder verhogen voor zij- en hernieuwde instroom naar de knelpuntberoepen verpleegkunde en zorgkunde. (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2018)

In lijn hiermee, lanceerde Vlaamse Overheid in 2019 het project **"Innovatieve arbeidsorganisatie in de woonzorgcentra als hefboom voor betere zorg en zinvol en werkbaar werk"**. De doelstelling van dit project was om, in kader van de professionalisering van woonzorgcentra, ondersteuning te bieden via concepten van innovatieve arbeidsorganisaties. Dit omvat bijvoorbeeld het aanreiken van inzichten over organisatiestructuur, hoe een efficiënt samen te werken, hoe de organisatie bij kan dragen tot werkbaar werk, enz. (Zorgnet-Icuro, 2020)

Verscheidene elementen uit bovenstaande beleidsnota werden ondertussen al verder opgenomen in het **6^{de} Vlaams Intersectoraal Akkoord, VIA-6**. Dit omvat koopkrachtmaatregelen (met onder meer de uitrol van een gemeenschappelijk functieclassificatie en loonhuis, IF.IC); extra middelen voor kwalitatieve verbetering van de arbeidsvoorwaarden (met onder meer focus op de (flexibele) gezinszorg, de sector personen met een beperking en de harmonisering van de verschillende statuten, vergoedingen en lonen in de kinderopvang), een uitbreidingsbeleid en een relanceplan 'Vlaamse Veerkracht'.

Het akkoord legde vast dat er vanaf 2021 een recurrente investering van 146 miljoen euro wordt gedaan in een betere personeelsomkadering in de Vlaamse woonzorgcentra. Extra middelen gaan onder meer naar **personeelsversterking van zorgpersoneel**, met name voor personen met dementie, en naar een **hogere financiering van het zogenaamde boven-normpersoneel** (verhoging van 13,5% tot 15%). Op deze manier wil het akkoord bekomen dat woonzorgcentra de mogelijkheid hebben om op een meer flexibele manier invulling te geven aan de personeelsnorm. Hiermee komt de gemiddelde personeelsnorm op ca. 0,6 VTE per bewoner.

In het belang van de zorg op maat en het woon- en leefklimaat van iedere bewoner worden er tevens flexibiliteitsmaatregelen voorzien, op die manier kunnen er **meer personeelsleden met verschillende zorg- en welzijnsdiploma's worden aangeworven**.

VIA-6 realiseert ook de **RVT-erkenning**, namelijk de gelijkschakeling in de financiering voor personen met een zwaar zorgprofiel. Dit betekent dat de woonzorgcentra nu een gelijke financiering ontvangen voor elke oudere met een gelijke zorg- en ondersteuningsnood.

Recent werden ook nieuwe mogelijkheden voorzien voor **logistieke werknemers in zorgvoorzieningen**; dit zijn medewerkers die geen zorgopleiding hebben genoten, maar diverse ondersteunende, praktische taken van verpleegkundigen en zorgkundigen kunnen overnemen. Vroeger konden zorginstanties de financiële middelen van bovennormpersoneel (zie ook hierboven) enkel besteden voor de aanwerving van medewerkers met een zorgopleiding. Vanaf nu (en met terugwerkende kracht) kunnen deze middelen gebruikt worden voor de aanwerving van gecertificeerde logistieke medewerkers. Dit komt tegemoet aan de nood voor meer diverse zorgprofielen om de huidige en toekomstige complexe zorgnoden te kunnen beantwoorden. (Zorgnet-Icuro, 2021)

3) *Alternatieve financiering*

In het Vlaamse regeerakkoord (2019-2024) staat opgenomen dat men wil evolueren naar een financiering van de ouderenzorg die gebaseerd wordt op het **nieuwe inschalingsinstrument BelRAI**.⁶ Het is de bedoeling dat hiermee verbindingen met andere sectoren mogelijk worden, verkokering wordt tegengegaan en integrale samenwerking wordt aangemoedigd. Hiermee worden de 3 types zorgbudgetten ook hervormd tot 1 type zorgbudget met 1 uniek inschalingsinstrument (BelRAI).

Ook in het regeerakkoord terug te vinden, is de voorbereiding van **persoonsvolgende financiering (PVF)** in de ouderenzorg, met enkele geplande proefprojecten. PVF impliceert dat, in plaats van de organisator van zorg te financieren (bv. het woonzorgcentrum), de patiënt/cliënt gefinancierd wordt, die daarmee zorg kiest en betaalt. Het geld hangt dus vast aan de zorggebruiker i.p.v. aan de zorgvrager. (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2021) Niet het type zorgaanbieder, maar de zorgzwaarte bepaalt de omkadering en de financiering. Zo zouden zorgaanbieders beter kunnen inspelen op de vragen van cliënten.

De ervaringen met PVF in de VAPH-sector toonden ook dat zorginstellingen op deze manier meer onzekerheid en sterkere concurrentie ondervinden, en ook het belang van marketing en positionering sterker aanvoelen. Voorbereidingen van de invoering van een persoonsvolgend systeem met zorgtickets in de ouderenzorg worden ook getroffen; het doel is om in 2023-2024 pilootprojecten PVF ouderenzorg op te starten.

4) *Een gespreid en kwaliteitsvol aanbod om een zorgcontinuüm te realiseren*

De Vlaamse Regering tracht **proefprojecten voor gemeenschappelijk en vernieuwend wonen te stimuleren**. (Wonen en Vlaanderen, 2014) Hiertoe werd een eenmalige proefomgeving ingesteld

⁶ Vertegenwoordigers van ZPW zetelen reeds meerdere jaren in de voorbereidingsgroepen van BelRAI voor zowel thuiszorg als residentiële woonzorg.

waarbinnen experimentele woonprojecten de kans krijgen om op te starten zonder de belemmering van een veelheid aan regelgeving. Van de 48 ingediende projectaanvragen selecteerde de beoordelingscommissie 28 projecten voor deelname aan de proefomgeving voor experimentele woonvormen.

Deze subsidie is bedoeld voor innoverende, niet-persoonsgebonden projecten meegroeiwonen, gemeenschappelijk wonen (groepswonen), aangepast wonen voor bijzondere doelgroepen, of wonen in leefbare en duurzame wijken mogelijk maken.

De beleidsnota spreekt ook over de mogelijkheid van welzijnsverenigingen performanter te worden door private partners toe te laten treden in hun structuren. Het fel bediscussieerde **privatiseringsdecreet** impliceert een aanpassing van het decreet lokale besturen; hierdoor zou het mogelijk worden voor private investeerders om zich in woonzorgcentra en andere zorginstellingen, in te kopen, tot maximaal 49 procent van het kapitaal.

Een beleidswijziging was het **nieuwe Woonzorgdecreet** van 2019 die betrekking heeft op de lokale dienstencentra, de diensten voor gezinszorg, de diensten voor oppashulp, de diensten voor thuisverpleging, de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, de diensten voor gastopvang, de centra voor dagverzorging, kortverblijf en herstelverblijf, de groepen van assistentiewoningen en de woonzorgcentra en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers. Dit decreet heeft 3 prioritaire doelstellingen:

- a) **Zorg op maat** bieden aan de gebruiker en een kwaliteitsvol **zorgcontinuüm** creëren, door zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg correct en individueel aangepast in te zetten;
- b) Regelgeving voor zorg, wonen en welzijn actualiseren en beter op elkaar afstemmen, met als doel de **samenwerking** tussen thuiszorg, thuiszorgondersteunende zorg en residentiële zorg te vergemakkelijken en aan te moedigen;
- c) **Kwaliteit** van wonen en zorg verhogen door passend in te spelen op de individuele fysieke en psychische noden van de zorgvrager, met voldoende aandacht voor sociale inclusie en het welbehagen van de zorgbehoevende. (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019)

Een belangrijke wijziging in het goedgekeurde decreet is het schrappen van de mogelijkheid van initiatiefnemers om een woonzorginitiatief enkel aan te melden bij de overheid, zonder zich te laten erkennen. Voornamelijk bij de assistentiewoningen en de centra voor herstelverblijf heeft dit aanleiding gegeven tot verwarring en ongenoegen bij gebruikers.

5) **Geïntegreerde zorg: inzet op langer thuis wonen & zorgtechnologische toepassingen**

Het Vlaamse regeerakkoord spreekt de ambitie uit om **zo lang mogelijk thuis** of in de buurt wonen aan te moedigen. Hiertoe wil men inzetten op aangepaste zorg, infrastructuur en technologische innovaties.

In 2010 werd vanuit het RIZIV een financieringsprogramma voor zorginnovatieve projecten aangevat, gericht op zorg en ondersteuning aan kwetsbare ouderen (65+) met complexe zorgbehoeften in de thuisomgeving. We verwijzen naar deze zorgvernieuwingprojecten voor ouderen als de **Protocol III-projecten (P3P)**. Deze projecten hebben tot doel om een opname in een residentiële voorziening voor kwetsbare ouderen zo lang mogelijk uit te stellen, en zo **langer in de thuisomgeving** te blijven, een garantie te bieden inzake **zorgcontinuïteit en samenwerking** te stimuleren en de zorg te decentraliseren naar de maatschappij toe. Via deze akkoorden wil men onder meer streven naar een ouderenzorgbeleid dat een antwoord biedt op de toekomstige uitdagingen, dat kan voorzien in de behoeften aan preventie, opvang, begeleiding en verzorging van zorgbehoevende ouderen en ondersteuning van de informele zorg.

Los van de ouderenzorg, wordt er ook via proefprojecten van **eHealth (telegeneeskunde –of zorg) en mHealth** ingezet op de verdere digitalisering binnen het gezondheidslandschap. (e-Gezondheid, 2019) Uit 98 ontvangen voorstellen werden 24 projecten geselecteerd waarbij verschillende zorgactoren de handen in elkaar slaan: ziekenfondsen, ziekenhuizen, thuiszorgdiensten, huisartsenkringen, enz. Op basis van deze projecten werd een validatiepiramide opgesteld om de terugbetaling van dergelijke toepassingen te realiseren. Dit kader wordt nog verder geoptimaliseerd en herzien. Terugbetaling werd bijvoorbeeld

onderzocht voor kinesitherapie op afstand waarbij een mobiele app en sessies terugbetaald worden via overeenkomst voor revalidatie knie- of heupprothese, of videoconsultaties tussen zorgverleners en patiënten met een chronische lichamelijke aandoening. Alhoewel deze niet rechtstreeks gericht zijn op ouderen, zullen dergelijke initiatieven ook van toepassing zijn voor deze doelgroep en vormen ze een leidraad voor verdere ontwikkelingen voor de ouderenzorg.

Vanuit de Vlaamse overheid wordt gewerkt aan een **interfederaal plan geïntegreerde zorg**. Dit moet de motor worden van een transitie die zowel door de diverse bevoegde overheden als het brede zorg- en welzijnslandschap breed gedragen wordt. Naast het leren van ervaringen op het terrein, worden ideeën uitgetest binnen lopende projecten zoals de [pilotprojecten voor geïntegreerde zorg voor chronisch zieken](#), de [Protocol 3-projecten voor alternatieve zorgvormen voor ouderen](#) en de [projecten i.k.v. de overeenkomst psychologische zorg in de eerste lijn](#).

6) Een regierol voor lokale besturen

Lokale besturen krijgen de laatste jaren vanuit het beleid ook een belangrijkere rol in de organisatie van lokale zorg. In 2018 werd het **hernieuwde decreet Lokaal Sociaal beleid** opgesteld; een belangrijk aspect in dit decreet is de regierol die is weggelegd voor lokale besturen om het lokale aanbod te helpen afstemmen op de noden van burgers en kwetsbare groepen. Hierin krijgt ook de vermaatschappelijking van sociale dienstverlening een belangrijke plaats waarbij wordt aangegeven dat lokale besturen de informele en vrijwillige zorg mee kunnen ondersteunen. (Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG), 2018)

In het decreet van de reorganisatie van de eerste lijn wordt ook expliciet ingehaakt op bovenstaand decreet. Er wordt aangegeven dat er een belangrijke synergie is tussen de opdrachten van lokaal beleid en de eerstelijnszones. Om deze samenwerking te verwezenlijken worden verschillende lokale partners samengebracht in zorgraden, waar ook lokale besturen worden verwacht een regisseur van lokale zorg te zijn. Lokale besturen kunnen eveneens inzetten op buurtgerichte zorg en preventie, zodat de persoon met een zorgnood een netwerk rond zich heeft en langer thuis kan blijven wonen. (Vlaams Parlement, 2019)

3.3. CONCLUSIE

Uit scenario 1 en 2 van de **neutrale prognoses** kunnen we concluderen dat er een stijging in capaciteit van aanbod nodig zal zijn van gemiddeld zo'n 45% over de verschillende types dienstverlening voor ouderen, personen met (jong)dementie en personen met een beperking om te voldoen aan de zorgvraag in 2040. Wat de woonzorgcentra specifiek betreft, volgt vanuit deze prognoses een geschatte stijging van **47% tot 58% in zorgvraag tussen 2020 en 2040. Dit vertaalt zich in extra capaciteit van 1.272 à 1.518 bedden in de 4 lokale besturen tussen 2020 en 2040.**

We gingen in bovenstaande scenario's uit van **een constante verdeling over de gegeven types van zorgaanbod**. Mocht de context vandaag identiek blijven de komende 20 jaar, zouden we dergelijke resultaten krijgen. Aangezien dit niet het geval is, kijken we verder naar de **trendmatige analyse**.

Vanuit de voorkeuren van de doelgroepen merken we dat er meer volume en vraag is naar **langer thuis wonen met ondersteuning van thuiszorg en digitale toepassingen** en vraag naar **alternatieve types (woon)ondersteuning** die beter aansluiten bij de noden en behoeften. Dit is het geval voor zowel personen met een lichtere als deze met een zwaardere zorgnood.

We brachten hierbij volgende aandachtspunten en conclusies naar voor:

- ⇒ **Thuiszorg en -verpleging** zullen nieuwe vormen (moeten) aannemen om meer personen en personen met een hogere zorgzwaarte (o.a.. omwille van chronische aandoeningen) in de thuisomgeving op te vangen. Er is vraag naar zorg op afstand via digitale toepassingen en openheid bij ouderen om meer gebruik te kunnen maken van digitale toepassingen. Hierbij dient opnieuw rekening gehouden te worden met het de vaardigheidskloof bij (bepaalde groepen van) ouderen en het risico op vereenzaming.
- ⇒ Om tegemoet te komen aan individuele noden en behoeften, is een **brede waaier aan woonmogelijkheden** nodig. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan een **kleinschalige organisatie van**

zorg en ondersteuning of andere opties om zorg te richten op specifieke doelgroepen zoals personen met dementie en personen met een beperking. Deze tussenvormen kunnen zo de hoge vraag naar mantelzorg, thuiszorg en -verpleging mee opvangen. Naast tussenvormen, voldoen gevestigde woonvormen zoals **assistentiewoningen** ook in de toekomst nog steeds aan de behoeften van ouderen en kan men ook hier in de verschillende lokale besturen een aanhoudende vraag verwachten.

- ⇒ Het zal dan ook belangrijk zijn om een **geïntegreerd zorgcontinuüm** aan te bieden zodat personen die bij de residentiële diensten komen aankloppen geen 'onbekenden' zijn waarvan het dossier nog grotendeels opgebouwd moet worden. Via geïntegreerde trajecten die de inwoners van een lichte tot zware zorgbehoefte ondersteunen, zouden deze personen reeds gekend zijn via andere dienstverlening. Deze vroege connectie met de verschillende doelgroepen wint verder aan relevantie gezien de signalen van (stijgend risico op) vereenzaming en de dalende mantelzorgratio.
- ⇒ Een **stijgende zorgzwaarte en nood aan gespecialiseerde zorg** zal nodig zijn in residentiële setting (personen met dementie, chronische aandoeningen ouderen met psychiatrische stoornissen) aangezien zij nog steeds in grote mate beroep zullen doen op woonondersteuning.

Vanuit het beleid in **België** zien we, via ambities in het regeerakkoord, dat stappen richting persoonsvolgende financiering werden gezet met de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood centraal. Ook beleidsinitiatieven omtrent privatisering komen aan bod. Daarnaast zien we het opkomend belang van digitalisering en technologische innovatie, innovatieve woonvormen (tussenvormen tussen thuis en residentieel), kleinschalig wonen, vermaatschappelijking van zorg met een grotere rol voor buurtgerichte zorg (paradigmashift). Via de reorganisatie van de eerste lijn werd de focus ook gelegd op samenwerkingsverbanden in de sector en een rol voor lokale besturen. Er gaat ook meer aandacht naar het zorgcontinuüm en geïntegreerde zorg. Hoewel de tijdslijn van heel wat van deze realisaties met wat onzekerheden komt, zien we deze thema's op verschillende manieren terugkeren en zullen ze hoogstwaarschijnlijk relevant zijn voor de toekomst.

Ook vanuit het **buitenland** zien we parallelle bewegingen als antwoord op gelijkaardige uitdagingen, zoals ouderen langer thuis laten wonen, al zijn enkele omringende landen al best ver gevorderd in beleidsrichtingen en nieuwe initiatieven. Hier komen enkele trends heel sterk naar voor: digitale ondersteuning, kleinschalige woonvormen in de buurt of gemeenschap die zich richten op de vermaatschappelijking van zorg, geïntegreerde zorg in woonvormen die vaak binnen een soort 'tussenvorm' vallen.

DEEL II. EXPLORATIEVE FASE: BEVRAGING EN FOCUSGROEPEN

Het tweede deel van dit rapport bespreekt de exploratieve fase van de zorgstrategische studie. Om de (toekomstige) **noden en behoeften qua dienstverlening** - binnen de lokale besturen waar Zorgpunt Waasland actief is - beter te leren kennen, wordt een grootschalige bevraging georganiseerd bij de inwoners. Naast deze bevraging worden ook focusgroepen georganiseerd om enkele thema's meer diepgaand af te toetsen bij de (potentiële) cliënten van Zorgpunt Waasland, partnerorganisaties in het Waasland en studenten/stagiairs.

In wat volgt, wordt eerst de werkwijze en methodiek van bevraging en focusgroepen besproken (meer in detail te vinden in **bijlage 6**), met achtereenvolgens de bespreking van de resultaten en een samenvattende conclusie.

In deze nota nemen we de voornaamste inzichten mee die relevant zijn voor de zorgstrategische studie. Een gedetailleerde overzicht van de resultaten kan met terugvinden in **bijlage 7**.

4. ALGEMENE AANPAK

4.1. FASES

Er werd een gefaseerde aanpak gevolgd voor dit exploratief onderzoek:

Fase 0: Voorbereiding

- Opstellen van een plan voor de steekproefmeting en de kanalen via dewelke de datacollectie kan gebeuren. Dit wordt bepaald in overleg met de werkgroep en projectgroep van Zorgpunt Waasland.
- Opstellen van een communicatie- en campagneplan zodat de kanalen voor datacollectie op uniforme en tijdige wijze aangesproken kunnen worden.
- 1ste versie van de vragenlijst om behoeften en noden bij de bevolking van de lokale besturen in kwestie (Sint-Niklaas, Beveren, Kruikeke en Zwijndrecht).

Fase 1: Piloottbevragingen

Er worden een aantal piloot- of testbevragingen uitgevoerd; hierbij is het voorstel dat de personen binnen de werkgroep elk een 2-tal personen bevrage om de vragenlijst te testen. Op basis van deze pilootfase wordt de vragenlijst bijgestuurd waar nodig.

Fase 2: Bevraging

In deze fase worden de communicatie-acties (zoals bepaald in het campagneplan) uitgevoerd en wordt de bevraging via verschillende kanalen gelanceerd.

Fase 3: Focusgroepen om bepaalde onderwerpen uit te diepen

- Na afloop van de bevraging worden ook enkele aanvullende focusgroepen georganiseerd om bepaalde onderwerpen uit te diepen.
- De doelgroepen en aanpak van deze focusgroepen werden bepaald in samenspraak met de projectgroep van deze studie.

4.2. DOELGROEPEN EN STEEKPROEF VAN DE BEVRAGING

De populatie van de bevraging werd onderverdeeld in enkele doelgroepen waarvan het belangrijk was om voldoende respondenten te hebben. De volgende **9 doelgroepen** werden in overleg bepaald:

- Personen met een financiële kwetsbaarheid
- Gezinnen met complexe en meervoudige problematieken
- Personen van andere herkomst/nationaliteit/diversiteit
- Mensen met mentale moeilijkheden

- Personen met een beperking
- Alleenwonende personen
- Mantelzorgers
- Personen met (jong)dementie
- Personen met een (statuut) chronische aandoening

Iedereen die niet binnen één van bovenstaande groepen valt, wordt thuisgebracht in de groep 'algemene bevolking'. Het onderscheid tussen personen die reeds gebruik maken van de dienstverlening van Zorgpunt Waasland versus zij die hier nog geen gebruik van maken is in 1^{ste} instantie geen hard criterium.

Voor deze bevraging dient elke doelgroep een minimale steekproefgrootte (aantal respondenten) te hebben van 30 responsen per lokaal bestuur. Dit impliceert dat de totale gewenste steekproefgrootte **1200 respondenten** bedraagt.

4.3. DOELGROEPEN VAN DE FOCUSGROEPEN

Voor de focusgroepen werd gekozen voor 3 doelgroepen:

- 1) **Zorggebruikers** met als doelstelling om inzicht te krijgen in onbeantwoorde noden en behoeften van zorgvragers en hoe zij eventuele ondersteuning in de toekomst zien. Hierbij werd extra aandacht geschonken aan anderstaligen, met wie een extra focusgroep werd georganiseerd.
- 2) **Zorgpartners** om inzicht te krijgen in de visie van externe zorgprofessionals of organisaties over trends in de sector of bij de doelgroepen en over samenwerking in de regio.
- 3) **Stagiairs en/of recent afgestudeerden** om inzicht te krijgen in de bekendheid en aantrekkelijkheid van Zorgpunt Waasland bij studenten, net afgestudeerden en werknemers.

De deelnemers die bevroegd worden, vormen een groep van zo'n **8-10 personen**. Er werd een draaiboek opgesteld dat de richtvragen bevat en bijvragen kwamen aan bod in functie van relevantie en tijd.

4.4. COMMUNICATIE

De bevraging werd gecommuniceerd via de campagne 'Uw blik op de zorg van morgen'. In Figuur 66 worden enkele illustraties van het campagnebeeld meegegeven. Er werden verschillende strategieën en kanalen opgelijst voor de datacollectie waarbij telkens werd aangegeven welke doelgroep specifiek werd aangesproken.

Figuur 66. Campagnebeelden



**JOUW BLIK OP DE
ZORG VAN MORGEN.**
LAAT JE STEM HOREN!

Van 1 sep. t/m 15 okt.



**JOUW BLIK OP DE
ZORG VAN MORGEN**
LAAT JE STEM HOREN.



**Hoe wil jij op je oude dag
verzorgd worden? Laat het weten
aan Zorgpunt Waasland**



5. BEVRAGING

Disclaimer: Onderstaande betreft de mening en antwoorden van de respondenten en moeten bijgevolg ook binnen deze context gelezen en geïnterpreteerd worden.




5.1. ONDERDELEN IN DE BEVRAGING & RESULTAATBESPREKING

Hieronder volgt een bondig overzicht van de onderwerpen die werden bevraagd via de vragenlijst

- Voor de diensten binnen **thuiszorg, buurtzorg, woonondersteuning voor ouderen, ondersteuning voor personen met een beperking en voor mentale gezondheid**:
 - o Welke diensten zijn (vandaag) gekend bij de inwoners en (hoe vaak) worden ze gebruikt?
 - o Ervaart men drempels om deze diensten vaker te gebruiken en wat zijn die drempels?
 - o Hoe kunnen de diensten beter aan de noden voldoen?
 - o Welke diensten zou men in de toekomst overwegen (als men meer hulpbehoevend wordt)?
- Ervaart men beperkingen in de huidige **woning**?
- **Mantelzorg**: Wie krijgt en ontvangt mantelzorg, aan welke personen wordt typisch mantelzorg gegeven, hoe frequent en welke drempels ervaart men?
- Kent men **Zorgpunt Waasland** en de diensten en welke diensten van Zorgpunt Waasland gebruikt men?

Voor de bespreking van de resultaten van de bevraging wordt onderstaand denkkader gebruikt. Er werd gestart vanuit het **perspectief van de burger**: wat mist men, wat zou men overwegen voor de toekomst en wat heeft men niet nodig (of gebruikt men vandaag niet/zelden). Vervolgens werd dit aangevuld met de vraag of dit **al dan niet in de dienstverlening** van Zorgpunt Waasland zit.

Figuur 67. Matrixstructuur voor de bespreking van resultaten

		De burger		
		Missen 	Overwegen 	Niet nodig 
ZPW	<input checked="" type="checkbox"/> In de dienstverlening	Informereren & aanpassen	Koesteren	Herevalueren
	<input type="checkbox"/> Niet in de dienstverlening	Uitbouwen	Onderzoeken & piloteren	Irrelevant

Bovenstaande figuur kan dan als volgt gelezen worden:

- **Wat men mist in de omgeving**
 - o **en wel in de dienstverlening zit**: dit dient men de inwoners te informeren of de dienstverlening aan te passen zodat deze beter voldoet aan de noden (aangezien dit als een gemis wordt ervaren)
 - o **en niet in de dienstverlening zit**: dit kan men overwegen om uit te bouwen binnen de eigen dienstverlening of via samenwerkingen
- **Wat men overweegt om in de toekomst te gebruiken**

- **en wel in de dienstverlening zit:** dit dient met te koesteren.
- **en niet in de dienstverlening zit:** dit kan men overwegen om verder te onderzoeken als dienstverleningsconcept en eventueel een piloot rond op te starten om na te gaan of dit ook effectief noden van de inwoners vervult
- **Wat men niet nodig heeft** (of zelden/niet gebruikt) **en wel in de dienstverlening zit:** dit dient met te herevalueren. In welke mate dient dit behouden te worden in de dienstverlening?

Een gedetailleerd overzicht van de resultaten kan men terugvinden in de **bijlage 7** bij deze nota. In dit rapport nemen we de voornaamste inzichten mee, volgens bovenstaand denkkader, die relevant zijn voor de zorgstrategische studie.

5.2. KARAKTERISTIEKEN VAN DE RESPONDENTEN

Samenvatting	
Bruikbare antwoorden	Er zijn 1147 bruikbare antwoorden verzameld voor de bevraging.
Geslacht, leeftijd en herkomst	De vragenlijst werd vaker ingevuld door vrouwen dan door mannen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 64 jaar . Ongeveer de helft van de respondenten is gehuwd en 1 op 5 is weduwe(naar).
Woonsituatie en huishoudsamenstelling	Gemiddeld is 77% van de respondenten eigenaar van een eigen woning en er verblijven 90 respondenten in een woonzorgcentrum (7,8%). Bijna 1/3 van de respondenten (29% of 333 personen) woont alleen. De grootste groep woont samen met zijn/haar partner (60% of 683 personen).
Mantelzorg	Er zijn 208 respondenten die mantelzorg geven en 127 die mantelzorg ontvangen.
Bekendheid van ZPW en gebruik van diensten	Zo'n 80% van de respondenten kende ZPW alvorens ze de vragenlijst invulden en 22% gebruikte de diensten van ZPW tijdens het afgelopen jaar. De poets- of strijkdienst, het woonzorgcentrum en de persoonsverzorging worden het vaakst gebruikt. De oppashulp, kraamzorg en woonondersteuning voor personen met een beperking het minst.

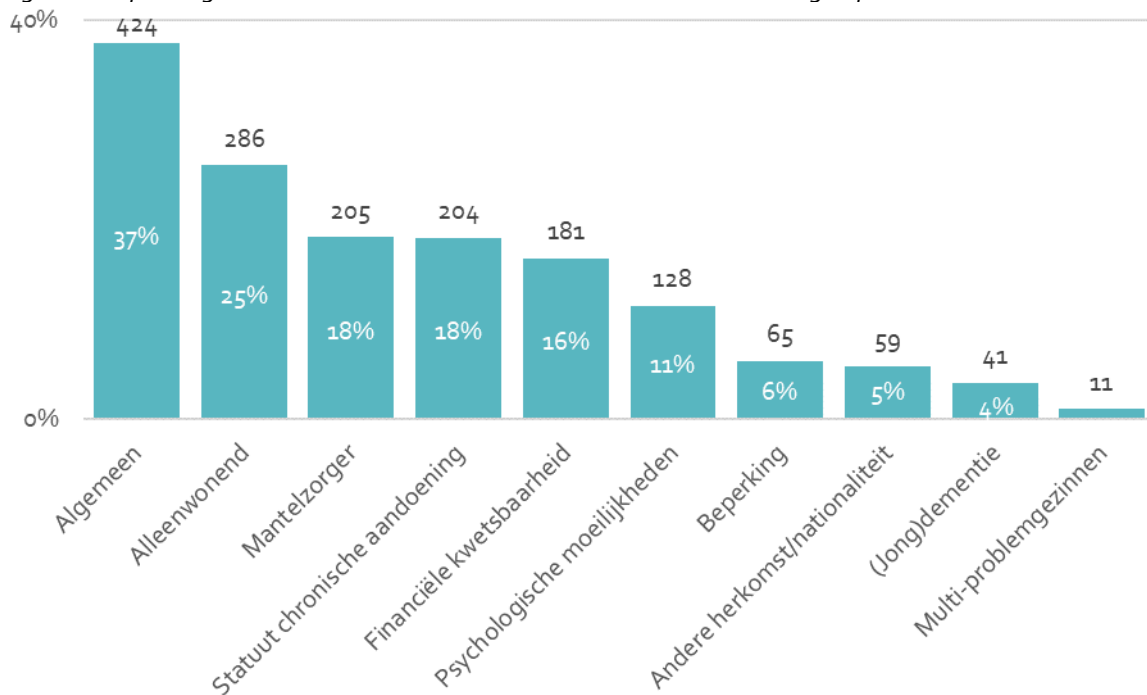
5.2.1. Aantal respondenten

Er zijn **1147 bruikbare antwoorden**. De vragenlijst werd door 1220 respondenten ingevuld: er werden 73 antwoorden uitgesloten omdat de respondenten buiten de vier relevante lokale besturen wonen. Van de 1147 bruikbare antwoorden, werden er 35 papieren vragenlijsten ingevuld.

Doorheen de analyse van de bevraging zal de term '**respondenten**' gebruikt worden. Deze term omvat enerzijds de personen die de vragenlijst **voor zichzelf invulden** en anderzijds de antwoorden van de personen die de vragenlijst invulden voor **een persoon uit hun directe omgeving**.

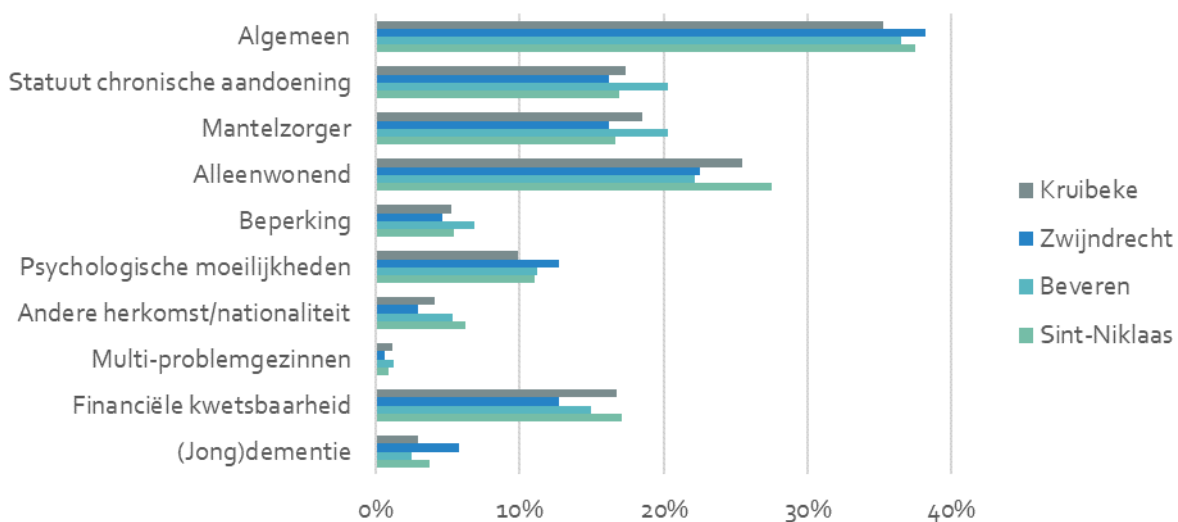
Figuur 68 toont de spreiding van de 1147 bruikbare antwoorden over de verschillende doelgroepen. Figuur 69 toont dat de doelgroepen gelijkmatig verspreid zijn over de verschillende lokale besturen.

Figuur 68: Spreiding van de bruikbare antwoorden over de verschillende doelgroepen



Van deze antwoorden was 42% afkomstig van Sint-Niklaas (480 antwoorden), 28% van Beveren (321 antwoorden) en 15% van zowel Zwijndrecht als Kruibeke (2x 173 antwoorden).

Figuur 69: Spreiding van de doelgroep over de verschillende lokale besturen



De bruikbare antwoorden uit de bevraging zullen beschreven worden per lokaal bestuur en doelgroep. Wanneer er in een lokaal bestuur minder dan 30 bruikbare antwoorden zijn bij een specifieke doelgroep, aangezien de groep dan te klein wordt om betrouwbare conclusies te trekken.

5.2.2. Leeftijd, geslacht en herkomst

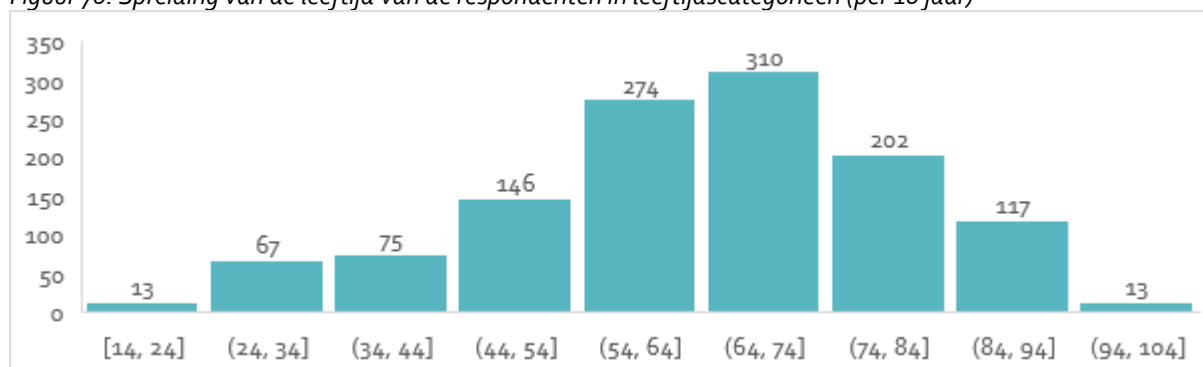
De vragenlijst werd vaker ingevuld door vrouwen (71%) dan door mannen (29%). De **gemiddelde leeftijd** van de respondenten is **64 jaar**. Tabel 44 toont de gemiddelde leeftijd aan per lokaal bestuur.

Tabel 44. Gemiddelde leeftijd van respondenten per lokaal bestuur

	Totaal	Beveren	Kruibeke	Sint-Niklaas	Zwijndrecht
Gemiddelde leeftijd	64 jaar	62 jaar	64 jaar	65 jaar	67 jaar

Figuur 70 toont de spreiding van respondenten binnen leeftijdsgroepen van 10 jaar, waarbij we zien dat aan de meeste respondenten tussen de 64 en 74 jaar oud zijn, gevolgd door 54-64 jaar oud.

Figuur 70: Spreiding van de leeftijd van de respondenten in leeftijdscategorieën (per 10 jaar)



Om de interpretatie van enkele resultaten te vergemakkelijken, zullen we resultaten (waar relevant) opdelen per leeftijdscategorieën. Deze categorieën zijn zichtbaar in Tabel 45

Tabel 45. Bovendien zijn 76% van de respondenten volwassenen (45-65 jaar) of ouderen (65-85 jaar).

Tabel 45. Aandeel respondenten per leeftijdscategorie

Leeftijdscategorieën		Aantal respondenten
Jong	<25 jaar	1% (16)
Jongvolwassenen	25-45 jaar	9% (105)
Volwassenen	45-65 jaar	37% (456)
Ouderen	65-85 jaar	36% (439)
Oudsten	85+	17% (204)

Van de respondenten geven er 44 aan (%) dat ze minstens één ouder hebben van een andere nationaliteit dan Belg. 50,0% van hen woont in Sint-Niklaas, Beveren in 31,8%, 6,8% in Kruibeke en 11,4% in Zwijndrecht. Van deze 44 personen hebben er 12 onder hen hebben zelf een andere nationaliteit.⁷

⁷ Deze nationaliteiten omvatten: Duitsland (3), Nederland (3), Frankrijk, Macedonië, Servië, Kosovo Filipijnen, Italië, de VS.

5.2.3. Woonsituatie, wettelijke status en huishoudsamenstelling

Gemiddeld is 77% van de respondenten eigenaar van een eigen woning. In Beveren en Zwijndrecht zijn 1 op 4 respondenten geen eigenaar van een eigen woning; in Sint-Niklaas en Kruibeke is dit 1 op 5 respondenten. Er verblijven 90 respondenten (7,8%) in een woonzorgcentrum.

Tabel 46. Woonsituatie van de respondenten

	Totaal	Eengezinswoning	Appartement	Assistentiewoning	Andere
Eigenaars	77% (786)	85% (670)	14% (110)	0,3% (1)	1,7% (5)
Niet-eigenaars	23% (231)	52% (75)	32% (121)	13% (29)	12% (6)

Tabel 47 toont aan dat ongeveer de helft van de respondenten gehuwd is en bijna 1 op 5 respondenten is weduwe(naar).

Tabel 47. Huishoudsamenstelling van de respondenten

	(Wettelijk) Samenwonend	Gehuwd	Ongehuwd	Gescheiden	Weduwe(naar)
Aandeel van respondenten (aantal)	8% (90)	53% (605)	10% (114)	11% (123)	18% (209)

Bijna 1/3 van de respondenten (29% of 333 personen) woont alleen. De grootste groep woont samen met zijn/haar partner (60% of 683 personen).

Tabel 48. Met wie wonen de respondenten samen?

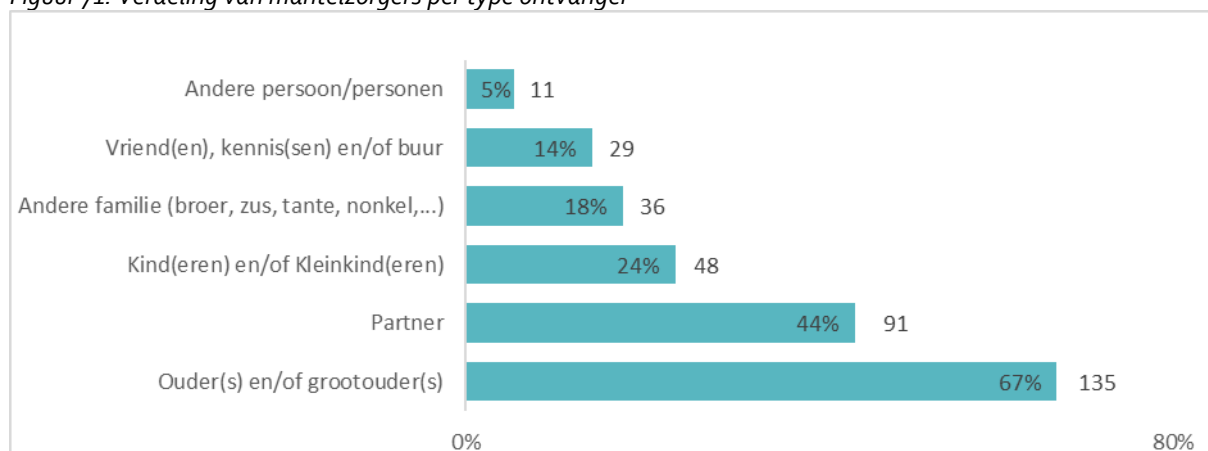
	Niemand, alleenwonend	Partner	Broers en/of zussen	Kind(eren) en/of kleinkind(eren)	Ouders
Aandeel van respondenten (aantal)	29% (333)	60% (683)	1% (12)	20% (228)	2% (20)

Opm.: Meerdere antwoordopties waren mogelijk bij deze vraag; bijgevolg sommen percentages niet tot 100%.

5.2.4. Mantelzorg

Er zijn 208 mantelzorgers onder de respondenten. Figuur 71 geeft aan dat het grootste aandeel (67%) mantelzorg geeft aan (groot)ouders, gevolgd door 44% die mantelzorg geeft aan de partner. Van de respondenten die mantelzorg geven aan hun ouder(s) en/of grootouder(s), doet 34% dit dagelijks en 48% een aantal keer per week. Bij mantelzorg aan de partner, gebeurt dit bij 70% van de mantelzorgers dagelijks en bij 19% een aantal keer per week.

Figuur 71. Verdeling van mantelzorgers per type ontvanger

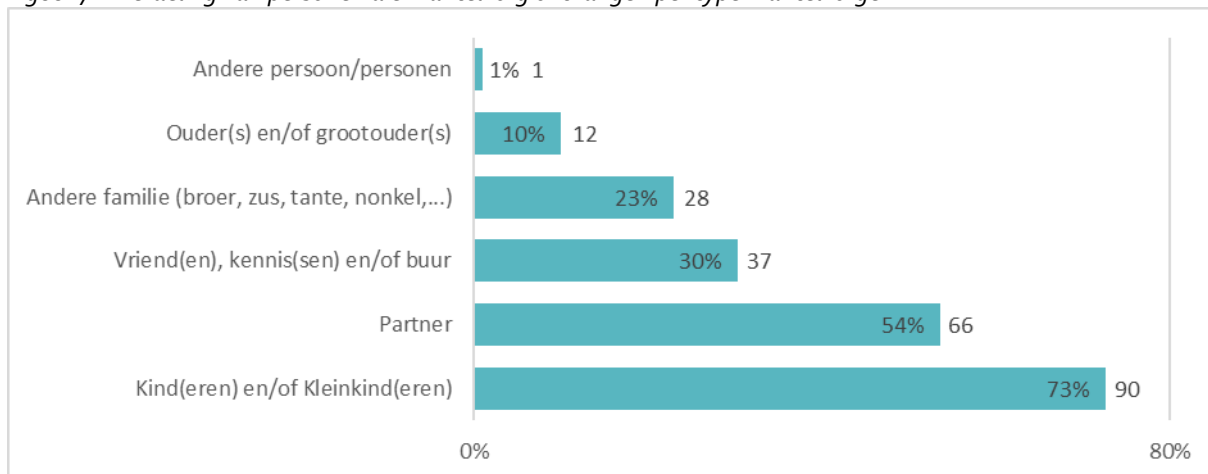


Er zijn 127 respondenten die zelf mantelzorg ontvangen. geeft weer dat het grootste aandeel van hen mantelzorg ontvangt van hun (klein)kinderen (73%), gevolgd door 54% door hun partner. Van de personen

die mantelzorg ontvangen van hun (klein)kinderen, ontvangt 41% dit dagelijks en 41% dit een aantal keer per week. Bij mantelzorg door de partner is dit bij 74% dagelijks en bij 14% een aantal keer per week.

Figuur 72 geeft weer dat het grootste aandeel van hen mantelzorg ontvangt van hun (klein)kinderen (73%), gevolgd door 54% door hun partner. Van de personen die mantelzorg ontvangen van hun (klein)kinderen, ontvangt 41% dit dagelijks en 41% dit een aantal keer per week. Bij mantelzorg door de partner is dit bij 74% dagelijks en bij 14% een aantal keer per week.

Figuur 72. Verdeling van personen die mantelzorg ontvangen per type mantelzorger



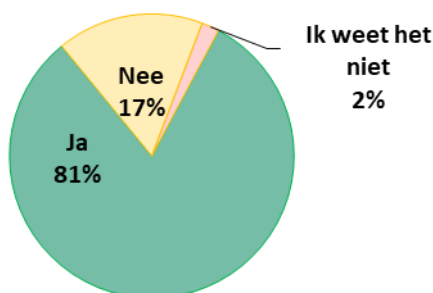
5.2.5. Bekendheid en gebruik van de diensten van ZPW

Figuur 73 toont aan dat zo'n 80% van respondenten ZPW al kende voordat ze de bevraging invulden. ZPW is het minst goed gekend in Kruibeke en Zwijndrecht, waar 76% aangeeft dit te kennen. Ongeveer 22% van de respondenten gebruikte de hulp van ZPW in het afgelopen jaar. De diensten worden het minst gebruikt in Kruibeke (17%) en Zwijndrecht (18%).

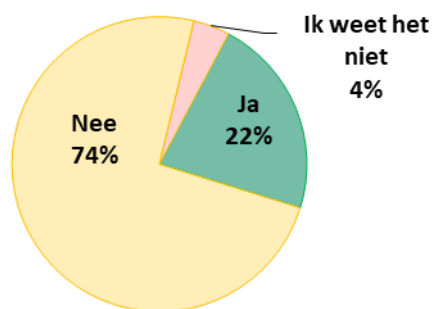
Hieruit kunnen we echter niet afleiden dat 80% van de inwoners in de 4 besturen Zorgpunt Waasland kent. Dit toont dat de bevraging voornamelijk werd ingevuld door personen die de organisatie reeds kenden.

Figuur 73. Bekendheid van ZPW (links) en gebruik van hun diensten (rechts)

Kende je ZPW al voor je de bevraging invulde?



Gebruikte je hulp van ZPW in het afgelopen jaar?



De poets- of strijkdienst, het woonzorgcentrum en de persoonsverzorging worden het vaakst gebruikt. De oppashulp, kraamzorg en woonondersteuning voor personen met een beperking met minst.

Tabel 49. Gebruik van de diensten van ZPW in het afgelopen jaar

Diensten van ZPW	Gemiddeld
Poets- of strijkdienst	29,30%
Woonzorgcentrum (rusthuis)	27,30%
Persoonsverzorging, bv. wassen, kleden, eten,...	24,20%
Personenalarmsysteem, bv. alarmknop rond nek of pols om snel hulp te krijgen bij nood	14,80%
Maaltijden of boodschappen aan huis	13,70%
Karwei- of klusjesdienst, bv. onderhoud van tuin, kleine reparatie	13,30%
Vervoer voor mindermobielen	11,70%
Lokaal dienstencentrum	11,70%
Dagverzorging(scentrum) of dagopvang	11,30%
Andere	8,60%
Assistentiewoning, serviceflat, senioren- of ouderenwoning	7,80%
Centrum voor kortverblijf	7,00%
Dagbesteding of –opvang voor personen met een beperking	4,30%
Oppashulp, bv. samen een spelletje spelen, babbelen,...	3,50%
Woonondersteuning voor personen met een beperking	2,30%
Ik weet het niet	1,20%
Kraamzorg	0,80%

5.3. WELKE DIENSTVERLENING MISSEN DE RESPONDENTEN?

Samenvatting	
Thuis- en buurtzorg	Een significant aandeel van de respondenten wil vaker beroep doen op thuiszorg en buurtzorg. De voornaamste redenen om dit niet te doen, zijn financieel en omdat men onvoldoende kennis heeft van het aanbod, dit is in nog sterkere mate het geval bij personen van een andere herkomst. Noden die men aangeeft verwijzen vaak naar het verbeteren van de toegankelijkheid van het huidige aanbod. De voornaamste elementen hierbij zijn mobiliteit, informatie en zorgeducatie en gezelschap.
Personen met een beperking ⁸	Van de respondenten, doet 40% graag vaker beroep op ondersteuning voor personen met een beperking.
Personen met mentale moeilijkheden ⁹	Ongeveer 1 op 5 respondenten ervaarde het afgelopen jaar mentale problemen (205), waarvan 45% (90) geen beroep deed op ondersteuning. Van de respondenten, doet 40% graag vaker beroep op ondersteuning voor personen met mentale moeilijkheden.
Mantelzorg	1 op 4 mantelzorgers wenst meer hulp bij het uitvoeren van hun taken als mantelzorger.
Woningaanpassingen en woonvormen	Bijna de helft (48%) van de respondenten wenst vooral hun woning beter aan te passen aan hun noden en deze omvatten een brede variëteit. Bij residentiële diensten geeft men aan dat het aanbod van groepswoningen, assistentiewoningen en woongelegenheden voor personen met een beperking vrij beperkt is. Zoals bij thuis- en buurthulp geeft men ook de nood aan een babbel en luisterend oor aan binnen de residentiële voorzieningen. Hierbij erkent men vaak het tekort aan personeel waardoor men de tijd niet heeft om voldoende te kunnen praten en luisteren met bewoners.

Onderstaande Figuur 74 geeft ter samenvatting weer wat de burger mist in de dienstverlening van Zorgpunt Waasland en wat al dan niet in de dienstverlening zit.


Wat in de dienstverlening zit (soms in beperkte mate), maar inwoners alsnog aangeven te missen omvat in de eerste plaats mobiliteitsopties (voor ouderen, voor personen met een beperking, enz.), gevolgd door informatie en zorgeducatie (m.a.w. waar vindt men de nodige hulp en ondersteuning, bij wie moet men zijn, wat zijn de opties,...), ondersteuning voor personen met een beperking (zowel woon- als vrijetijdsbesteding), assistentiewoningen, klusjesdienst i.f.v. woningaanpassingen en in iets mindere mate aanvullende capaciteit voor poetshulp en ondersteuning van de mantelzorger. Mogelijk dient men over deze diensten beter te informeren, of dient men ze aan te passen om beter aan de noden te voldoen.

Wat niet in de dienstverlening zit (soms in kleine mate), maar inwoners aangeven te missen is psychologische ondersteuning, hulp bij digitale vaardigheden, ondersteuning bij financiële vraagstukken en administratie, kinderopvang (i.e. ondersteuning voor jonge ouders) en een buddywerking om activiteiten en andere voorzieningen laagdrempeliger te maken en zo vereenzaming tegen te gaan.

⁸ Vragen werden enkel gesteld bij personen die een beperking hebben.

⁹ Vragen werden enkel gesteld bij personen die afgelopen jaar mentale moeilijkheden hebben ondervonden

Figuur 74. Samenvatting van dit onderdeel volgens matrixstructuur

		De burger
		Missen 
ZPW	<input checked="" type="checkbox"/> In de dienstverlening	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliteitsopties voor verschillende doelgroepen • Informatie en zorgeducatie • Personen met een beperking: meer opties voor woon- en vrijetijdsondersteuning, ook voor jongeren • Assistentiewoningen • Klusjesdienst (i.f.v. woningaanpassingen) • Poetshulp • Ondersteuning van de mantelzorger, o.a. via praatgroepen en informatie
	<input type="checkbox"/> Niet in de dienstverlening	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning voor personen met mentale moeilijkheden • Hulp bij digitale vaardigheden • Opties voor financiële en administratieve ondersteuning • Kinderopvang (voor alleenstaande ouders, voor personeel,...) • Buddywerking (voor ouderen, voor personen met een beperking,...)

5.3.1. Thuis- en buurthulp

Thuishulp

Van de respondenten, wil 24% graag **vaker beroep doen op thuiszorgdiensten** dan zij vandaag (kunnen) doen. Redenen die men aangeeft om dit momenteel niet te doen zijn hoofdzakelijk financiële redenen (41% van de respondenten), gevolgd door het onvoldoende kennen van de diensten (27%). Daarnaast geeft 26% andere redenen, deze omvatten:

- Het grootste deel geeft aan dat dat is omwille van tekort aan personeel of capaciteit (men moet lang wachten op hulp of kan er gewoon geen krijgen)
- Ongeveer 1/4^e van de andere redenen is omdat men te fier is, moeilijk om hulp kan vragen, zich schaamt voor de eigen situatie (bv. woning) enz.
- Enkel denken niet in aanmerking te komen (te jong, niet werkloos, te licht zorgprofiel...)

Tot slot geeft 10% aan dat de diensten onvoldoende aan de noden voldoen. We gaan zometeen dieper in op hoe men beter aan deze noden kan voldoen.

Per lokaal bestuur en doelgroep geven we aan welke zaken het sterkst afwijken van de gemiddelde cijfers:

- In **Kruibeke** signaleert een hoger aandeel (49%) financiële overwegingen als reden om niet vaker beroep te doen op thuis- en buurthulp. In **Zwijndrecht** signaleert 39% dat ze de diensten onvoldoende kennen. Beide liggen hoger dan het gemiddelde.
- Bij de verschillende doelgroepen geeft 44% van de **personen van een andere herkomst** aan dat ze de diensten onvoldoende kennen, wat hoger ligt dan het gemiddelde.

Van de personen die aangeven dat dit **onvoldoende aan de noden voldoet**, kan hier op volgende manieren beter aan tegemoet gekomen worden:

- Meer capaciteit (i.e. geen wachtlijsten) voor de diensten die er al zijn (poetshulp, klusjesdienst,...)
- Een buddy-werking, bezoeken,... voorzien
- Meer informatie over de dienstverlening voorzien (hulplijn, over de dienstverlening, over financiële ondersteuning,...)
- Hulp en begeleiding bij het realiseren van woningaanpassingen
- Ondersteuning van familie/partner van een persoon met een gezondheidsprobleem of grote zorgbehoefte

Buurtzorg

Bij **buurtzorg** wenst 20% van de respondenten **graag vaker beroep** op deze diensten dan zij vandaag (kunnen) doen. Het grootste aandeel van hen geeft aan dat ze dit niet doen omdat ze de diensten onvoldoende kennen (47%), gevolgd door financiële redenen (35%). 22% geeft andere redenen, 12% geeft aan dat de diensten onvoldoende aan de noden tegemoet komen en 10% woont te ver van de voorzieningen.

Per lokaal bestuur en doelgroep geven we aan welke zaken het sterkst afwijken van de gemiddelde cijfers:

- In **Zwijndrecht** signaleert 50% financiële redenen en 59% dat ze de diensten onvoldoende kennen, wat hoger ligt dan het gemiddelde.
- Net als bij thuiszorg, geeft een hoger aandeel van **personen van een andere herkomst** aan dat ze de diensten onvoldoende kennen (57%).

Van de personen die aangeven dat de dienstverlening onvoldoende aan de noden voldoet, kan hier op volgende manieren beter aan tegemoet gekomen worden:

- Meer mobiliteitsopties
- Een meer persoonlijke aanpak en meer overleg met de zorgvrager
- Minder wissel van personeel voor personen met dementie
- Meer mogelijkheden tot activiteiten en vrijetijdsbesteding voor personen met een beperking

Thuis- en buurtzorg

Via open velden kon men ook aangeven wat mistte in de omgeving en hieruit kwam de dienstverlening thuis en in de buurt vaak aan bod.

Zaken die hier herhaaldelijk werden vernoemd (in volgorde van vaakst naar minst vaak vernoemd):

- Er wordt aangegeven dat men **mobiliteitsopties** in sterke mate mist. Dit in verschillende vormen: voor personen met een beperking, voor ouderen, veiligere voetpaden (vooral Sint-Niklaas), parkeerplaatsen voor personen met beperking, suggestie tot deelauto bij assistentiewoningen...
- Voldoende **informatie** over de diensten en **zorgeducatie** wordt als een belangrijk gemis ervaren. Men heeft vaker nood aan een overzicht van het aanbod, via een centraal nummer of via een zitdag/open dag voor vragen, hulp bij administratieve en financiële vragen (bv. over tegemoetkomingen, zorgpremies,...)
- Ook de nood aan meer **gezelschap** voor ouderen en zorgbehoevenden komt vaak aan bod: een babbel of luisterend oor, een centraal nummer om naar te bellen, de suggestie wordt gemaakt tot een buddywerking om de drempel voor activiteiten te verlagen, zinvolle vrijetijdsbesteding, cafetaria vaker open, ... Voor personen met een beperking, en specifiek jongeren, wordt een gemist aan activiteiten en zinvolle vrijetijdsbesteding aangehaald.
- De zoektocht naar **psychologische ondersteuning** houdt veel inwoners bezig: zowel voor personen met mentale problemen, als ondersteuning van familie wanneer partner naar woonzorgcentrum gaat, bij sterfgeval,...
- Ondersteuning voor alleenstaande ouders en/of werknemers: hierbij wordt voornamelijk een kinderopvang voorgesteld als hulp.
- Hulp bij digitale vaardigheden en administratieve vragen
- Poetshulp (behalve in Sint-Niklaas), klusjesdienst & tuinonderhoud
- In mindere mate wordt aangegeven dat het fijn zou zijn om (gezonde) maaltijden af te kunnen halen

Doorheen deze antwoorden wordt zeer frequent de nadruk gelegd op de **betaalbaarheid** van diensten en de nood aan **'meer personeel'**. Zo wordt er opgemerkt dat er binnen de thuishulp beperkte capaciteit is.

We kunnen besluiten dat een significant aandeel van de respondenten vaker beroep wil doen op thuiszorg en buurtzorg. De voornaamste redenen om dit niet te doen, zijn financieel en omdat men **onvoldoende**

kennis heeft van het aanbod, dit is in nog sterkere mate het geval bij personen van een andere herkomst. Noden die men aangeeft verwijzen vaak naar het **verbeteren van de toegankelijkheid** van het huidige aanbod.

5.3.2. Personen met een beperking

Van de respondenten, **doet 40% graag vaker beroep op ondersteuning voor personen met een beperking¹⁰** dan zij vandaag (kunnen) doen. De voornaamste reden om dit niet te doen is financieel (48%), terwijl 28% ook aangeeft dat de diensten onvoldoende aan de noden voldoen. Ook geeft 28% andere redenen (dit omvat: omdat er weinig beschikbaar is op de markt en er onvoldoende persoonsvolgend budget beschikbaar is) en 20% dat men de diensten onvoldoende kent.

Van de personen die aangeven dat dit onvoldoende aan de noden voldoet, kan hier op volgende manieren beter aan tegemoet gekomen worden:

- Een uitgebreider aanbod, zowel woon- als vrijetijdsondersteuning, specifiek voor jongeren
- Begeleiding in kleine groepen
- Opties ter ontlasting van de mantelzorger (bv. kortverblijf, buddy-systeem,...)
- Mobiliteit, parkeerplaatsen,...

5.3.3. Personen met mentale moeilijkheden¹¹

Ongeveer **1 op 5** respondenten ervaarde het afgelopen jaar **mentale problemen** (205), waarvan **45% geen beroep deed op ondersteuning** (90).

Van deze respondenten, doet **40% graag vaker beroep op ondersteuning voor personen met mentale moeilijkheden** dan zij vandaag (kunnen) doen. Meer dan de helft (61%) geeft aan dat ze dit omwille van financiële redenen niet doen en 32% kent de diensten onvoldoende. Voor 16% voldoen de diensten onvoldoende aan de noden en 11% geeft andere redenen (deze omvatten onder meer wachtlijsten en de moeilijkheid om de stap zelf te zetten om hulp in te schakelen).

In **Sint-Niklaas** zou 50% hier meer beroep op willen doen, wat hoger ligt dan in andere besturen. In Beveren geeft 70% financiële redenen aan; in Kruibeke 50%.

5.3.4. Mantelzorg

1 op 4 mantelzorgers wenst meer hulp bij het uitvoeren van hun taken als mantelzorger. Dit percentage ligt een stuk hoger in Kruibeke en Zwijndrecht (resp. 38% en 31%). In Sint-Niklaas geeft 53% aan dat ze meer praatgroepen wensen voor het delen van ervaringen, sociale connectie, steun bij anderen,... In Zwijndrecht is dit 30%. Beide liggen hoger dan in de 2 andere: gemeentes: 16% in Beveren, 9% in Kruibeke

De helft van de mantelzorgers wil graag meer gebruik maken van de bestaande diensten ter ondersteuning van mantelzorgers: dit geldt voor alle lokale besturen en is meest uitgesproken in Zwijndrecht met 70%. Een drempel die men hierbij ervaart, is de **versnipperde informatie** voor mantelzorgers.

38% van personen die mantelzorg ontvangt, ervaart een drempel hierbij. Dit percentage ligt een stuk hoger in **Sint-Niklaas en Kruibeke (resp. 42% en 50%)**. De voornaamste drempel is onvoldoende tijd en gespecialiseerde kennis van de te verlenen zorg. 25% van de mantelzorgers wenst aanvullende ondersteuning, waaronder **praatgroepen** en het vaker **gebruik maken van bestaande diensten**. 38% van

¹⁰ Vragen werden enkel gesteld bij personen die een beperking hebben.

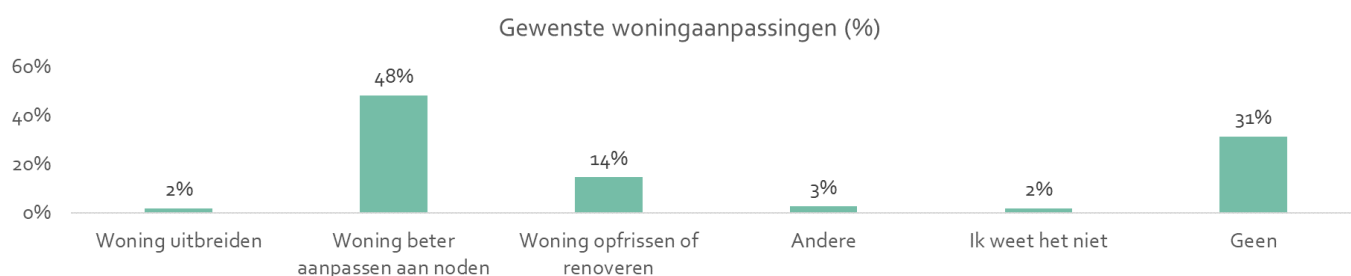
¹¹ Vragen werden enkel gesteld bij personen die afgelopen jaar mentale moeilijkheden hebben ondervonden.

personen die mantelzorg vragen, ervaart een drempel, waarbij de **tijd en kennis van de mantelzorger** als voornaamste wordt aangegeven.

5.3.5. Woningaanpassingen en woonvormen

Bijna de helft (**48%**) van de respondenten wenst vooral hun woning beter aan te passen aan hun noden. Dit percentage ligt het hoogst in Beveren (52%) en het laagst in Kruibeke (45%), al zien we hier geen sterke variatie in.

Deze aanpassingen omvatten: Minder trappen in huis (bv. traplift installeren), personenalarm plaatsen, bepaalde soorten onderhoud uitbesteden zoals tuin, ramen poetsen..., aanpassingen zoals verhoogde wc, handvat in bad, domotica, rolluik motoriseren, Inloopdouche/douche installeren, slaap- of badkamer inrichten op gelijkvloers.



Bij residentiële diensten geeft men aan dat het aanbod van groepswoningen en assistentiewoningen vrij beperkt is. Zoals bij thuis- en buurthulp geeft men ook de nood aan een babbel en luisterend oor aan binnen de residentiële voorzieningen. Hierbij erkent men vaak het tekort aan personeel waardoor men de tijd niet heeft om voldoende te kunnen praten en luisteren met bewoners.

Ook hierbij wordt aangegeven dat woongelegenheden (met name voor jongeren) bij personen met een beperking onvoldoende te vinden zijn in de omgeving.

5.4. WAT OVERWEGEN DE RESPONDENTEN VOOR DE TOEKOMST?

Samenvatting	
Thuis- en buurthulp	De meeste thuiszorgdiensten worden overwogen door respondenten, waarbij kraamzorg (zoals verwacht) sterk leeftijdsafhankelijk is. Oppashulp aan huis en nachtopvang zijn het minst goed gekend en scoren het laagst wat betreft het aandeel dat dit in de toekomst zou overwegen.
Personen met een beperking	Personen met een beperking leggen de nadruk op hulpmiddelen en aanpassingen die ze thuis kunnen gebruiken en in iets mindere mate op woongelegenheden.
Woonvormen	De meeste woonvormen worden overwogen door respondenten: assistentiewoningen worden in sterkste mate overwogen (in alle lokale besturen) en 2 op 3 respondenten overweegt ook nog steeds een woonzorgcentrum (vooral personen met dementie). De 'innovatievere' woonvormen (kangoeroewonen, zorgwonen en groepswonen) worden sterker overwogen door jongere volwassenen tgv. de andere leeftijdsgroepen. Aanvullend geven respondenten vaak aan dat zij zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen.

Er werd geen type dienstverlening geïdentificeerd die op vandaag wordt aangeboden, maar die in de toekomst niet meer wordt overwogen. Vandaar dat het huidige aanbod van Zorgpunt Waasland momenteel wordt geïnterpreteerd als 'te koesteren'.

Zaken die niet in de dienstverlening zitten, maar verder te onderzoeken (en eventueel te piloteren) zijn, omvat nachtopvang (thuis of residentieel) en innovatievere woonvormen voor toekomstige generaties.

Figuur 75. Samenvatting van dit onderdeel volgens matrixstructuur

		De burger
		Overwegen
ZPW	<input checked="" type="checkbox"/> In de dienstverlening	<ul style="list-style-type: none"> Het huidige aanbod van Zorgpunt Waasland
	<input checked="" type="checkbox"/> Niet in de dienstverlening	<ul style="list-style-type: none"> Geen volledig eenduidig signaal m.b.t. nachtopvang (thuis of residentieel) Innovatievere woonvormen voor toekomstige generaties

5.4.1. Thuis- en buurthulp

Voor de verschillende types dienstverlening wordt bevraagd wat men zou overwegen om in de toekomst te gebruiken indien met meer zorgbehoevend wordt. Voor thuishulp levert dit de resultaten op in Tabel 50. Hierbij zien we dat de meeste thuiszorgdiensten worden overwogen door respondenten, waarbij **kraamzorg** (zoals verwacht) sterk leeftijdsafhankelijk is.

Oppashulp aan huis scoort relatief laag en deze score is licht leeftijdsafhankelijk; 7% van de respondenten geven aan **oppashulp aan huis onvoldoende te kennen**, wat iets hoger ligt dan bij andere types dienstverlening. Vanuit de onbeantwoorde noden, leren we echter wel dat men gezelschap mist, waarbij oppashulp een mogelijk antwoord kan bieden. Aangezien meer dan de helft dit echter niet zou overwegen, zou het nuttig zijn om na te gaan wat de redenen zijn dat oppashulp hier in mindere mate als optie wordt gezien.

Ook bij **nachtopvang** geeft 7% aan dit niet te kennen. Dit type dienstverlening scoort (na oppashulp aan huis) het laagst wat betreft overweging. Gezien het type dienstverlening kan dit alsnog als relatief hoog gezien worden.

Tabel 50. In welke mate overweegt men thuiszorgdiensten in de toekomst

	% dat overweegt (per leeftijdsgroep)					% dat het niet kent
	Totaal	Jongvolwassenen 25-45	Volwassenen 45-65	Ouderen 65-85	Oudsten 85+	
Thuisverpleging	91%	geen verschil	geen verschil	geen verschil	geen verschil	2%
Persoonsverzorging	85%	geen verschil	geen verschil	geen verschil	geen verschil	3%
Karwei- of klusjesdienst	78%	geen verschil	geen verschil	geen verschil	geen verschil	4%
Oppashulp aan huis	45%	58%	45%	39%	24%	7%
Poets- of strijkdienst	92%	geen verschil	geen verschil	geen verschil	geen verschil	1%
Maaltijden/boodschappen aan huis	82%	80%	81%	78%	47%	2%
Personenalarmsysteem	82%	66%	80%	80%	51%	3%
Nachtopvang (thuis)	52%	56%	53%	47%	30%	7%
Kraamzorg	16%	58%	20%	6%	3%	13%

Opmerking: oppashulp aan huis: Oppashulp aan huis = bv. samen een spelletje spelen, babbelen,... omvat geen oppas voor kinderen); nachtopvang thuis = bv. ronde door verpleging, wakende aanwezigheid

De doelgroepen van personen met een **financiële problematiek, gezinnen met complexe en meervoudige problematieken, en personen van een andere herkomst** overwegen deze diensten typisch het minst van de verschillende groepen.

Tabel 51 geeft ons het beeld voor buurtzorg. De meeste buurtgerichte diensten worden overwogen door respondenten, waarbij **opvang voor (zieke) kinderen** (zoals verwacht) sterk leeftijdsafhankelijk is. Hier scoort **nachtopvang** het laagste scoort (50%) waarbij ook 7% aangeeft dat men dit niet kent.

Tabel 51. In welke mate overweegt men buurtzorg in de toekomst

	% dat overweegt (per leeftijdsgroep)					% dat het niet kent
	Totaal	Jongvolwassenen 25-45	Volwassenen 45-65	Ouderen 65-85	Oudsten 85+	
Lokaal dienstencentrum	74%	geen verschil	geen verschil	geen verschil	geen verschil	13%
Centrum voor kortverblijf	67%	geen verschil	geen verschil	geen verschil	geen verschil	6%
Dagverzorging(scentrum) of dagopvang voor ouderen	67%	geen verschil	geen verschil	geen verschil	geen verschil	6%
Kinderopvang/crèche	15%	62%	18%	5%	3%	8%
Opvang voor zieke kinderen	17%	67%	20%	5%	5%	8%
Vervoer voor mindermobielen	75%	geen verschil	geen verschil	geen verschil	geen verschil	4%
Nachtopvang	50%	geen verschil	geen verschil	geen verschil	geen verschil	7%

Opmerking: Nachtopvang = ergens overnachten waar de nodige hulp wordt geboden

5.4.2. Personen met een beperking

Personen met een beperking leggen de nadruk op hulpmiddelen en aanpassingen die ze thuis kunnen gebruiken en in iets mindere mate op woongelegenheden (al is dit ook in redelijk sterke mate – bij 1 op 4 – niet gekend). De groep respondenten die binnen deze doelgroep valt, woont in grote mate nog in een eigen

woning. Dit kan ertoe leiden dat zij hulpmiddelen en aanpassingen eerder als opties zijn dan een woongelegenheid.

Tabel 52. In welke mate overwegen personen met een beperking deze diensten in de toekomst

	% dat overweegt	% dat het niet kent
Woongelegenheden	50%	24%
Dagbesteding of –opvang	57%	18%
Vrijtijdsbesteding	60%	23%
Hulpmiddelen of aanpassingen	71%	13%

Opmerking: vragen werden enkel gesteld aan personen met een beperking

5.4.3. Personen met mentale moeilijkheden

Personen met mentale moeilijkheden geven niet in sterke mate aan dat ze psychiatrische thuiszorg zouden overwegen, al is er in Beveren en Kruibeke meer bereidheid hiertoe.

Tabel 53. In welke mate overwegen personen met mentale moeilijkheden deze diensten in de toekomst

	% dat overweegt	Sint-Niklaas	Beveren	Kruibeke
Psycholoog, (psycho)therapeut	68%	65,8%	62,7%	75,7%
Psychiatrische thuiszorg	32,5%	25,3%	40,7%	40,5%

Opmerking: vragen werden enkel gesteld aan personen met mentale moeilijkheden in het afgelopen jaar. Zwijndrecht heeft minder dan 30 antwoorden binnen deze doelgroep en werd omwille hiervan niet opgenomen.

5.4.4. Woonvormen

De meeste woonvormen worden overwogen door de respondenten voor de toekomst: 2 op 3 respondenten overweegt ook nog steeds een woonzorgcentrum; dit is 84% bij personen met **dementie**. **Assistentiewoningen** worden in sterkste mate overwogen over alle leeftijdsgroepen heen

De 'innovatievere' woonvormen worden sterker overwogen door jongere volwassenen tgv. de andere leeftijdsgroepen. Hier zien we bovendien ook een sterk **verschil tussen volwassenen onder en boven de 45 jaar**. Tot slot geven respondenten onder 'andere woonvormen' vaak aan dat men graag zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen

Tabel 54. In welke mate zou men onderstaande woonvormen overwegen

	Totaal	% dat overweegt				% dat het niet kent
		Jongvolwassenen (24-45)	Volwassenen (45-65)	Ouderen (65-85)	Oudsten (85+)	
Woonzorgcentrum	60%	63%	62%	57%	56%	3%
Assistentiewoning, serviceflat, senioren- of ouderenwoning	85%	88%	88%	83%	73%	2%
Kangoeroewonen	42%	68%	51%	29%	26%	7%
Zorgwonen	39%	60%	40%	34%	38%	18%
Groepswonen	32%	44%	38%	24%	21%	16%
Andere woonvormen	36%	51%	40%	29%	19%	41%

Opmerking: Kangoeroewonen = bij familie of vrienden leven in hetzelfde huis maar met aparte leefruimtes en een aparte voordeur

Zorgwonen = bij familie of vrienden leven in hetzelfde huis, zonder aparte leefruimte of voordeur

Groepswonen = woning met 5-10 andere ouderen met eigen en gedeelde voorzieningen

We kunnen concluderen dat de meeste woonvormen worden overwogen door respondenten: assistentiewoningen worden in sterkste mate overwogen en 2 op 3 respondenten overweegt ook nog steeds een woonzorgcentrum (vooral personen met dementie). De 'innovatievere' woonvormen worden sterker overwogen door jongere volwassenen tgv. de andere leeftijdsgroepen.

5.5. SAMENVATTING

Ter samenvatting van de voorgaande onderdelen wordt onderstaande figuur meegegeven. Wat betreft dienstverlening die inwoners niet nodig hebben, worden geen eenduidige signalen opgevangen.

Figuur 76. Samenvatting van de bevraging volgens matrixstructuur

		De burger		
		Missen 	Overwegen 	Niet nodig 
ZPW	<input checked="" type="checkbox"/> In de dienstverlening	Informereren & aanpassen <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliteitsopties • Informatie en zorgeducatie • Personen met een beperking • Assistentiewoningen • Klusjesdienst i.f.v. woning • Poetshulp • Ondersteuning voor mantelzorgers 	Koesteren <ul style="list-style-type: none"> • Het huidige aanbod van Zorgpunt Waasland 	Herevalueren <p>Geen duidelijke signalen</p>
	<input type="checkbox"/> Niet in de dienstverlening	Uitbouwen <ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning voor personen met mentale moeilijkheden • Opties i.k.v. financiële en administratieve ondersteuning • Hulp bij digitale vaardigheden Kinderopvang • Buddywerking (voor ouderen, personen met beperking,...) 	Piloteren <ul style="list-style-type: none"> • Geen eenduidig signaal m.b.t. nachtopvang • Innovatievere woonvormen voor toekomstige generaties 	Irrelevant

Wat in de dienstverlening zit (soms in kleine mate), maar inwoners alsnog aangeven te missen omvat in de eerste plaats mobiliteitsopties (voor ouderen, voor personen met een beperking, enz.), gevolgd door informatie en zorgeducatie (m.a.w. waar vindt men de nodige hulp en ondersteuning, bij wie moet men zijn, wat zijn de opties,...), ondersteuning voor personen met een beperking (zowel woon- als vrijetijdsbesteding), assistentiewoningen (waarvan het huidige aanbod sterk varieert tussen de lokale besturen, zoals we zagen in de omgevingsanalyse), klusjesdienst i.f.v. woningaanpassingen en in iets mindere mate aanvullende capaciteit voor poetshulp en ondersteuning van de mantelzorger. Mogelijk dient men over deze diensten beter te informeren, of dient men ze aan te passen om beter aan de noden te voldoen.

Wat niet in de dienstverlening zit (soms in kleine mate), maar inwoners aangeven te missen is psychologische ondersteuning, hulp bij digitale vaardigheden, ondersteuning bij financiële vraagstukken en administratie, kinderopvang (i.e. ondersteuning voor jonge ouders) en een buddywerking om activiteiten en andere voorzieningen laagdrempeliger te maken en zo vereenzaming tegen te gaan.

Er werd geen type dienstverlening gesignaleerd die op vandaag wordt aangeboden, maar die in de toekomst niet meer wordt overwogen. Vandaar dat het huidige aanbod van Zorgpunt Waasland momenteel wordt geïnterpreteerd als 'te koesteren'.

Zaken die niet in de dienstverlening zitten, maar verder te onderzoeken (en eventueel te piloteren) zijn, omvatten nachtopvang (thuis of residentieel) en innovatievere woonvormen voor toekomstige generaties.

6. FOCUSGROEPEN

Disclaimer: Onderstaande betreft de mening en antwoorden van de respondenten en moeten bijgevolg ook binnen deze context gelezen en geïnterpreteerd worden.

6.1. BESCHRIJVING VAN DE FOCUSGROEPEN

Zorggebruikers: De focusgroep bestond uit 8 deelnemers die werden geselecteerd uit de online bevraging. Ook twee medewerkers van Zorgpunt Waasland namen deel (kwaliteitscoördinator en directeur strategie- en organisatieontwikkeling). Een aantal deelnemers doet op vandaag reeds beroep op een bepaalde zorg- en/of hulpverleningsaanbod, al dan niet van Zorgpunt Waasland. Men deed in het bijzonder beroep op een lokaal dienstencentrum, (sociaal) restaurant, thuisverpleging en/of hulp en zorg aan huis (bv: gezinszorg). Daarnaast namen ook enkele participanten deel die op vandaag mantelzorger zijn en/of graag ideeën willen leveren aan Zorgpunt Waasland in functie van toekomstige noden en een toekomstgerichte zorgondersteuning.

Personen van andere herkomst (anderstaligen) : Er werd ad hoc besloten om een extra focusgroep te organiseren met 8 medewerkers van het sociaal restaurant De Variant. De doelstelling met deze extra groep was om ook het perspectief van anderstaligen te kunnen horen aangezien deze in de bevraging weinig aanbod kwamen.

Zorgpartners: De focusgroep bestond uit 8 deelnemers die werden bekomen na uitnodiging op de zorggraad van de eerstelijnszones NOW en ZWW: 2 personen van Familiezorg in de regio, 2 personen van de lokale besturen (OCMW en Mens en Samenleving), een apotheker en telkens 1 persoon van CM, GG ADS en Altrio. Ook twee medewerkers van Zorgpunt Waasland namen deel (directeur zorg en directeur strategie- en organisatieontwikkeling).

Stagiairs: De focusgroep bestaat uit 7 deelnemers die werden geselecteerd vanwege hun rol als stagiair binnen Zorgpunt Waasland. Van de 7 deelnemers zijn er 4 stagiairs Verzorging van Forum Da Vinci (5^{de}, 6^{de} en 7^{de} jaar), 1 stagiair Verpleegkunde van Sint-Carolus, 1 stagiair Verzorging van het volwassenenonderwijs en 1 stagiair Ergotherapie van HoGent. De stagiair verpleegkunde werkte reeds als zorgkundige bij Zorgpunt Waasland. De deelnemers lopen allemaal stage binnen het woonzorgcentrum De Spoele, maar hebben in het verleden of zullen in de toekomst ook stage lopen binnen de andere subsectoren (voornamelijk ziekenhuis en thuiszorg).

6.2. ZORGGEBRUIKERS

Samenvatting	
Bekendheid en huidige ervaringen	Er wordt aangegeven dat Zorgpunt Waasland niet goed gekend en wordt gelinkt met het OCMW wat betreft doelpubliek. Onder de deelnemers heeft men heeft positieve ervaringen met de dienstverlening (bv. dienstencentrum, kortverblijven,...) al zijn er ook enkele tekortkomingen (bv. thuisverpleging niet op maat, zorgverleners kennen totaal-aanbod van de zorg niet, ...)
Onbeantwoorde noden	De voornaamste tekortkoming voor de deelnemers is een duidelijk aanspreekpunt voor informatie over zorg en ondersteuning. Het gebrek aan een 'bundeling van alle informatie' ervaart men als een grote drempel. Hiertoe suggereert men bv. een centraal nummer om te bellen voor informatie, folders en partnerships met andere organisaties om zo beter gekend te worden.
Zorgaanbod en ankerpunten voor de toekomst	Men wil graag zo lang mogelijk thuis blijven wonen en verwacht dat de bijhorende diensten snel en flexibel kunnen ingeschakeld kunnen worden. Enkele suggesties die hiertoe werden gedaan: <ul style="list-style-type: none"> - Belang van woningaanpassingen, maar hierbij zou men graag een screening kunnen aanvragen om na te gaan wat de opties zijn bij de eigen woning en om hier aanbevelingen rond te krijgen. - Voor toekomstige generaties denkt men eerder aan vormen van groepswoonen. Ook zorgflats spreken aan en men beschouwt kortverblijven als een belangrijke schakel om mantelzorgers te ontlasten. - Het belang van buurtgerichte zorg om vereenzaming tegen te gaan; men benadrukt de nood aan laagdrempelige activiteiten, vaak is men onvoldoende mobiel of heeft men een foutieve perceptie van de activiteiten. - Er wordt tot slot veel nadruk gelegd op het belang van solidariteit en betaalbaarheid van zorg.
Personen van andere herkomst	<ul style="list-style-type: none"> - Men geeft aan dat het traditioneel wat vreemd is om ouders naar een woonzorgcentrum te brengen, maar men ziet hiervoor wel een grote meerwaarde in België, aangezien zowel mannen als vrouwen gaan werken en onvoldoende taken als mantelzorgers op zich kunnen nemen. - De perceptie van een woonzorgcentrum of andere hulp is niet negatief, maar er heerst vaak onduidelijk over wat men kan verwachten, onder meer ook omtrent voeding (halal, gebruik van alcohol,...) Verder heerst het idee dat woonzorgcentra duur zijn en dat er vaak geen plaats is wanneer dit nodig is. - Om zo lang mogelijk gezond thuis te blijven wonen, legt de groep zeer sterk de nadruk op voldoende contact en activiteiten om vereenzaming te vermijden. Drempels vormen onder meer mobiliteit (met name in de winter). - Tot slot hebben de deelnemers het idee dat ze bij het OCMW steeds terecht kunnen met hun vragen.

6.2.1. Huidige ervaringen met het zorgaanbod in de omgeving en/of van Zorgpunt Waasland?

Over het algemeen **zijn de huidige ervaringen met het zorgaanbod positief**, in het bijzonder het lokaal dienstencentrum waar men een maaltijd kan nuttigen, kan deelnemen aan activiteiten en onder de mensen kan komen. De **kortverblijven** worden beschouwd als een belangrijke schakel om mantelzorgers te ontlasten en om de drempel naar een woonzorgcentrum te verkleinen. Ook de zorg en ondersteuning van Zorgpunt Waasland wordt als positief ervaren.

Daarnaast werden ook een aantal **tekortkomingen** geuit omtrent het huidige zorgaanbod in de omgeving (los van de dienstverlening van Zorgpunt Waasland):

- De thuiszorg is niet altijd op maat (bv: tot 11h in pyjama moeten wachten)
- Huidige zorgverleners die langskomen hebben een onvoldoende beeld over de totaliteit van de zorg en sturen de zorgvragers vaak "van het kastje naar de muur"
- Het woonzorgcentrum wordt nog vaak gezien als een "sterfhuis"

Tot slot is **Zorgpunt Waasland onder de deelnemers niet goed gekend**. Men geeft aan dat dit eerder een "zwevende" term is en dat voornamelijk de OCMW's nog gekend zijn, en in het bijzonder die van Sint-Niklaas. Bovendien hebben de OCMW's nog steeds de perceptie dat dit voor mensen in financiële moeilijkheden is. Hierdoor voelen anderen zich vaak niet aangesproken door de dienstverlening.

6.2.2. Onbeantwoorde noden met betrekking tot zorg en ondersteuning

De deelnemers van de focusgroepen gaven aan dat het voor hen **onduidelijk is tot wie zij zich moeten wenden** indien de eigen zorgsituatie of de zorgsituatie van een geliefde zou wijzigen en/of verergeren. Het is vaak heel **moeilijk om de juiste informatie te vinden** met betrekking tot de nodige zorg en ondersteuning. Veel informatie is immers te consulteren via het internet en dit is niet voor iedereen een gemakkelijk kanaal om mee om te gaan. Er is te weinig informatie over het zorgaanbod beschikbaar en ook onvoldoende gecentraliseerd. Het bundelen van informatie omtrent het zorgaanbod en dit centraal aanbieden, wordt als een belangrijke meerwaarde beschouwd.

De deelnemers gaven aan dat zij voornamelijk informatie vinden via folders en suggereren onderstaande tips om beter te kunnen informeren omtrent het zorgaanbod dat aanwezig is in de omgeving:

- Folders in de brievenbus
- Organiseren van infosessies
- Enquête deur-aan-deur
- Partnerships met andere groeperingen zoals OKRA en Gezinsbond om synergiën met andere organisaties te vinden

6.2.3. Het zorgaanbod van de toekomst

Zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen – met de nodige ondersteuning en mantelzorg – wordt als heel belangrijk ervaren. Ook de mantelzorgers uit de groep gaven aan dat hun geliefden dit maximaal wensen. Bijhorende diensten **snel en flexibel** kunnen inschakelen om dit te ondersteunen, zijn dan ook belangrijk.

Hiertoe werden ook woningaanpassingen gesuggereerd: traplift, kleinere woningen, geen drempels, overal één vloer en brede deuren. Wat betreft deze woningaanpassingen wordt aangegeven dat het vaak zeer moeilijk is om te weten wat de opties zijn in de eigen woning. Hierbij zou het interessant kunnen zijn dat iemand eens langskomt om de **woning te screenen en aanbevelingen te formuleren** hoe het huis aangepast kan worden om zo lang als mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Een klusjesdienst (al dan niet in samenwerking met een technische school), aangepast vervoer en gezelschap werden in dit kader ook als belangrijk ervaren.

Bijkomend zou een **centraal infonummer** met alle informatie omtrent het zorgaanbod in de regio van het Waasland een meerwaarde kunnen zijn. Op die manier kan men ook – wanneer de zorgsituatie dit vereist –

op zoek gaan naar een goed woonzorgcentrum in de buurt. Ook opleidingen om de digitale geletterdheid en vaardigheden te versterken, zouden een goed idee kunnen zijn.

We moeten ook de **manier van wonen herdenken**, met focus op gemeenschappelijk (samen)wonen en co-huizen van mensen met verschillende leeftijden. Als oudere persoon is het immers fijn om ook connectie te hebben met jongeren en kinderen. Op die manier kan iedereen elkaar helpen op basis van zijn of haar kwaliteiten. Ook de idee van de **zorgflats** van Zorgpunt Waasland vonden de deelnemers aantrekkelijk, zeker in vergelijking met de bestaande alternatieven.

Daarnaast is **buurtgerichte zorg** ook belangrijk. Er moet immers meer aandacht zijn voor **eenzaamheid**, zeker voor mensen die alleen komen te vallen (ook jongeren). Daarom is het goed dat er in het centrum (lokaal dienstencentrum) activiteiten worden georganiseerd. Desalniettemin is er nog steeds een drempel om daar naartoe te gaan, onder meer door de **beperkte mobiliteit**, de angst om alleen te gaan, "dit is enkel voor oude mensen, niet voor mij". Bijgevolg zou het goed zijn om initiatieven op te zetten om mensen naar deze activiteiten te "lokken". Dit kan door buurtvrijwilligers in te zetten (deur-aan-deur), maar ook ouderen die zelf langsgaan bij andere ouderen.

Tot slot gaven de deelnemers van de focusgroepen aan dat zij zeker open staan voor **technologische innovaties** om de zorg en ondersteuning (in de thuisomgeving) te ondersteunen. Op vandaag denkt met vooral aan het personenalarm.

6.2.4. Ankerpunten voor zorg en ondersteuning in de toekomst

De deelnemers van de focusgroepen benadrukken het belang van **solidariteit** (sociaal weefsel) en elkaar zoveel als mogelijk helpen, met het oog op zo lang als mogelijk thuis te kunnen blijven wonen. Ook de **betaalbaarheid** van zorg en individuele zorg op maat (zodat iedereen zich vrij kan voelen) worden als belangrijk beschouwd. Tot slot mogen de **mantelzorgers** wat meer ondersteund worden en wat vaker in de bloemetjes gezet worden.

6.2.5. Personen van andere herkomst (anderstaligen)

Van de 8 personen kenden een 3-tal Zorgpunt Waasland als organisatie, meestal via één van de voorzieningen en via 't Punt dat vlak aan het sociaal restaurant grenst. De groep gebruikt op dit moment zelf geen van de diensten van Zorgpunt Waasland en kent ook niet veel mensen in de omgeving die dat wel doen. Een familielid van één van de deelnemers verblijft in een woonvoorziening in Hamme omwille van een beperking.

Men geeft aan dat het gevoelsmatig **vreemd is om ouders naar een woonzorgcentrum te brengen**. Traditioneel gaat men veel eerder op hulp uit de omgeving rekenen. De deelnemers geven wel aan dat men wel een **grotere nood en meerwaarde in België ziet voor dergelijke woonvormen**, aangezien zowel mannen als vrouwen gaan werken en onvoldoende taken als mantelzorg op kunnen nemen. Hierbij wordt eenzaamheid als een zeer belangrijk element meegegeven: ook indien voldoende hulp geleverd kan worden, is het allesbehalve wenselijk dat de ouders continu alleen thuis zitten. Men erkent hierin dus het belang van een woonzorgcentrum (en eventueel andere woonvormen, al waren deze niet gekend bij de deelnemers) indien thuis onvoldoende hulp kan geboden worden.

De **perceptie van een woonzorgcentrum** of andere hulp is niet negatief, maar men geeft aan dat het vaak moeilijk is om te weten wat men daar precies kan verwachten, welke activiteiten men doet enz. Ook heerst onzekerheid of de voeding halal is of kan zijn en denkt men dat er veel met alcohol wordt gekookt; dergelijke zaken vormen aanvullende drempels. Verder heerst het idee dat woonzorgcentra duur zijn en dat er vaak geen plaats is wanneer dit nodig is. Men geeft ook aan dat veel personen van andere herkomst jong zijn wanneer ze naar België komen, want ook kan bijdragen aan het feit dat weinig onder hen de diensten voor ouderenzorg bereiken.

Om zo lang mogelijk gezond thuis te blijven wonen, legt de groep zeer sterk de nadruk op voldoende **contact en activiteiten hebben om niet in eenzaamheid te belanden**. Men geeft mobiliteit (met name in

de winter) aan als een absolute noodzaak om voorzieningen te bereiken en deel te kunnen nemen aan activiteiten.

Tot slot hebben de deelnemers het idee dat ze goed weten waar zet terecht kunnen voor vragen over zorg en ondersteuning, namelijk bij het **OCMW**. Bijna iedereen in de groep is tewerkgesteld via artikel 60 (Sociale tewerkstelling via een arbeidsovereenkomst tussen de organisatie en het OCMW) waardoor men reeds een goede connectie heeft met deze dienst.

6.3. ZORGPARTNERS

Samenvatting	
Trends en evoluties binnen de gezondheidszorg	<p>Men herkent volgende trends:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personeelstekort (mede door vergrijzing van het personeel) met 'vluchtige' aanwezigheid bij zorggebruikers als gevolg. Hiertoe is een combinatie van oplossingen nodig: taakverbreding en -differentiatie, zij-instromers, aanbod van inhoudelijk, projectmatig werk met groeimogelijkheden. - Financiële moeilijkheden bij zorggebruikers waardoor met hulp uitstelt. - Versnippering van de expertise over verschillende zorgorganisaties. Hierdoor is de toegankelijkheid naar informatie (en dus zorg) vandaag suboptimaal terwijl deze wel verwacht wordt van zorggebruikers en mantelzorgers. Dit ziet men ondanks trend naar geïntegreerde zorg en (multidisciplinaire) samenwerking die men ook opmerkt en die cruciaal is voor complexe problematieken. - Mensen blijven graag zo lang mogelijk thuis; hierbij zijn informele zorg via mantelzorgers en buurtgerichte zorg (evt. via collectieve dienstverlening) belangrijk. Dit moet op vandaag nog verder groeien in capaciteit.
Noden en behoeften van verschillende doelgroepen	<ul style="list-style-type: none"> - Toename van multi-problematiek (met o.a. psychiatrische problematieken, kansarmoede, verslavingsproblematieken, palliatieve zorg, chronische zorg, ...) en personen met (jong)dementie en jongdementie. Hiertoe wordt het belang van casemangers benadrukt. - Qua woonvormen is er nood aan tijdelijke opvang, zijn woningen vaak niet aangepast aan de noden en zijn huidige generaties nog niet klaar voor innovatieve woonvormen (bv. kangoeroewonen, groepswonen, ...) - Er is stijgende vraag naar nachtopvang, zinvolle tijdsbesteding overdag, mobiliteit en ergotherapie aan huis.
Samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - (Intersectorale) Samenwerking wordt benoemd als een cruciaal aspect in het huidige en toekomstige zorglandschap. De zorgpartners kennen via bv. de eerstelijnszones vormt hier een belangrijke eerste stap.
Ankerpunten voor de toekomst	<ul style="list-style-type: none"> - Hoogwaardige en gegarandeerde hulp, toegankelijk en betaalbaar is met voldoende personeel en minder administratieve complexiteit - Een aanmeldpunt voor zorgvragen, waar het zorglandschap wordt aangereikt en waarbij rekening wordt gehouden met de keuzevrijheid van de zorggebruiker - Doelgerichte zorg op maat (o.b.v. een gesprek met de zorggebruiker op zoek gaan naar de meest passende zorg en ondersteuning); behoeften-gebaseerd en bottom-up ontstaan (niet aanbodgestuurd)

6.3.1. Trends en evoluties binnen de (brede) gezondheidszorg

Hieronder sommen we de **voornaamste trends en evoluties** op binnen de (brede) gezondheidszorg die werden benoemd tijdens de focusgroep en de interviews.

Een eerste belangrijke uitdaging is de aanpak van het grote **personeelstekort** in de zorg. Dit leidt onder meer tot een gebrek aan tijd voor zorgverleners, waardoor het moeilijk is om langdurig stil te staan bij een aantal problematieken en waardoor de aanwezigheid bij zorggebruikers vaak “vluchtig” is. Ook de vergrijzing binnen het zorgpersoneel vormt hierin een belangrijke oorzaak. Zorgorganisaties denken na over hoe ze zich kunnen positioneren om voldoende personeel aan te trekken. Taakverbreding en taakdifferentiatie kunnen eventueel een bijkomende oplossing bieden alsook de zij-instromers, maar het blijft desondanks moeilijk om de vacatures in te vullen. Het belang van mensen aan boord te houden (retentie) door inhoudelijke werking aan te bieden, aandacht te hebben voor groeimogelijkheden en projectmatig werken, zijn elementen die hierin ook een belangrijke rol spelen.

Ook de huidige **financiële moeilijkheden** bij zorggebruikers worden vermeld. In tijden van hoge onkosten (bv: energiekosten) wordt steeds minder hulp of ondersteuning gevraagd door cliënten. We zien dus vaker een uitstelgedrag bij zorggebruikers. Wanneer er dan toch hulp wordt gevraagd, is de zorgsituatie vaak acuut of heel zwaar.

Ondanks de trend naar meer geïntegreerde zorg en samenwerking (bijvoorbeeld: Multidisciplinair Overleg – MDO) met de installatie van de eerstelijnszones en de regiovorming, wordt nog steeds een **versnippering van de zorg** ervaren. De expertise is op vandaag nog vaak versnipperd over verschillende zorgorganisaties aanwezig. Dit maakt het – in het bijzonder voor de meest kwetsbare personen – moeilijk om de juiste zorg en/of ondersteuning te vinden. Zelfs voor zorgverleners is het niet altijd eenvoudig om de weg binnen het zorglandschap te vinden. De **toegankelijkheid van informatie** omtrent het zorgaanbod is op vandaag suboptimaal. Dit wordt echter wel verwacht door de zorggebruikers en de mantelzorgers, die mondiger zijn geworden en zorg op maat vragen.

Desalniettemin wordt intense samenwerking tussen zorgpartners belangrijker en dit omwille van de stijgende complexiteit van de zorgvraag. Cliënten worden vaker geconfronteerd met een multiproblematiek, waardoor **multidisciplinaire samenwerking** belangrijk is. Ook de stijgende zorgvraag in kader van psychiatrische problematieken, verslavingsproblematieken, palliatieve zorg, chronische zorg, ... maakt dat de complexiteit van zorg en ondersteuning toeneemt. Het omscholen/bijhouden van **zorgmedewerkers** om te kunnen omgaan met deze stijgende complexiteit (verbreding van de kennis) kan hierin een oplossing bieden. De toegenomen complexiteit (in de thuissituatie) vraagt echter ook een bijkomende ondersteuning van zorgmedewerkers zelf om hiermee om te kunnen gaan.

Verder is er nog de trend en vraag van zorggebruikers om **zo lang als mogelijk thuis te kunnen blijven wonen** en hiervoor dan ook de nodige ondersteuning (poetshulp, lokale dienstencentra, mobiliteit, ...) in te schakelen. De overstap naar een woonzorgcentrum wordt bovendien steeds later gezet, waardoor de verblijfsduur korter wordt en de zorgvraag in het woonzorgcentrum ook toeneemt.

In de context van langer thuis blijven wonen, is informele zorg – onder de vorm van **mantelzorg** – belangrijk. Echter, wordt opgemerkt dat het aantal mantelzorgers afneemt en er bovendien een grote vraag is naar ondersteuning voor deze doelgroep. Voor hen is het immers niet altijd duidelijk waar ze met hun vragen/bezorgdheden terecht kunnen. **Buurtgerichte zorg** zal hierin ook een belangrijke rol spelen (in het bijzonder de lokale dienstencentra alsook in functie van de collectieve hulpverlening), al is het op vandaag reeds moeilijk om het huidige zorgaanbod te continueren door de veranderende zorgvragen. Buurtgerichte zorg moet nog verder groeien en heeft nood aan meer capaciteit om het groeiende takenpakket op te nemen.

6.3.2. Noden en behoeften van de verschillende doelgroepen

Zoals eerder vermeld, worden zorggebruikers vaker geconfronteerd met een **multiproblematiek** waaronder psychiatrische problematieken, kansarmoede, verslavingsproblematieken, palliatieve zorg, chronische zorg, ... Ook het aantal personen met dementie en jongdementie neemt exponentieel toe. Op vandaag moeten we dan ook vaststellen dat de heel gespecialiseerde zorg nog niet altijd aanwezig is, zeker niet in de thuisomgeving van de zorggebruiker.

Ook de nood aan **tijdelijke opvang** neemt toe. Bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname (die steeds korter wordt) en wanneer de thuiszorg of mantelzorg nog niet haalbaar is. Herstelverblijf is er heel weinig en geeft weinig omkadering of te weinig revalidatie om die stap naar huis te kunnen zetten.

Als we kijken naar de **huisvesting**, dan zien we vaak woonvormen of woningen die niet aangepast zijn aan de noden van zorggebruikers. Innovatieve woonvormen (bv. kangoeroewonen, zorgwonen, groepswonen, ...¹²) bieden veel mogelijkheden, maar de huidige generatie van ouderen is hier nog niet klaar voor. Op vandaag spreekt kleinschalig en/of innovatief wonen nog een klein niche-publiek aan. Eventueel kan er samen met de **sociale huisvestingsmaatschappij** gekeken worden om de handen in elkaar te slaan en zijn klusjesdiensten een belangrijke schakel om de huidige woningen aan te passen.

Bijkomend zien we ook de stijgende vraag naar nachtopvang, zinvolle tijdsbesteding overdag, mobiliteit en ergotherapie aan huis. Ook de rol van een **casemanager** wordt benoemd als belangrijke schakel om toe te leiden naar de juiste zorg- en hulpverlening. Tot slot is het voor mantelzorgers belangrijk om op een efficiënte manier de juiste informatie te verkrijgen, zodat zij zelf niet meer moeten zoeken. Een aanspreekpunt hebben en inzetten op draagkracht, vormen voor hen de extra schakel bovenop de financiële ondersteuning.

6.3.3. Samenwerking tussen zorgverleners en -partners

Zoals eerder aangehaald, is **samenwerking** belangrijk. Dit vraagt vaak extra tijd (bv.: overlegmomenten), maar er kan zo wel een verschil gemaakt worden voor de zorggebruiker. Hiervoor is het natuurlijk belangrijk dat de verschillende stakeholders elkaar kennen. Hierin kan de eerstelijnszone een belangrijke rol spelen om linken te leggen en een verbindende factor te zijn.

Ook de **intersectorale samenwerking** kan versterking en opportuniteiten bieden binnen de regio. Over sectoren heen zitten we met zeer gelijkaardige problemen en we moeten buiten de hokjes van de doelgroepen treden. Ook wat betreft huisvesting: samen wonen van verschillende doelgroepen kan ook zeer positief verlopen.

Echter, kan de samenwerking eventueel nog **verder geoptimaliseerd worden** door zorgaanbod te clusteren, te kijken waar krachten gebundeld kunnen worden en welke quick wins gerealiseerd kunnen worden. Samenwerkingsovereenkomsten kunnen mogelijk ook een antwoord bieden op het personeelstekort.

6.3.4. Ankerpunten voor zorg en ondersteuning in de toekomst

Krijtlijnen en ankerpunten **voor een optimale zorg en ondersteuning** kenmerken zich door:

- Hoogwaardige en gegarandeerde hulp, dat toegankelijk en betaalbaar is met voldoende personeel
- Behoeften-gebaseerd en bottom-up ontstaan (niet aanbodgestuurd)

¹² Kangoeroewonen = bij familie of vrienden leven in hetzelfde huis maar met aparte leefruimtes en een aparte voordeur;
Zorgwonen = bij familie of vrienden leven in hetzelfde huis, zonder aparte leefruimte of voordeur;
Groepswonen = woning met 5-10 andere ouderen met eigen en gedeelde voorzieningen

- In een zorgcontinuïteit
- Een aanmeldpunt voor zorgvragen, waar het zorglandschap wordt aangereikt en waarbij rekening wordt gehouden met de keuzevrijheid van de zorggebruiker
- Doelgerichte zorg op maat (op basis van een gesprek met de zorggebruiker op zoek gaan naar de meest passende zorg en ondersteuning)
- Minder administratieve complexiteit voor de zorgverleners

6.4. STAGIAIRS/MEDEWERKERS VAN ZORGPUNT WAASLAND

Samenvatting	
Perceptie en voorkeur	<ul style="list-style-type: none"> - Bij mensen buit de sector heerst stigma dat ouderenzorg saai is, een zware emotionele last met zich meedraagt en dat de jobinhoud weinig aansluit bij de studies. - De perceptie is dat een job in de ziekenhuissector psychisch zwaarder, complexer en uitdagender is. Voordelen zijn de hogere verloning en de idee dat men vaker medische handelingen kan stellen.
Bekendheid en samenwerking	Stigma doorbreken en bekendheid verhogen dor meer reclame te maken binnen de relevante opleidingen, bijvoorbeeld door gastlessen te geven over de verschillende functies of subsectoren, en door meer activiteiten samen te organiseren.
Succesfactoren	Belang van: <ul style="list-style-type: none"> - Balans aan tussen wonen en leven voor de bewoners; voldoende tijd kunnen maken voor de bewoners - Goede algemene werksfeer - Groeimogelijkheden voor werknemers

6.4.1. Ervaringen en verwachtingen in de zorgsector

Alle stagiairs **kenden Zorgpunt Waasland al voor hun werk/stage-ervaring** vanwege hun opleiding, rol in de zorgsector en omdat ze in de buurt van het Waasland wonen. De meeste stagiairs kregen hun stageplaats toegewezen door hun onderwijsinstelling. De beslissing daarvan werd gemaakt op basis van hun keuze voor een subsector. Eén stagiair koos zelf voor ZPW omdat ze er een positieve perceptie over hadden, in het bijzonder een warme werkgever, een uitgebreid aanbod en respect voor de bewoners.

Over het algemeen voldoet Zorgpunt Waasland aan de verwachtingen van de medewerkers en stagiairs binnen de zorgsector. Zorgpunt Waasland biedt namelijk een **goede balans aan tussen wonen en leven voor de bewoners**. Ze hechten daar belang aan en vertalen dat in de praktijk door voldoende tijd te geven aan hun medewerkers om een meerwaarde te betekenen voor de bewoners. Ondanks de hoge werkdruk en personeelstekort in de zorgsector, krijgen stagiairs de mogelijkheid om te leren en te groeien.

6.4.2. Perceptie en voorkeur van de 'subsectoren' binnen de zorg

De **perceptie die heerst over ouderenzorg** bij familie en vrienden van de studenten die buiten de sector staan, is **eerder negatief**. Er bestaat bijvoorbeeld een stigma dat ouderenzorg saai is, een zware emotionele last met zich meedraagt en dat de jobinhoud voornamelijk hulp bij de toiletgang en het douchen/baden omvat. De **huidige voorkeur van de meeste personen in de focusgroep gaat desondanks toch uit naar ouderenzorg**. Zij ervaren dit namelijk positiever en uitdagender dan verwacht.

De studenten hebben de perceptie dat een job in de **ziekenhuissector** psychisch **zwaarder**, complexer en uitdagender is. Anderzijds wordt het gecompenseerd met een hogere verloning en geeft men aan dat het

wel aantrekkelijker kan zijn omdat men in ziekenhuizen vaker de medische handelingen kan uitvoeren 'waarvoor ze hebben gestudeerd'. Er werd echter aangegeven dat dit ook bij wondzorg in het WZC ook aan bod komt.

Thuiszorg en dagverzorging blijken minder interessant te zijn omdat er het team kleiner is en er meer op individuele basis wordt gewerkt. Dit type werk spreekt de groep minder aan.

Tenslotte maken er soms medewerkers de **overstap van kinderverzorging naar ouderenzorg** vanwege de jobinhoud en contractuele voordelen zoals meer vakantiedagen.

6.4.3. Meerwaarde van zorgorganisaties aan studenten

De deelnemers gaven aan dat het **stigma rond ouderenzorg doorbroken moet worden**. Een zorgorganisatie kan daaraan bijdragen door de scholen te betrekken zodat kinderen en jongeren van jongs af in contact komen met en bijleren over ouderen(zorg). Dit hoeft niet enkel in de zorginstellingen te zijn, maar de ouderen zouden ook kunnen deelnemen aan activiteiten op school.

Daarnaast zouden zorgorganisaties zich beter kunnen profileren door **meer reclame** te maken binnen de relevante **opleidingen**, bijvoorbeeld door gastlessen te geven over de verschillende functies of subsectoren, en door meer activiteiten samen te organiseren. Zorgpunt Waasland doet dit te weinig (of niet), zij zijn enkel een stagepartner. Alumni die tewerkgesteld zijn bij ZPW laten spreken in opleidingen kan nadelig zijn, waardoor dit niet als een meerwaarde wordt ervaren.

Daarnaast is het van groot belang om als zorgorganisatie de stagiairs voldoende te begeleiden in hun traject. Dit leidt tot een grotere voldoening en meer zelfvertrouwen op professioneel vlak. De stagiairs geven aan dat dit niet altijd het geval is bij private woonzorgcentra, maar wel bij Zorgpunt Waasland. Ze ervaren dat ZPW een goede stageplaats is omdat ze voldoende tijd krijgen om te groeien, vragen te stellen en in contact te staan met de bewoners.

6.4.4. Succesfactoren voor een goede werkomgeving

De deelnemers van de focusgroep benadrukten het belang van **respect voor de bewoners**. Zij willen voornamelijk werken bij een werkgever die de bewoners behandelt zoals zij later ook behandeld zouden willen worden. Ook de **algemene werksfeer en groeimogelijkheden voor werknemers** worden als belangrijk beschouwd. Tenslotte moet er **genoeg personeel** tewerkgesteld worden zodat er **genoeg tijd** gemaakt kan worden **voor de bewoners**. Tenslotte werd het **belang van goede contractuele voordelen** ook aangehaald.

6.5. SAMENVATTING

Doorheen de focusgroepen komen enkele thema's herhaaldelijk aanbod en worden hieronder meegegeven:

1. Toegankelijkheid en betaalbaarheid

Dit vormt voor velen – zowel zorgpartners als zorggebruikers – een bezorgdheid. Vandaag zitten we op een keerpunt met de stijgende onkosten en er wordt opgemerkt dat men steeds later om hulp vraagt en ondersteuning uitstelt omwille van financiële overwegingen.

2. Grote nood aan informatie en zorgeducatie

Er is een **beperkte bekendheid** van Zorgpunt Waasland bij zorggebruikers. Men legt hierin nog sterk de link met het OCMW waardoor de perceptie heerst dat dit enkel/voornamelijk gericht is op personen in financiële moeilijkheden. Zorgpunt Waasland is wel goed gekend via zorgpartners via deelname aan de Zorgraad.

Zorggebruikers geven in sterke mate aan dat het moeilijk is om de **informatie op één plek** te vinden. Het is onduidelijk naar wie zich te wenden voor bepaalde diensten en informatie, ook voor zorgverleners. Dit vormt ook voornamelijk een drempel voor **mantelzorgers** die op zoek zijn naar antwoorden.

3. **Aantrekkelijke werkgever**

Van een werkgever wordt verwacht dat het belang van **respect voor de bewoners** hoog in het vaandel wordt gedragen, voornamelijk door de mogelijkheid voor medewerkers om voldoende tijd te kunnen maken voor de bewoners.

Ook de algemene werksfeer, **groeimogelijkheden**, innovatieve arbeidsorganisatie en goede contractuele voordelen vormen belangrijke aspecten.

Er wordt aangegeven dat Zorgpunt Waasland zich nog beter als potentiële werknemer kan **profilieren** in de regio via reclame binnen de relevante opleidingen, bv. via gastlessen en activiteiten samen te organiseren.

4. **Ageing well in place: Hoe kan men 'zo lang mogelijk thuis wonen' ondersteunen:**

Mobiliteit wordt als zeer belangrijk element aangegeven om beroep te kunnen doen op de dienstverlening. In praktijk is het vaak niet evident om hiervoor vrijwilligers te vinden.

Nachtopvang (thuis of residentieel) wordt vooral als nuttig gezien als 1^e aanspreekpunt met een zorggebruiker: wie aangeeft nachtopvang nodig te hebben, beseft in gesprek met de zorgorganisatie vaak dat een assistentiewoning of andere vorm van ondersteuning duurzamer en beter geschikt is. Door nachtopvang aan te bieden in de dienstverlening als laagdrempelige optie, helpt dit om het gesprek aan te knopen.

Woningaanpassingen vormen een belangrijk element aangezien wordt aangegeven dat woonvormen vaak niet voldoen aan de noden. Hier is echter de vraag of men een screening kan krijgen van de woning en aanbevelingen over de opties, aangezien zorggebruikers hier weinig informatie over hebben en vinden.

Er wordt potentieel gezien in buurtgerichte zorg met **collectieve dienstverlening**, enerzijds om de kosten te drukken, anderzijds om connectie te leggen met anderen. Hier zijn momenteel nog onvoldoende middelen en capaciteit.

Tot slot, is er op vandaag een groot belang van **mantelzorgers**, maar deze groep wordt kleiner en heeft een uitgebreid takenpakket. Zij hebben voornamelijk nood aan ondersteuning via informatie en integratie in het zorgsysteem.

5. **Woonvormen**

De tijdelijke woonvormen zoals **kortverblijven** (en herstellverblijven) worden beschouwd als een belangrijke schakel om mantelzorgers te ontlasten en om de drempel naar een woonzorgcentrum te verkleinen. De vraag naar deze **kortdurende, tijdelijke zorg** stijgt o.a. als gevolg van kortere ligduren in het ziekenhuis en de daling aan mantelzorgers.

Voor **innovatievere woonvormen** wordt vooral potentieel gezien voor toekomstige generaties. Dergelijke woonvormen kunnen ook op de arbeidsmarkt net wat meer aanspreken aan potentiële medewerkers. Voor zowel huidige als toekomstige generaties blijven **assistentiewoningen** een aantrekkelijke optie.

6. **Specifieke doelgroepen**

Zoals reeds vermeld worden personen met **financiële moeilijkheden** worden een steeds grotere groep en doen later of geen beroep op de diensten.

Daarnaast komt men in aanraking met **complexe en diverse problematieken** zoals psychische problemen, verslavingsproblematieken, palliatieve situaties, ..., alsook meer en meer personen met (jong)dementie. Dit is niet enkel meer het beeld van ondersteuning en zorg omwille van ouderdom. Dit vereist bijscholing van zorgverleners en toont het potentieel van case management.

Personen met een **andere herkomst** worden moeilijk bereikt, mogelijk aangezien zij de dienstverlening niet goed kennen en niet goed weten wat te verwachten (ook in combinatie met tradities, voeding enz.). Een belangrijke bezorgdheid van deze doelgroep – net als bij de anderen – is vereenzaming wanneer familie en vrienden niet langer zorg kunnen dragen.

7. Samenwerking

Er is nu meer samenwerking dan vroeger en zorgvragers verwachten dit ook om een goede dienstverlening te ontvangen. Samenwerking vormt dus een belangrijke schakel i.f.v. doelgroepen met complexe zorgvragen en multi-problematiek. Het is dan ook cruciaal om contact te leggen en onderhouden met andere zorgorganisaties; de eerstelijnszones vormen hierin een belangrijk en nuttig platform.

Ondanks de trend richting meer samenwerking, is er nog veel versnippering van expertise en informatie. Dit vormt een drempel voor zowel zorgverleners als zorggebruikers.

7. CONCLUSIE

Tot slot, vatten we samen wat de voornaamste en gemeenschappelijke aandachtspunten zijn vanuit enerzijds de **bevraging** en anderzijds de **focusgroepen**.

1. Grote nood aan informatie en zorgeducatie

De nood aan informatie en zorgeducatie komt sterk naar voor vanuit de exploratieve fase. Zorggebruikers geven in sterke mate aan dat het moeilijk is om de **informatie op één plek** te vinden. Het is onduidelijk naar wie zich te wenden voor bepaalde diensten en informatie, zelfs voor zorgverleners. We leren ook dat heel wat types dienstverlening (alsook Zorgpunt Waasland zelf) nog onvoldoende gekend zijn bij de inwoners.

Het aanbieden van bepaalde, laagdrempelige types dienstverlening, kunnen bovendien helpen om het gesprek aan te knopen om cliënten zo kennis te laten maken met de dienstverlening.

Deze informatie gaat vaak verder dan een overzicht van diensten, maar omvat ook financiële en administratieve vragen (bv. voor welke zorgpremies komt men in aanmerking) waarvoor men de juiste plek en informatie moeilijk terugvindt.

2. Buurtgerichte zorg & ageing well in place

Het signaal vanuit de bevraging en focusgroepen bevestigt de omgevingsanalyse: men wil graag zo lang mogelijk – gezond – thuis blijven wonen. Hierbij is men op zoek naar de types dienstverlening om dit te realiseren en wordt ook verwacht dat deze diensten snel en flexibel ingeschakeld kunnen worden.

Volgende elementen zijn in dit kader belangrijk:

- Bovenaan op de prioriteitenlijst staat voldoende **contact en gezelschap** om **vereenzaming te vermijden**. Noodzakelijk hiertoe zijn (onder meer) **mobiliteitsopties** zodat men zich naar voorzieningen en activiteiten kan verplaatsen om actief te blijven in de buurt en in het sociale netwerk. Ook **laagdrempelige activiteiten** en een type 'buddywerking' om deze activiteiten aan de man te brengen konden op enthousiasme rekenen.
- Net zoals we zagen in de omgevingsanalyse, wordt de druk op **mantelzorgers** ook in de bevraging en gesprekken bevestigd. Deze kleiner wordende groep mantelzorgers krijgt ook eens steeds uitgebreider 'takenpakket'. Dit terwijl zij een grote drempel ervaren bij het zoeken naar informatie en administratieve hulp om hun mantelzorgtaken goed uit te voeren. Zij hebben voornamelijk nood aan ondersteuning via informatie en integratie in het zorgsysteem.
- Er ligt potentieel in **collectieve** dienstverlening, enerzijds om de kosten te drukken, anderzijds om connectie te leggen met anderen. Momenteel is hier nog onvoldoende kader en capaciteit.

- **Woningaanpassingen** met enerzijds ondersteuning om vast te stellen welke opties er zijn in de eigen woning en anderzijds een klusjesdienst die kan helpen met het uitvoeren hiervan.

3. Kortdurende en tijdelijke zorg

De vraag naar kortdurende en tijdelijke zorg stijgt als gevolg van kortere ligduren in het ziekenhuis. De **kortverblijven** (en herstelverblijven) worden beschouwd als een belangrijke schakel om mantelzorgers te ontlasten en om de drempel naar een woonzorgcentrum te verkleinen.

Ook naast woonvormen, verwacht de zorggebruiker dat de dienstverlening vlot ingezet kan worden. Er heerst heel wat bezorgdheid bij zorggebruikers over de beperkte capaciteit in de zorg.

4. Woonvormen voor toekomstige generaties

We zien dat innovatieve woonvormen (zoals groepswonen, kangoeroewonen,...) voornamelijk relevant zijn voor **toekomstige generaties**. Dergelijke woonvormen kunnen ook op de arbeidsmarkt net wat meer aanspreken aan potentiële medewerkers.

Tegelijk zien verschillende generaties mogelijkheden in **assistentiewoningen** (of zorgflats) voor de toekomst. Dit type lijkt dus een toekomstbestendige woonvorm doorheen de verschillende lokale besturen.







5. Doelgroepen en generaties met verschillende noden

We leren dat de noden vanuit verschillende leeftijds- en doelgroepen sterk variëren en een breed aanbod aan dienstverlening vragen:

- Er zijn meer en meer personen met **complexe en diverse problematieken** zoals psychische problemen, **verslavingsproblematieken**, palliatieve situaties, ... waarbij case management een belangrijke rol kan spelen
 - Personen met een **andere herkomst** worden zeer moeilijk bereikt en hebben hoogstwaarschijnlijk variërende noden.
 - Het aanbod voor **personen met (jong)dementie** is beperkt in de omgeving, terwijl dit een groeiende groep is met een complexe problematiek.
 - **Voor personen met een beperking wordt** aangegeven dat er meer variatie nodig is in zowel vrijetijdsbesteding als woongelegenheden.
6. **Betaalbaarheid** vormt een rode draad doorheen deze exploratieve fase. Personen met financiële moeilijkheden worden een steeds grotere groep en doen later of geen beroep op de diensten. Deze bezorgdheid leeft zowel bij zorggebruikers als zorgverleners.
 7. Het verder uitbouwen van **multidisciplinaire en intersectorale samenwerkingen** blijft cruciaal in het zorglandschap van de toekomst (en van vandaag). Dit om tegemoet te komen aan de noden en behoeften van inwoners. Het behouden van goede connecties, bv. via de zorgraad van de eerstelijnszones, vormt een eerste cruciale stap om elkaar en elkaars expertises te vinden.
 8. **Tot slot wordt ook het tekort aan personeel en capaciteit** opgemerkt door zorggebruikers en vormt een bezorgdheid. De aanpak van deze uitdaging zal vanuit verschillende hoeken moeten komen. In dit kader blijft het ook belangrijk om groeimogelijkheden en een aangename werkomgeving te bieden aan de medewerkers. Zo werd bijvoorbeeld een kinderopvang voorgesteld om de werknemers (alook alleenstaande ouders in de omgeving) te ondersteunen.

8. BELEIDSAANBEVELINGEN

De **eerste fase** van de analyse werd samengevat aan de hand van enkele krijtlijnen en de gewenste positionering vanuit Zorgpunt Waasland. We geven deze hieronder nogmaals weer:

	Profileren	Maak het huidige zorgpunt meer kenbaar en speel in op de grote omvang met de intentie om te groeien tot een organisatie dat het grondgebied volledig dekt.
	Specialiseren en regisseren	Sta kritisch stil bij specialisatie en de rol als regisseur: niet per se opnemen waar je niet de sterkste in bent/kan zijn, maar de juiste partners vinden om dit in de regierol op te nemen.
	Samenwerken	Kom naar buiten als sterke zorgpartner in de regio met gemeenschappelijke initiatieven en aandacht voor betrokkenheid en samenwerkingsverbanden. Participeer met de bevolking om in te spelen op de noden en zo initiatieven uit te werken.
	Innoveren	Zoek naar initiatieven/ideeën voor en met de bevolking . Wees leergierig, dynamisch, proactief en niet vastgeroest.
	Integreren	Ga voluit voor geïntegreerde zorg via buurtgerichte zorg, het zorgcontinuüm, vermaatschappelijking en lokale verankering vanuit een holistisch perspectief.
	Organiseren en empoweren	Zet de interne organisatie, communicatie en informatiedoorstroom horizontaal en verticaal op punt. Betrek en engageer de werknemers vanuit de visie van warme werkgever.
	Excelleren	Dé referentie: bied blijvend kwalitatieve zorg op een betrouwbare, degelijke, betaalbare wijze met passie voor de individuele bewoner en met een visie op wonen en leven.

Op basis van de resultaten uit de **tweede fase**, met omgevingsanalyse en prognoses, werden enkele pistes voor de zorgstrategie naar voor geschoven vanuit project- en stuurgroep.

Na het analyseren van de resultaten van de **derde fase**, met de bevraging en focusgroepen, werden deze aanbevelingen verder verfijnd tot strategische en beleidsaanbevelingen. Dit werd onder meer gedaan aan de hand van onderstaande matrix, die eerder bij de bevraging werd weergegeven:

		De burger		
		Missen	Overwegen	Niet nodig
ZPW	<input checked="" type="checkbox"/> In de dienstverlening	Informereren & aanpassen <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliteitsopties • Informatie en zorgeducatie • Personen met een beperking • Assistentiewoningen • Klusjesdienst i.f.v. woning • Poetshulp • Ondersteuning voor mantelzorgers 	Koesteren <ul style="list-style-type: none"> • Het huidige aanbod van Zorgpunt Waasland 	Herevalueren <p><i>Geen duidelijke signalen</i></p>
	<input type="checkbox"/> Niet in de dienstverlening	Uitbouwen <ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning voor personen met mentale moeilijkheden • Opties i.k.v. financiële en administratieve ondersteuning • Hulp bij digitale vaardigheden Kinderopvang • Buddywerking (voor ouderen, personen met beperking,...) 	Piloteren <ul style="list-style-type: none"> • Geen eenduidig signaal m.b.t. nachtopvang • Innovatievere woonvormen voor toekomstige generaties 	Irrelevant

De aanbevelingen die hieruit resulteerden, zijn telkens gericht op het versterken van de huidige missie en visie van Zorgpunt Waasland: het verstrekken van **nabije en betaalbare zorg voor iedereen** die ze nodig heeft en **dé referentie** zijn als het gaat om zorg voor mens en maatschappij.

1) Zorgeducatie

Voor ZPW vormt het garanderen van **kwalitatieve communicatie- en informatiestromen**, zowel naar cliënten en gebruikers van diensten, als naar de werknemers, een belangrijk aandachtspunt. Door hierop in te zetten kan ZPW verder professionaliseren, op gezonde wijze groeien als organisatie en de eenheid en kennisdeling in het attractiegebied versterken.

Wat betreft de **(zorg)educatie aan cliënten** is een belangrijke rol weggelegd voor lokale besturen en kan dit een troef van Zorgpunt Waasland vormen. Hierbij kan de vraag gesteld worden of deze zorgeducatie en sensibilisatie door ZPW zelf of binnen een samenwerkingsvorm gezien moet worden. Het voorzien van grondige zorgeducatie draagt bij aan laagdrempelige en toegankelijke zorg, van de zeer lichte zorgbehoefte tot de zwaardere. Zoals ook eerder vermeld, krijgt zorgeducatie zo ook een belangrijke rol toebedeeld vanuit een preventief perspectief. Bij een tijdige zorgeducatie wordt de burger en zorgvrager gefaciliteerd in zijn/haar rol als regisseur van de eigen zorg en kan hij/zij deze rol ook op meer geïnformeerde wijze opnemen.

Zowel kwalitatieve communicatie- en informatiestromen binnen ZPW zelf, als (zorg)educatie aan cliënten dragen bij aan de **bekendheid van Zorgpunt Waasland**, aangezien we leerden dat dit een werkpunt is.

2) Buurtgerichte zorg

Buurtgerichte zorg zal meer en meer een onmisbare en noodzakelijke schakel vormen in het zorglandschap. Via buurtwerking worden behoeften van de buurt en ouderen sneller en beter in kaart gebracht, om zo in te spelen op de aanwezige trends en evoluties. Op deze manier wordt gewerkt van een preventief perspectief: via modellen van **'buurtgerichte preventie'** (die in Nederland en Scandinavië aan belang winnen) is er aandacht voor individuele noden, maar ook voor omgevings- en sociale factoren die geoptimaliseerd kunnen worden in functie van de gezondheid. Op deze manier kunnen buurtwerkers ook **vroegtijdig handvaten aanbieden** aan personen die nog niet zorgbehoevend zijn maar eventueel wel risicofactoren vertonen. Op deze manier is de burger

ook vroegtijdig op de hoogte van de mogelijke ondersteuningsopties en kan deze zijn/haar regierol voor de eigen zorg ook beter invullen.

We raden dan ook aan om de **laagdrempelige en vroegtijdige connectie met de buurt** verder te versterken vanuit een preventief perspectief: dit start met de identificatie van de (stille) zorgvraag en eventuele blinde vlekken, deze behoeften aanspreken, de nodige toegankelijke en laagdrempelige zorg bieden (dicht bij de zorgbehoevende) en zo doorstroom creëren binnen de eigen dienstverlening. Enkele blinde vlekken (of doelgroepen die nog onvoldoende tot bij de dienstverlening van ZPW komen) die in de context van ZPW werden vernoemd zijn onder meer ouderen van allochtone afkomst en minder begoede personen.

Bovendien kan buurtgerichte zorg ook een plaats geven aan **mantelzorgers** om zich in te zetten; het stimuleren van deze ondersteuning zal zeker relevant zijn gezien de dalende mantelzorgratio. We zien ook andere voorzieningen hierin een belangrijke rol opnemen in kader van 'outreach' en ontmoetingsplaatsen om de vermaatschappelijking van zorg te stimuleren. Mogelijk zijn hier ook 'win-win' situaties te identificeren, bv. door het betrekken van eenpersoonshuishoudens in deze buurtgerichte zorg. Hierbij zal **gediversifieerd** moeten worden naar doelgroep en gebied (bv. landelijk vs. stedelijk), zodat dit afhankelijk van de noden een andere invulling kan krijgen.

Een sterke en leeftijdsvriendelijke buurtwerking of buurtgerichte preventie kan ook het **ageing well in place** verdere ondersteuning bieden, naast thuiszorg- en mantelzorgdiensten. Opnieuw kan door een vroege identificatie van individuele noden of omgevingsfactoren reeds een eerste inlichting plaatsvinden over de mogelijke ondersteuningsopties. De wens om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te wonen is de laatste periode trendmatig blijven stijgen en zal verder aan belang winnen indien de voorkeuren van ouderen zich blijvend in dezelfde richting bewegen.

3) Zorgcontinuüm

Om in te spelen op toekomstige noden vraagt dat de sector om te bewegen in de richting van een geïntegreerde, modulaire zorg- en dienstverlening. Centraal binnen dit verhaal staat de **cliënt**, die meer en meer vraagt naar een behoeftegestuurd aanbod en **regie over de zorg**. In de context van een toenemend aantal chronische aandoeningen, alsook personen met multi-morbiditeit (het hebben van 2 of meer chronische aandoeningen) heeft geïntegreerde zorg een belangrijke rol te spelen. Hierbij krijgt de patiënt ondersteuning van een **multidisciplinair netwerk** dat op een vlotte wijze de nodige informatie kan delen en consistent advies kan geven. Dit advies kan bijvoorbeeld ook aanpassingen in de woning in acht nemen om de zorgbehoevende te ondersteunen. Ook **case management** en het aannemen van een **preventief** perspectief spelen hierin een belangrijke rol.

We raden aan om een verdere uitbouw van het aanbod van thuiszorg en ambulante zorg te realiseren om te komen tot verder doorgedreven **continuïteit in de zorgketen**. We zagen eerder al de mogelijkheden voor ZPW om bepaalde elementen binnen de dienstverlening verder uit te bouwen; hierbij denken we onder meer aan de thuiszorg die naar een nieuw niveau getild kan worden met bv. verdere uitbouw van klusjesdiensten, de optie van collectieve gezinszorg en dienstverlening, de mogelijkheden van vervoer van bezoekers en ken breder aanbod voor personen met een beperking alsook een aanbod voor de mantelzorger.

Uiteraard dient ZPW zich hierbij de vraag te stellen welke diensten het zelf wil aanbieden, in welke gebieden men zich (verder) wil **specialiseren** om zich te differentiëren in het zorglandschap en welke zaken binnen samenwerkingen opgenomen kunnen worden. Via (sectoroverschrijdende) samenwerkingen of via subsidies en proeftuinen met andere organisaties kan men bovendien een verdere hefboom vinden richting geïntegreerde zorg.

4) Innovatie en digitalisering

Ook binnen de ambulante omgeving en thuissetting kan het aanbod verder uitgebreid worden door beroep te doen op **innovatieve concepten**. Er is binnen ZPW interesse in het onderzoeken van **tussenvormen** tussen thuis en residentieel, **kleinschalige** wooninitiatieven en **collectieve** dienstverlening voor de verschillende doelgroepen van Zorgpunt Waasland (al ligt de interesse vanuit de doelgroepen zelf hier eerder bij toekomstige generaties). Hierbij dient nagegaan te worden wat de impact van deze vormen is op infrastructuur en personeel.

Hierbij kan ook aandacht besteed worden aan het vormgeven van een lokaal, kleinschalig verhaal binnen een grootschalige organisatie. Kenmerkend voor **kleinschalige zorg** is dat de zorg in een omgeving plaatsvindt die zoveel mogelijk lijkt op die van thuis en dat de groep klein genoeg blijft voor een huiselijke setting (gemiddeld ongeveer acht bewoners). De kleinschalige organisatie van zorg en/of andere opties om zorg te richten op **specifieke doelgroepen** zoals personen met dementie. Op deze manier kan ZPW de visie van wonen en leven ook verder vormgeven. Kleinschalige zorg kan echter plaatsvinden in verschillende woonvormen en hoeft dus niet gelijk te staan met een kleinschalige woonvorm: de organisatie kan grootschalig zijn in 'back-office' en kleinschalig georganiseerd in de zorgverlening. Dit laat toe om efficiëntie te zoeken in de zorgondersteunende diensten.

Naast eventuele nieuwe vormen, blijven ook (groepen van) **assistentiewoningen** (GAW) voor velen een aantrekkelijke tussenvorm aangezien het de nodige hulp en ondersteuning kan toelaten in combinatie met vrijheid en zelfstandigheid binnen de eigen woning. Dit kan bijgevolg een toekomstbestendige woonvorm zijn, al zien we vanuit de omgevingsanalyse sterke variaties tussen de lokale besturen in het GAW-aanbod van Zorgpunt Waasland (met bv. geen ZPW-aanbod van GAW in Kruikeke en een lage aanbodratio).

Als onderdeel van innovatie, kan ook **digitalisering** een belangrijkere rol gaan spelen. We raden aan om mogelijke partnerschappen voor digitale toepassingen te verkennen en om deze ook aan te gaan. Via partnerschappen kan men de beschikbare middelen ook efficiënt inzetten en inspanningen over organisaties spreiden.

Deze innovatie (al dan niet digitaal) dient te gebeuren zonder het **aspect van betaalbaarheid en toegankelijkheid** uit het oog te verliezen: dit vormt een belangrijk aandachtspunt om blijvend laagdrempelige zorg te kunnen bieden aan minder begoede mensen die vaak aanzienlijke drempels ondervinden. Daarnaast moet deze steeds gericht zijn op het verbeteren van de zorgkwaliteit.

5) Excellente en wendbare organisatie

Het wijzigende zorglandschap stelt de interne organisatie voor belangrijke uitdagingen waarbij men de dienstverlening moet afstemmen op wijzigende doelgroepen en ondersteuningsvragen. Om dit te garanderen moet niet enkel grondig nagedacht worden over de organisatie van zorg en dienstverlening, maar ook over de interne organisatie om de nodige flexibiliteit en wendbaarheid aan de dag te kunnen leggen.

We raden daarom aan om de pijlers van '*enterprise excellence*' (excellente organisatie) na te streven binnen Zorgpunt Waasland. Dit concept verwijst naar een **systeem van continue verbetering** dat doorheen alle lagen, afdelingen en diensten van een organisatie een plaats kan vinden, met hierbij de nodige aandacht voor het **gedrag** dat nodig is om dit te bereiken (en hoe dit tot stand te brengen).

Bovendien wil Zorgpunt Waasland naast excellent, ook een warme organisatie zijn. Specifiek impliceert dit het zoeken naar een goede balans tussen de noden van de cliënten enerzijds, en de behoeften van de werknemers anderzijds.

Enkele aspecten die vervat zitten binnen een warme en excellente organisatie:

- a) **Flexibiliteit en wendbaarheid stimuleren** om zo te blijven innoveren, exploreren en experimenteren i.f.v. het veranderende zorglandschap. Bv. De segmentering onder ouderen creëert de nood om hierop in te spelen en een innovatief perspectief op te nemen. Inzetten op segmentatie kan zo ook een antwoord bieden op de stijgende individualisering.
- b) **Professionalisering** binnen dienstverlening en infrastructuur, via een **flexibel** organisatiemodel (type leiderschap, flexibel inzetten van medewerkers, competenties,...) dat aanleunt bij de ideeën van geïntegreerde zorg, een doorgedreven buurtgerichte werking, ontschotting,... Bovendien kan dergelijke flexibiliteit ook bijdragen tot het imago van een aantrekkelijke werkgever; in onderdeel 3.2.4. wordt namelijk aangegeven dat dergelijk organisatiemodel kan bijdragen tot een betere werkervaring.

Volgende elementen kunnen een leidraad bieden voor een geschikt organisatiemodel om te kunnen beantwoorden aan deze uitdagingen:

- **Stap weg van klassieke structuren:** Heel wat zorg- en welzijnsorganisaties zitten vastgeroest in klassieke organisatiestructuren. Toch moeten we rekening houden met veel hogere verwachtingen rond flexibiliteit, snelheid, innovatie, multidisciplinaire samenwerking en cultuurintegratie.
 - **Beweeg richting flexibele, purpose-driven organisaties:** We moeten niet zoeken naar dé perfecte structuur, maar wel verschillende samenwerkingsvormen trachten te creëren binnen de organisatie.
 - **Integreer goed geleide vergader- en beslissingsprocessen** zijn mede bepalend in de wendbaarheid van een organisatie.
 - **Streef naar coachend en verbindend leiderschap** is vereist binnen een kader van multidisciplinair en flexibel samenwerken.
- c) **Het monitoren van noden, capteren van inzichten en onderzoek en verankeren van populatiemanagement:** Het bijhouden of regelmatig nagaan van cijfers van de eigen dienstverlening, maar ook van de omgeving (zoals gebeurde in de omgevingsanalyse) laat toe bepaalde trends waar te nemen in de historische data. Via de flexibele en wendbare structuren, kan Zorgpunt Waasland deze inzichten vervolgens gebruiken om sneller te reageren op trends en/of uitdagingen, maar ook strategische keuzes cijfermatig onderbouwen en/of aftoetsen. (Raeymaekers, Balthazar, & Denier, 2020)

6) Warme werkgever

Het personeel in de zorgsector staat onder grote druk en scoort dan ook laag op de werkbaarheidsschaal. Gezien de stijgende competitie en vergrijzing binnen deze arbeidsmarkt staan zorgorganisaties voor een grote uitdaging om kwalitatief en voldoende personeel aan te trekken. Hierin zien we dan ook het belang van een sterk imago als aantrekkelijke werkgever om enerzijds voldoende instroom te genereren en anderzijds het huidig personeelsbestand blijvend te motiveren. We verwijzen hiertoe naar onderdeel 2.4.6 waar verschillende aanbevelingen worden aangereikt in kader van personeelstekorten.

We leren dat de werknemers van ZPW nog verder op zoek zijn naar een gestroomlijnde interne werking en communicatie, en meer wendbaarheid zodat er vlotter en innovatiever ingespeeld kan worden op nieuwe trends. Ook was er de wens voor een meer 'bottom-up' werking met ruimte voor meer (kleinschalige) initiatieven of projecten die vanuit de werknemers starten.

We raden dan ook aan om verder te bouwen aan een **sterk personeelsbeleid** en te investeren in het zijn van een **warme of aantrekkelijke werkgever**. Sociaal kapitaal is en blijft een cruciale factor voor een performante en kwalitatieve organisatie.

Zoals reeds eerder vermeld, omvat een warme organisatie en aantrekkelijke werkgever ook het zoeken naar een goede balans tussen de noden van de cliënten enerzijds, en de behoeften van de werknemers anderzijds.

7) Maatschappelijk verantwoord ondernemen

De vele trends en verschuivingen in het huidige zorglandschap zetten de sector onder druk wat betreft regelgeving, financiering en personeel. Tegelijk is er omwille van deze trends nood aan een innovatieve blik en initiatieven die zorg op een andere manier kunnen inrichten. Bovendien blijft er onzekerheid over de effectieve implementatie van toekomstig beleid of regelgeving: zo wordt er geanticiperd op het invoeren van persoonsvolgende financiering binnen de ouderenzorg door zich meer te profileren op de markt, maar tegelijk is de effectieve tijdslijn van deze beslissingen onduidelijk.

Zorgactoren gaan dus ook op zoek naar andere financieringsbronnen en manieren om zich te profileren in de markt. In dit kader, raden we aan om in te zetten op sociaal ondernemerschap. Dit wordt gedefinieerd als innovatieve, sociale waarde creërende activiteiten die plaatsvinden in verschillende omgevingen: zowel in niet-winstgedreven als in winstgedreven omgevingen. Een sociale onderneming wil boven alles aan een maatschappelijke uitdaging werken en zo 'maatschappelijke winst' genereren. Dit doet ze door op een ondernemende, marktgerichte wijze (m.a.w. door het genereren van eigen inkomsten en zelfvoorzienend te zijn) bij het aanpakken van een sociaal probleem of een sociale behoefte. (MVO Vlaanderen, 2021)

Om dit na te streven, zetten we drie elementen in de kijker:

- Duidelijke positionering van de zorg- en dienstverlening binnen de regio, rekening houdend met wat huidige en toekomstige doelgroepen aanspreekt (bv. voorkeur naar ouderen in regie)
- Het exploreren en aanspreken van subsidiestromen en bijkomende inkomstenbronnen (bv. projectsubsidie via [Koning Boudewijn Stichting](#), ESF,...)
- Het aanhouden van een open blik voor proeftuinen of proefprojecten, zoals innovatieve woonvormen en samenwerkingen. Bijvoorbeeld: een meer flexibele invulling van woonzorgcentra zoals kleinschalige wooninitiatieven. Op deze manier kan men nog steeds beroep doen op de financiering die gebonden is aan erkende woonzorgcentra, maar legt men ook een brug naar de toekomst.

Bovendien werd vanuit de omgevingsanalyse werd ook duidelijk dat dergelijke innovatieve blik op zorg en ondersteuning voor verschillende doelgroepen ook nodig zal zijn. Dit werd opnieuw bevestigd in een recente publicatie van de Koning Boudewijn Stichting '[Kiezen moet kunnen. Ook voor ouderen.](#)' Hierin duidt met het belang van de woonzorgomgeving van de toekomst en lanceert men een 'call to action' om hier verder aan te bouwen.

Naast sociaal ondernemerschap, vormt ook duurzaamheid een belangrijke pijler in de interne werking. Hiertoe wil Zorgpunt Waasland ook op inzetten via verschillende initiatieven. Samen met sociaal ondernemerschap zou men dit kunnen onderbrengen onder de term 'maatschappelijk verantwoord ondernemen'.

8) Samenwerking

Om te overleven in de toekomstige context stellen we vast dat het belangrijk zal zijn om een rol op te nemen binnen **samenwerkingen en netwerken**, zowel binnen de zorgsector als daarbuiten. Dit is een rol die Zorgpunt Waasland ook vandaag reeds opneemt en die verder versterkt kan worden.

In een eerste plaats, kan samenwerking via het realiseren van **schaalvoordelen** de slagkracht en efficiëntie van organisaties verhogen zodat er een blijvende focus op kwaliteitsvolle zorg gegarandeerd wordt. Bovendien hoeft dit het aspect van kleinschalige zorg niet te ondermijnen. Zoals reeds vermeld: een organisatie kan grootschalig zijn in 'back-office' en kleinschalig in de zorgverlening. Op deze manier kunnen samenwerkingen als **buffer** dienen voor de uitdagingen

(rond beleid, financiële beslissingen en krapte op de arbeidsmarkt) en laten ze toe om **kennis, personeel en expertise te delen** om de zorg(organisatie) naar een hoger niveau te tillen.

In een tweede plaats, zal men samenwerkingen nodig hebben om een visie van **geïntegreerde zorg** na te streven. Zonder alle ondersteuning en zorg zelf aan te bieden, kan Zorgpunt Waasland optreden als een verbindende entiteit tussen organisaties in het zorglandschap. Zo is Zorgpunt Waasland ook uniek geplaatst om de zorgvrager – in samenspraak – **begeleiden** naar een zeer ruim en nabij zorgcontinuüm.

Tot slot, kunnen samenwerkingen ook de zoekregio naar **potentiële werknemers** verruimen. Werkzoekenden kunnen via meer en meer gediversifieerde kanalen op Zorgpunt Waasland stoten en bovendien kan de profilering als een sterke partner in een geïntegreerd zorgverhaal ook een wervende boodschap zijn – die veel mogelijkheden biedt – voor potentiële werknemers.

Zoals reeds aan bod kwam in deze aanbevelingen, dient ZPW zich hierbij de vraag te stellen welke diensten het zelf wil aanbieden, in welke zaken het zich wil **specialiseren** om zich te **differentiëren** in het zorglandschap en welke zaken binnen samenwerkingen opgenomen kunnen worden.

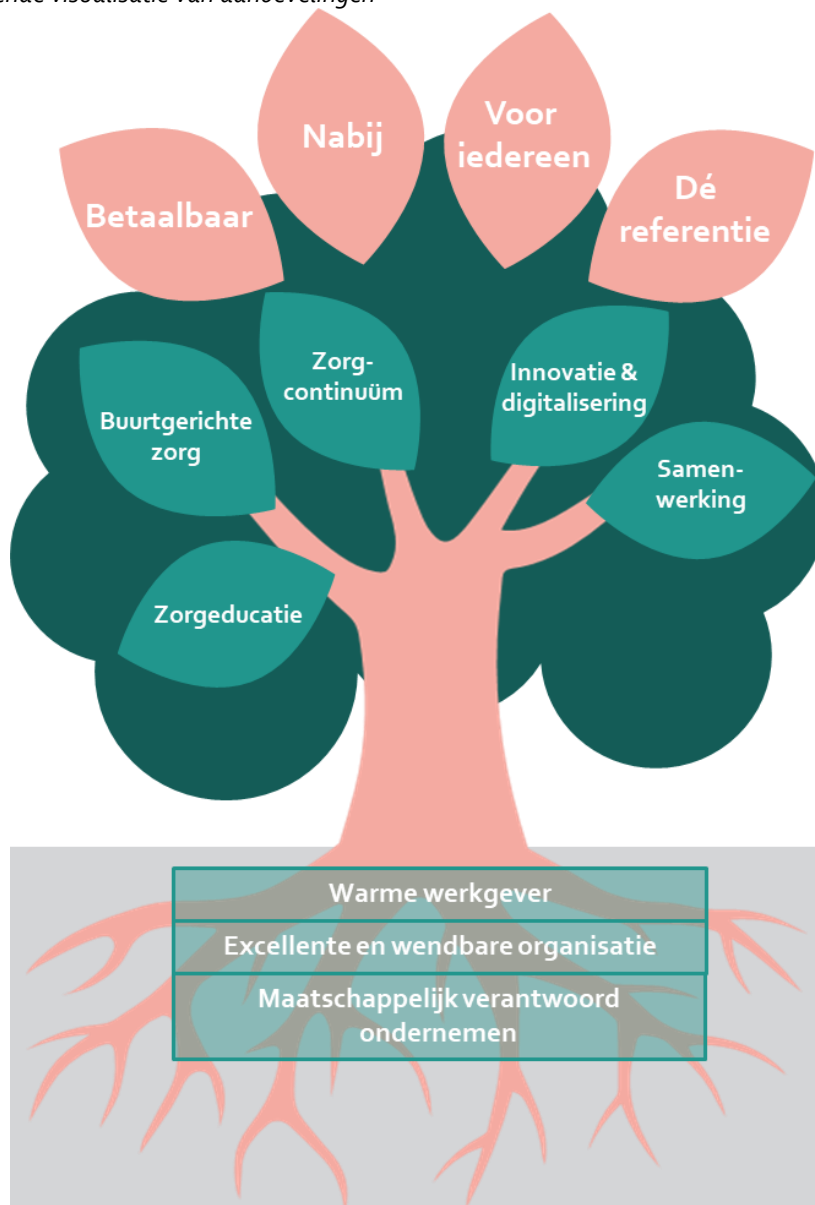
9. STRATEGISCHE DOELSTELLINGEN

De aanbevelingen uit het voorgaande hoofdstuk worden visueel samengebracht in onderstaande figuur. De wortels geven de zorgstrategische pistes voor de interne organisatie aan: zoals de alternatieve SWOT en verkennende gesprekken ook suggereerden, dient de interne organisatie een sterke fundering te vormen om de kwalitatieve dienstverlening verder te zetten. De boom wordt verder bevolkt door de verschillende pistes die zich richten op de dienstverlening aan cliënten en gebruikers, alsook op de partners binnen (en buiten) het zorglandschap.

Al deze aanbevelingen connecteren met of dragen bij tot het verstrekken van **nabije en betaalbare zorg voor iedereen** die ze nodig heeft en het zijn van **dé referentie** als het gaat om zorg voor mens en maatschappij.

Op basis van enkele strategische denkmomenten met de project- en stuurgroep van deze zorgstrategische studie werden reeds strategische doelstellingen geformuleerd. Deze nemen de resultaten van de omgevingsanalyse, online bevraging, focusgroepen en strategische denkmomenten in acht.

Figuur 77. Samenvattende visualisatie van aanbevelingen



SD 1. Zorgpunt Waasland neemt een actieve rol op in het verstrekken van zorgeducatie zodat elke inwoner weet waar ze terecht kunnen met zijn/haar zorg- of ondersteuningsvraag.

BD 1.1. Via opleidingen voor ons personeel, versterken we hun kennis over de beschikbare dienstverlening in het (lokale) zorg- en welzijnslandschap zodat zij cliënten hierover voldoende kunnen informeren.

BD 1.2. Via maximale samenwerking met de lokale besturen en eerstelijnszones geven we concrete invulling en toepassing aan het verstrekken van zorgeducatie (bv. informatie bundelen, afspraken rond doorverwijzing,...)

BD 1.3. We voorzien een laagdrempelig meldpunt voor alle vragen van burgers omtrent de regio-gebonden dienstverlening.

BD 1.4. We informeren maximaal de burgers over het belang van preventie, via het inzetten van de eigen expertise en deze van samenwerkingspartners (bv. Logo's).

SD 2. Zorgpunt Waasland vertaalt buurtgerichte zorg naar een concrete visie en past deze toe, in een coördinerende en/of uitvoerende rol, zodat inwoners zo lang mogelijk actief en kwalitatief in hun vertrouwde omgeving kunnen wonen.

BD 2.1. We exploreren en werken concrete buurtgerichte initiatieven uit, binnen de eigen dienstverlening of in samenwerking met lokale (zorg)actoren en lokale besturen (bv. woningaanpassingen, mobiliteit, ergotherapie aan huis, ...).

BD 2.2. Met lokale dienstencentra als initiële ankerpunten, organiseren we laagdrempelige toegangspoorten in onze infrastructuur om van daaruit buurtgericht te werken.

BD 2.3. Via onze eigen zorgverstrekkers die actief zijn in de buurt en in de thuisomgeving van de cliënt, capteren we signalen om een antwoord te bieden op hun evoluerende zorg- of ondersteuningsnoden.

BD 2.4. We bieden ook ondersteuning aan mantelzorgers, zowel via de eigen zorgverstrekkers en via maximale samenwerking met lokale actoren en mantelzorgverenigingen.

BD 2.5. Vanuit de buurtgerichte zorg houden we de vinger aan de pols door signalen te capteren in de buurt om specifieke doelgroepen en/of dienstverleningstypes te exploreren.

SD 3. Zorgpunt Waasland is de referentie voor betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle dienstverlening in de regio, en dit vanaf de eerste tot de laatste hulp- en zorgvraag.

BD 3.1. We organiseren ons zorgaanbod zodat er een naadloze overgang bestaat tussen buurtgerichte, ambulante en residentiële dienstverlening.

BD 3.2. We voorzien kwaliteitsvolle buurtgerichte dienstverlening, op maat van de doelgroepen, en evalueren deze in functie van evoluerende noden en behoeften.

BD 3.3. We voorzien kwaliteitsvolle ambulante dienstverlening, op maat van de doelgroepen, en evalueren deze in functie van evoluerende noden en behoeften.

BD 3.4. We voorzien kwaliteitsvolle residentiële dienstverlening, inclusief aangepaste woonvormen, op maat van de doelgroepen, en evalueren deze in functie van evoluerende noden en behoeften.

SD 4. Zorgpunt Waasland zet in op innovatie en digitalisering, zonder het warme en menselijke aspect uit het oog te verliezen.

BD 4.1. We onderzoeken continu toepassingen en concepten rond innovatie en digitalisering die op de markt zijn om de kwaliteit van zorg maximaal te ondersteunen.

BD 4.2. We werken innovatieve dienstverleningsconcepten uit en passen ze toe in functie van de noden en behoeften van de doelgroepen.

BD 4.3. We investeren in ons personeel om met toepassingen en mogelijkheden rond innovatie en digitalisering om te kunnen gaan en te kunnen gebruiken in de dagelijkse werking.

BD 4.4. We ondersteunen cliënten bij de digitale transformatie, mede in samenwerking met de lokale besturen.

BD 4.5. We exploreren eveneens toepassingen en concepten rond innovatie en digitalisering die het personeel kunnen ondersteunen (bv. administratieve vereenvoudiging).

SD 5. Zorgpunt Waasland is een warme werkgever en is zo gekend bij huidige en (potentieel) toekomstige medewerkers.

BD 5.1. Onze medewerkers zijn enthousiaste ambassadeurs van Zorgpunt Waasland die onze missie, visie en waarden uitdragen.

BD 5.2. We investeren in ons personeel, betrekken hen, motiveren en ondersteunen hen om hun eigen traject in handen te nemen en om hun talenten in te zetten.

BD 5.3. We onderzoeken samenwerkingen in de regio om zo een betere verbinding te creëren met (potentieel) toekomstige medewerkers.

BD 5.4. We zijn een warme en solidaire organisatie die enerzijds een goede 'work-life' balans nastreeft bij onze medewerkers en anderzijds een balans tussen de noden van de cliënt en deze van onze medewerkers.

SD 6. Zorgpunt Waasland is een excellente en wendbare organisatie die instaat voor continue verbetering en interne performantie.

BD 6.1. We voorzien een gestroomlijnde interne werking met transparante en efficiënte beslissingsstromen.

BD 6.2. We vormen intern één geheel, met vlotte onderlinge communicatiestromen en frequente interne informatie overdracht doorheen onze deelwerkingen.

BD 6.3. We rapporteren en monitoren noden en behoeften in de regio op verschillende niveaus en evalueren onze interne en externe werking continu in functie van deze trends.

BD 6.4. We organiseren ons als een flexibele, wendbare organisatie en laten onze systemen en processen mee evolueren om snel in te spelen op trends en maatschappelijke noden.

SD 7. Zorgpunt Waasland profileert zich als maatschappelijk verantwoord ondernemer.

BD 7.1. We zijn via initiatieven van sociaal ondernemerschap toegankelijk voor doelgroepen in (financieel) kwetsbare situaties.

BD 7.2. We houden een open blik voor proefprojecten en volgen deze op, met oog op de (evoluerende) noden en behoeften van onze doelgroepen.

BD 7.3. We exploreren mogelijke subsidiestromen en alternatieve inkomstenbronnen en spreken deze ook actief aan.

BD 7.4. We verlenen kansen in kader van alternatieve tewerkstellings- en opleidingsvormen in de regio.

BD 7.5. We voeren een duurzaamheidsbeleid dat actief bijdraagt aan een klimaatneutrale toekomst.

SD 8. Zorgpunt Waasland positioneert zich in samenwerkingsverbanden als sterke zorgpartner en is zo een bepalende schakel in het regionaal zorglandschap.

BD 8.1. We bouwen actief relaties uit met actoren in het zorg- en welzijnslandschap via regelmatig contact en ontmoetingen om een duurzaam netwerk te hebben.

BD 8.2. We werken samen met complementaire, gelijkgestemde partners – gedreven door dezelfde waarden – en zoeken hoe we elkaar kunnen versterken zonder onze lokale eigenheid te verliezen.

BD 8.3. Via samenwerkingsinitiatieven vullen we de eigen dienstverlening aan zodat dit enerzijds het volledige zorgcontinuüm beslaat en anderzijds laagdrempelig en grondgebieddekkend is.

BD 8.4. Vanuit een perspectief van openbare dienstverlening, nemen we een trekkersrol op om in samenspraak met de cliënt te kunnen (door)verwijzen naar diverse facetten van dienstverlening binnen het zorg- en welzijnslandschap.

REFERENTIES

- (2016). Opgehaald van Jongdementie onder de loep:
https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2016_jongdementie-brochure-2016.pdf
- (2022). Opgehaald van Gezond Ouder Worden: <https://www.gezondleven.be/projecten/gezond-ouder-worden>
- (2022). Opgehaald van De Sociale Kaart: <https://www.desocialekaart.be/>
- (2022). Opgehaald van VAPH; De Sociale Kaart; Zorgwijs: www.VAPH.be;
www.desocialekaart.be;<https://www.zorgwijs.be/>
- (2022). Opgehaald van Jongdementie.info; alzheimerliga.be; eerstelijnszone.be: Home (jongdementie.info);
Alzheimer Liga Vlaanderen vzw; Home - Eerstelijnszone
- Aeyels, D. (2021). *Radicaal hertekenen van zorgberoepen - Pistes om personeelstekort in welzijn & zorg op te lossen*.
VOKA Health Community.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (sd). <https://www.zorg-en-gezondheid.be/>.
- Alzheimer Europe. (2018). Opgehaald van <https://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia>.
- Artsen Zonder Grenzen. (2020). *Overgelaten aan hun lot: De ervaring van Artsen Zonder Grenzen in de woonzorgcentra tijdens de Covid-19-epidemie in België*.
- Belgian Ageing Studies. (sd). Opgehaald van <http://www.belgianageingstudies.be/>.
- CM. (2019). Herstelverblijven luiden alarmbel. pp. <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2019/herstelverblijven-luiden-alarmbel>. Opgehaald van <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2019/herstelverblijven-luiden-alarmbel>
- Coomans, K. (2010). *Op zoek naar een toekomst voor grootschalige rust- en verzorgingstehuizen: theoretische studie en ontwerpend onderzoek*. KU Leuven.
- Cuyvers, G., & Kavs, J. (2001). *De huidige en toekomstige behoeften van allochtone ouderen aan welzijns- en gezondheidsvoorzieningen*. Geel: Katholieke Hogeschool Kempen, Departement Sociaal Werk.
- De Klerck, W., Boey, R., Djait, F., Gonzalez-Garibay, M., Jacobs, M., & Raymenants, J. (2015). *De Vlaamse arbeidsmarkt na 2020: Analyse door de studiedienst van het Departement WSE*. Brussel: Departement Werk en Sociale Economie.
- Degadt, P. (2017). *Sociaal ondernemen 2.0*. Opgehaald van Zorgwijzer Magazine:
<https://zorgwijzermagazine.be/ouderenzorg/sociaal-ondernemerschap-2-0/>
- Dementia Village Associates. (sd). *The Hogeweyk*. Opgehaald van <http://hogeweyk.dementiavillage.com/>
- e-Gezondheid. (2019). *Portaal van diensten eGezondheid*. Opgehaald van Roadmap 3.0:
<https://www.ehealth.fgov.be/nl/egezondheid/roadmap-30>
- Enter Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid; Vlaamse Overheid. (2009). *Ontwerpgids Meegroeiwonen*. Hasselt: Enter vzw.
- Eurostat. (sd). Opgehaald van <https://ec.europa.eu/eurostat>.
- Expertisecentrum Dementie Vlaanderen. (2018). Opgehaald van <https://www.dementie.be/>.
- Gemeente- en Stadsmonitor. (2021). Opgehaald van <https://gemeente-stadsmonitor.vlaanderen.be/>.

- Gemeente Tervuren. (2021). *Maandelijks informatieblad*. Opgehaald van <https://www.tervuren.be/sites/default/files/page/infoblad%20oktober%202021.pdf>
- George, Caroline; Fraenkel, Cassandre. (2019). *Colofon Barometer van de Digitale Inclusie*.
- Gezond België. (2021). *Preventieve zorg*. Opgehaald van Gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/preventieve-zorg>
- Hendriks, S., Peetoom, K., Bakker, C., van der Flier, W., Pappa, J., Koopmans, R., & Verhey, F. (2021). Global Prevalence of Young-Onset Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol.*, 17(9):1080-1090.
- Hyndman, R., & Athanasopoulos, G. (2018). *Forecasting Principles and Practice*. OTexts.
- IMA-AIM. (2021). *Databank*. Opgehaald van <https://atlas.ima-aim.be/databanken/?rw=1&lang=nl>
- IMEC. (2020). *Digi Meter 2020. Digitale trends in Vlaanderen*.
- ING. (2018). *Woonzorgcentra: Trends en indicatoren*. Opgehaald van <https://www.ing.be/nl/business/my-business/daily-management/probis-studie>.
- ING. (2019). *De zorgcentrale: innovatieve thuiszorg vanop afstand*. Opgehaald van ING: <https://www.ing.be/nl/business/my-business/innovation/happy-aging-care-centre>
- ING Economics Department. (2019). *Elderly care and housing demand in the EU*.
- Janssens, A. (2003). *Hoe elkaar de hand reiken? De zoekende interactie tussen allochtone ouderen en het zorgaanbod in de stad Antwerpen*. Steunpunt gelijkekansenbeleid.
- KCE. (2011). *Rapport 167A: Toekomstige Behoeftes Aan Residentiële Ouderenzorg in België: Projecties 2011-2025*.
- KCE. (2020). *Report 334: Health System Performance Assessment : How Equitable Is the Belgian Health System?*
- Kenniscentrum WWZ. (2019). *Meegroeiwoningen*. Opgehaald van Kenniscentrum WWZ: <https://www.kenniscentrumwwz.be/meegroeiwoningen>
- Kenniscentrum WWZ. (2019). *Wonen met ondersteuning*. Opgehaald van Kenniscentrum WWZ: <https://www.kenniscentrumwwz.be/wonen-met-ondersteuning>
- Kenniscentrum WWZ. (2019). *Woonzorgzone*. Opgehaald van Kenniscentrum WWZ: <https://www.kenniscentrumwwz.be/lexicon/woonzorgzone>
- Koning Boudewijnstichting. (2019). *Het vrijwilligerswerk in België 2019 – Kerncijfers*. Opgehaald van <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2020/Le-volontariat-en-Belgique>
- Koning Boudewijnstichting. (2020). *Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen – opvolgmeting 2020*. Opgehaald van *Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen – opvolgmeting 2020*.
- Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten. (2020). *Bewoners van woonzorgcentra*. Opgehaald van <https://corporate.devoorzorg-bondmoyson.be/wp-content/uploads/2020/06/Persbericht-Profiel-bewoner-woonzorgcentrum-24.06.2020.pdf>
- Nies, H., Herps, M., Vreeken, E., Wijk, E. v., Zonneveld, N., & Spierenburg, M. (2019). *Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië: op zoek naar nieuwe bronnen voor duurzame vernieuwing*. Utrecht: Vilans. Opgehaald van https://www.tweedekamer.nl/sites/default/files/atoms/files/printversie_rapport_sandinavie_april_2019.pdf
- Nomade Architectes. (2014). *St. Brieuc's Elderly Establishment*. Opgehaald van <https://architizer.com/projects/st-brieuc-s-elderly-establishment/>

- OECD. (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. OECD Health Policy Studies.
- Onafhankelijk Ziekenfonds. (2021). *Zorgverblijven en herstelorden*. Opgehaald van <https://www.oz.be/gezondheid/oz-voordelenpakket/gezondheid/zorgverblijven>
- Osman Andersen, T., Kanstrup, A. M., & Yndigegn, S. L. (2018). Three Living Labs in Denmark: challenges with co-design and implementation of Health IT. *Proceedings from The 16th Scandinavian Conference on Health Informatics 2018 Aalborg*.
- Provincie In Cijfers. (2021). Opgehaald van <https://provincies.incijfers.be/databank>.
- Provincie In Cijfers. (2022). Opgehaald van <https://provincies.incijfers.be/databank>.
- Raeymaekers, P., Balthazar, T., & Denier, Y. (2020). *Big data in de gezondheidszorg*. Brussel: Zorgnet-Icuro.
- Schokaert, I., Morissens, A., Cincinnato, S., & Nicaise, I. (2012). *Armoede tussen de plooiën: aanvullingen en correcties op EU-SILC voor verborgen groepen armen*. Leuven: HIVA-KU Leuven.
- Sels, L., Vansteenkiste, S., & Knipprath, H. (2017). *Toekomstverkenningen arbeidsmarkt 2050*. Leuven: Steunpunt Werk, HIVA - KU Leuven.
- Seniorenresidenties Nederland. (sd). *Van Ommerenpark*. Opgehaald van <https://www.vanommerenpark.nl/>
- SERV. (2019). *Werkbaarheidsprofiel Zorg- en Welzijnssector*. Opgehaald van <https://www.serv.be/stichting/publicatie/werkbaarheidsprofiel-zorg-en-welzijnssector-2019>.
- Sociaal.net. (2016). *Het personenalarm wordt slimmer*. Opgehaald van Sociaal.net: <https://sociaal.net/achtergrond/personenalarm-wordt-slimmer/>
- Sociale Economie. (sd). Opgehaald van <https://www.socialeconomie.be/kansengroepen-kunnen-ook-de-zorg-personeelstekort-opvangen>.
- Statbel. (2020). *Meer dan 700.000 werkenden actief in de zorg*. Opgehaald van statbel: <https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/meer-dan-700000-werkenden-actief-de-zorg>
- Talloon, D., Verstraete, J., & Chech, J. (2011). *Allochtone ouderen, senioren van bij ons. Lessen uit de praktijk. Overzicht van 22 projecten die een brug slaan tussen ouderen met een migratieachtergrond en de bestaande dienstverlening*. Koning Boudewijnstichting.
- van der Schot, A., Prins, M., Hartstra, E., van Erp, J., Stobbe, E., Overbeek, A., & van der Roest, H. (2020). *Monitor Woonvormen Dementie: Trends in de verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Utrecht: Trimbos Instituut. Opgehaald van <https://www.trimbos.nl/docs/af374252-1036-4d14-8ded-506c16701084.pdf>
- Van Doninck, J. (2020). *(On)beperkt (t)huis. Aspecten die bijdragen tot het welbevinden van personen met een licht mentale beperking in kleinschalige woonvormen*. UHasselt. Opgehaald van https://www.scriptiebank.be/sites/default/files/thesis/2020-10/Masterscriptie_Jill%20Van%20Doninck_met%20cover.pdf
- Van Hauwaert, E. (2017). Ouderenmis(be)handeling: ongezien en ongehoord. *Geron*, 19, 56–59. doi:<https://doi.org/10.1007/s40718-017-0077-7>
- Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG). (2018). *Decreet Lokaal Sociaal Beleid*. Opgehaald van <https://www.vvsg.be/kennisitem/vvsg/wat-is-lokaal-sociaal-beleid>
- Vermeulen, B., Daems, A., Hermans, K., Spruytte, N., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2020). *Schatting van prevalentie en incidentie van dementie in België en scenario's voor de toekomst*. Opgehaald van https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2020_prevalentie_dementie.
- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2022). Opgehaald van <https://www.vaph.be/>.

- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2018). *Actieplan 4.0: werk maken van werk in de zorg*. Opgehaald van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/actieplan-40-werk-maken-van-werk-in-de-zorg>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2019). *Woonzorgdecreet en uitvoeringsbesluiten*. Opgehaald van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/woonzorgdecreet-en-uitvoeringsbesluiten>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021). *Beleid Overzicht*. Opgehaald van Zorg en gezondheid: <https://zorg-en-gezondheid.be/beleid-overzicht>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2021). *Vesta*. Opgehaald van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vesta>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2022). *FAQ BelRAI*. Opgehaald van Zorg en Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/faq-belrai>
- Vlaams Parlement. (2019). *Ontwerp van decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders*. Brussel.
- Vlaams Steunpunt Vrijwilligerswerk. (sd). Opgehaald van <https://www.vlaanderen.vrijwilligt.be/ouderen/>
- Vlaamse Ouderenraad. (2015). *Beleidsplan Vlaamse Ouderenraad*.
- Vlaamse Ouderenraad. (2015). *Standpunt over woonzorgzones als concept*. Opgehaald van <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/sites/default/files/downloads/2018-05/Standpunt%202015-1%20woonzorgzones%20DEF.pdf>
- Vlaamse Overheid. (2019). *Naar een gezond België: Geestelijke gezondheidszorg*. Opgehaald van Gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/geestelijke>
- Vlaamse Overheid. (2022). *Gemeenschappelijk wonen en nieuwe woonvormen*. Opgehaald van [vlaanderen.be: https://www.vlaanderen.be/gemeenschappelijk-wonen-en-nieuwe-woonvormen](https://www.vlaanderen.be/gemeenschappelijk-wonen-en-nieuwe-woonvormen)
- Vlaamse Overheid. (2022). *Rechtstreeks Toegankelijke Hulp voor personen met een handicap*. Opgehaald van [vlaanderen.be: https://www.vlaanderen.be/rechtstreeks-toegankelijke-hulp-rth-voor-personen-met-een-handicap](https://www.vlaanderen.be/rechtstreeks-toegankelijke-hulp-rth-voor-personen-met-een-handicap)
- Vlaamse Overheid. (2022). *Zorgwonen*. Opgehaald van [vlaanderen.be: https://www.vlaanderen.be/zorgwonen](https://www.vlaanderen.be/zorgwonen)
- Vlaamse Sociale Bescherming. (sd). *Het Zorgbudget*. Opgehaald van <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/het-zorgbudget>
- Vliet, O. P., van Been, J., & Goudswaard, K. P. (2011). *Pensioenhervormingen, inkomensongelijkheid en armoede onder ouderen internationaal vergeleken*. *Tpedigitaal*, 5(2), 5-19.
- Vrije Universiteit Brussel, Universiteit Maastricht, Hogeschool Gent. (2011).
- Wonen en Vlaanderen. (2014). *Proefomgeving experimentele woonvormen*. Opgehaald van <https://www.wonenvlaanderen.be/nieuws/proefomgeving-experimentele-woonvormen>
- Zorgnet-Icuro. (2020). *Betere zorg door werkbaar werk*. Opgehaald van <https://zorgwijzermagazine.be/ouderenzorg/betere-zorg-door-werkbaar-werk/>
- Zorgnet-Icuro. (2020). *Woonzorgcentra in Vlaanderen*. Opgehaald van [https://www.integrozorg.eu/files/integrozorg/Woonzorgcentra%20in%20Vlaanderen%20\(1\)-samengevoegd.pdf](https://www.integrozorg.eu/files/integrozorg/Woonzorgcentra%20in%20Vlaanderen%20(1)-samengevoegd.pdf).
- Zorgnet-Icuro. (2021). *Meer flexibele personeelsinzet mogelijk in de ouderenzorg*. Opgehaald van <https://www.zorgneticuro.be/nieuws/meer-flexibele-personeelsinzet-mogelijk-de-ouderenzorg>

Zorgnet-Icuro. (2022). *Arbeidsmigratie als antwoord op personeelsschaarste*. Opgehaald van <https://www.zorgnet-icuro.be/nieuws/arbeidsmigratie-als-antwoord-op-personeelsschaarste-video-en-zorgwijzerartikel>



möbius
business consulting. profoundly different.