



Toegankelijkheidsbureau

VZW TOEGANKELIJKHEIDSBUREAU

- Belgiëplein 1 – 3510 Hasselt-Kermt
- Tel. 011/87 41 38 - Fax 011/87 41 39
- www.toegankelijkheidsbureau.be
- info@toegankelijkheidsbureau.be

Zorgvakanties in Vlaanderen

*Onderzoek naar de mogelijkheden en beperkingen
voor de (verdere) uitbouw van zorgvakanties in
Vlaanderen*

*Auteur: Steven Vos, Coördinator onderzoek
Hasselt, 15 oktober 2007 (Eindversie)*

In opdracht van Toerisme Vlaanderen



toerisme
vlaanderen

Inhoud

INHOUD	2
DEEL 1: INLEIDING EN SITUERING VAN HET ONDERZOEK	5
Hoofdstuk 1: Situering van de onderzoeksopdracht	6
1. Het onderzoeksthema	6
1.1 Aanzet tot het onderzoek	6
1.2 Zorgvakanties	7
2. Doelstellingen van de onderzoeksopdracht	9
3. Onderzoeksmethode	9
3.1 Inleiding	9
3.2 Analyse van de vraagzijde	9
3.3 Analyse van de aanbodzijde	10
3.4 De situatie in Nederland	10
4. Opbouw van het onderzoeksrapport	10
5. Tot slot	11
DEEL 2: VRAAG NAAR VAKANTIES MET ZORG	12
Hoofdstuk 2: Bcijfering van de doelgroep	13
1. Kenmerken van de doelgroep	13
1.1 Zorgbehoefte	13
1.2 Leeftijd	14
1.3 Reisgedrag	14
1.4 Andere	15
2. Bcijfering van de doelgroep	15
2.1 Databronnen	15
2.2 Personen met een handicap en ouderen	16
2.3 Omvang van de doelgroep voor zorgvakanties in Vlaanderen	19
3. Tot slot	25
Hoofdstuk 3: Bevraging van de vraagzijde	27
1. Methode en opzet van het onderzoek	27
1.1 Doelstellingen van de bevraging	27
1.2 Dataverzameling	27
2. Kenmerken van de deelnemers	30
2.1 Achtergrond van de respondenten	30
2.2 Aard van de handicap	30
2.3 Leeftijd	31
2.5 Assistentie en hulpmiddelen	33
2.6 Samenvattend	34
3. Reisgedrag van personen met een beperking en ouderen	34
3.1 Frequentie en duur	34
3.2 Het reisgezelschap	35

3.3	Bestemming en verblijfsaccommodatie	36
3.4	Kostprijs	37
3.5	Samenvattend	38
4.	Zorg en dienstverlening	39
4.1	Noden en behoeften	39
4.2	Verwachtingen t.a.v. dienstverlening	44
4.3	Opvattingen over toegankelijk toerisme	44
4.4	Samenvattend	46
Hoofdstuk 4:	Focusgroep met reisorganisatoren	47
1.	De focusgroep als kwalitatieve methode	47
2.	Opzet van de focusgroep	48
2.1	De deelnemers	48
2.2	Verloop van de focusgroep	48
3.	Bevindingen	49
3.1	Aanbod en doelgroep	49
3.2	Vakanties	50
3.3	Knelpunten	53
3.4	De rol van de overheid	54
4.	Vaststellingen en conclusies	55
Hoofdstuk 5:	Een profiel van zorgvakanties	57
1.	Een specifiek doelpubliek	57
2.	Een profilering van zorgvakanties	57
DEEL 3:	AANBOD VAN VAKANTIES MET ZORG IN VLAANDEREN	60
Hoofdstuk 6:	Inventaris en samenstelling van het aanbod in Vlaanderen	61
1.	Basistoegankelijke verblijfsaccommodatie	61
1.1	Minimumscenario	61
1.2	Vlaams label Toegankelijk Toerisme	62
1.3	Becijfering	63
2.	Basistoegankelijk en zorgomkadering	64
3.	Aftoetsing vraag-aanbod	65
4.	Tot slot	66
Hoofdstuk 7:	Resultaten van de focusbespreking met de aanbodzijde	67
1.	Opzet van de focusgroep	67
1.1	De deelnemers	67
1.2	Verloop van de focusgroep	68
2.	Bevindingen	69
2.1	(Potentiële) doelgroep	69
2.2	Zorgvakanties	71
2.3	Voorwaarden en knelpunten voor zorgvakanties	74
2.4	Andere thema's	76
3.	Vaststellingen en conclusies	77

Hoofdstuk 8: Interviews met aanbieders van zorgvakanties	79
1. Opzet	79
1.1 Selectie van de gesprekspartners	79
1.2 Situering van de gesprekspartners	79
1.3 Semi-gestructureerde interviews	80
2. Bevindingen	81
2.1 De actuele werking van de centra - structuur	81
2.2 De actuele werking van de centra - aanbod	82
2.3 De toekomst	85
2.4 Verwachtingen t.a.v. Toerisme Vlaanderen	86
3. Vaststellingen en conclusies	86
DEEL 4: DE SITUATIE IN NEDERLAND: EEN VOORBEELD?	88
Hoofdstuk 9: Aanbod, organisatie en financiering van vakanties met zorg in Nederland	89
1. Samenstelling van het aanbod	89
1.1 Inleiding	89
1.2 Vakantiecentra en -voorzieningen	90
1.3 Zorghotel	91
2. Organisatie van zorg	93
3. Financiering van zorg	93
3.1 Financieringsstromen	93
3.2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	94
4. Praktijkvoorbeelden	95
4.1 Villa Pardoos	96
4.2 Zorghotel de Palatijn	97
4.3 Vakantiehôtel IJsselviêdt	98
5. Gelijkenissen en verschillen met Vlaanderen	99
6. Vaststellingen en conclusies	100
DEEL 5: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	102
Hoofdstuk 10: Conclusies en aanbevelingen	103
1.1 Inclusief waar het kan, categoriaal waar nodig	103
1.2 Het aanbod is vooral afgestemd op een ouder publiek dat in groep reist	105
1.3 Aanbod is beperkt, veelal eenzijdig en grootschalig	106
1.4 Een zorgvakantie kost geld	108
1.4 Een heterogeen publiek met uiteenlopende noden	108
1.5 Optimale benutting van de expertise en kennis van actieve zorgcentra	109
1.6 Zorgondersteuning op maat van individuele reizigers	109
1.7 Vrijwilligers maken het verschil	111
1.8 Vlaanderen staat internationaal nog niet op de markt	112
1.9 Een doordachte aanpak en verder overleg is vereist	112

DEEL 1: INLEIDING EN SITUERING VAN HET ONDERZOEK

Hoofdstuk 1: Situering van de onderzoeksoopdracht

In het najaar van 2006 gaf Toerisme Vlaanderen het Toegankelijkheidsbureau de opdracht om een onderzoek uit te voeren m.b.t. zorgvakanties. Meer specifiek wilde Toerisme Vlaanderen met dit onderzoek een zicht krijgen op het aanbod, de noden en perspectieven m.b.t. zorgvakanties in Vlaanderen.

Met het onderzoek wil Toerisme Vlaanderen een beter inzicht krijgen in de problematiek om van daaruit het beleid inzake zorgvakanties vorm te geven.

Het onderzoeksrapport dat een neerslag is van de verschillende onderzoeksactiviteiten m.b.t. zorgvakanties in Vlaanderen werd uitgewerkt in een vijftal delen.

In dit eerste deel van het onderzoeksrapport wordt het onderzoeksthema gesitueerd, worden de verschillende doelstellingen van de onderzoeksoopdracht opgelijst en worden de verschillende deelaspecten van het onderzoek toegelicht.

1. Het onderzoeksthema

1.1 Aanzet tot het onderzoek

1.1.1 Signalen uit de sector

Een aanzet voor dit onderzoek naar zorgvakanties werd onder andere gegeven door een aantal signalen die Toerisme Vlaanderen ontving van organisaties van en voor personen met een handicap. Zij stelden o.a. het volgende:

'Vlaanderen heeft weinig aanbod voor personen met een zware handicap of zorgnood die op vakantie willen gaan. Een gebrek aan voldoende infrastructuur, aan ondersteuning en assistentie ter plaatse en aan financiële draagkracht maakt dat deze mensen niet of nauwelijks op vakantie gaan'

In deze signalen werden al een aantal indicaties gegeven van de voorwaarden / knelpunten voor deze vorm van toerisme. In de volgende sectie (1.2) wordt getracht om tot een afbakening van het onderzoeksthema te komen.

1.1.2 Toegankelijkheidsbeleid van Toerisme Vlaanderen

In 2001 werkte Toerisme Vlaanderen een actieplan toegankelijkheid uit. Dit actieplan baseerde zich op de bevindingen van een tweetal onderzoeken van het Toegankelijkheidsbureau in opdracht van Toerisme Vlaanderen. Zo werd in 1999 de toegankelijkheid van 100 hotels in Vlaanderen onderzocht. De resultaten toonden een ongunstig beeld over de toegankelijkheid van deze hotels. Gelijkaardige doorlichtingen in andere logiesvormen toonden hetzelfde negatieve resultaat. In 2000

werden deze bevindingen verder geanalyseerd en werden zowel gebruikers als toeristische sector bevroegd. Uit de resultaten van de onderzoeken kwamen o.a. de ontoegankelijkheid van het toeristisch aanbod en het gebrek aan correcte en betrouwbare informatie voor gebruikers naar voor.

Het actieplan toegankelijkheid onderscheidt drie grote krachtlijnen:

- Financiële ondersteuning voor het verbeteren van de toegankelijkheid van de toeristische sector;
- Sensibilisatie en informatieverschaffing aan de toeristische sector;
- Verschaffen van betrouwbare informatie aan gebruikers.

Wat financiële ondersteuning betreft zijn er toegankelijkheidspremies die kunnen aangevraagd worden om hotels, kampeerterrinen, jeugdverblijven, sociale vakantiecentra, infokantoren en toeristisch recreatieve projecten toegankelijker te maken. De tweede krachtlijn 'sensibilisatie en informatieverschaffing' wordt ingevuld door o.a. het organiseren van informatiesessies, vormingen, de ontwikkeling van informatiefiches, ...

Last but not least voert Toerisme Vlaanderen een actief beleid m.b.t. het verschaffen van betrouwbare toegankelijkheidsinformatie aan gebruikers. Concrete initiatieven hieromtrent zijn o.a. de ontwikkeling van een label, ondersteuning van de databank Toegankelijk Vlaanderen en de uitbouw van het Infopunt Toegankelijk Reizen.

In haar actieplan richt Toerisme Vlaanderen zich voornamelijk naar personen met een handicap die in voldoende mate zelfredzaam zijn.

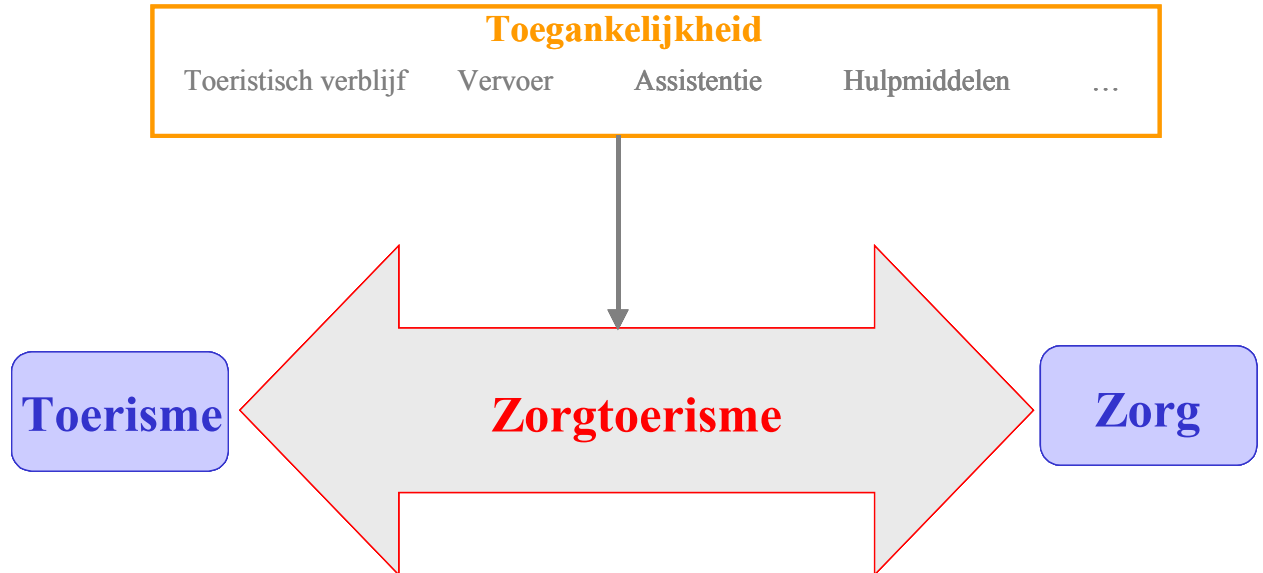
Dit impliceert dat personen met een handicap zoveel mogelijk gebruik moeten kunnen maken van het reguliere aanbod. Deze inclusieve benadering wordt duidelijk vooropgesteld. Anderzijds is duidelijk dat niet iedere persoon met een handicap kan gebruik maken van dit reguliere aanbod; o.a. omwille van de ernst of de aard van hun handicap, de nood aan ondersteuning of begeleiding, specifieke (paramedische) zorgverlening die nodig is, ...

Met dit onderzoek wil Toerisme Vlaanderen zich dan ook vooral richten naar deze groep van personen met een handicap voor wie het geen evidentie is om gebruik te maken van het reguliere toeristische aanbod. Op die manier kan het toerisme in Vlaanderen ook aantrekkelijk en haalbaar gemaakt worden voor hen die tijdens hun verblijf specifieke zorgen nodig hebben. Dit beantwoordt aan het principe inclusief waar het kan, categoriaal waar nodig.

1.2 Zorgvakanties

Het ontbreekt aan een algemene, eenduidige definitie voor het begrip zorgvakantie. Het begrip wordt dan ook vaak gebruik als een 'containerbegrip' dat een veelheid van betekenissen dekt: voor de ene persoon heeft het betrekking op de toegankelijkheid van verblijfsaccommodatie, voor een andere betekent het reizen met assistentie, voor anderen gaat om het voorzien van specifieke

paramedische ondersteuning, voor nog anderen gaat het om een combinatie van de voorgaande elementen, voor een andere groep ..., enz. Duidelijk is wel dat het om een breed continuüm gaat waarbij diverse aspecten en (rand)voorwaarden betrokken zijn. Onderstaand schema geeft dit grafisch weer.



Figuur 1.1 Zorgvakanties als een continuüm van toerisme en zorg.

Het ontbreken van een eenduidige definitie impliceert evenwel niet dat er in functie van de finaliteit, het doelpubliek en de aanbieders geen verklarend kader kan opgesteld worden.

Grosso modo wordt in functie van de finaliteit een onderscheid gemaakt tussen drie vormen van zorgvakanties:

- Focus op toerisme – zorg komt er toevallig bij kijken
- Focus op zorg in een toeristische omgeving (herstel)
- Focus op wellness

Daarnaast is het evident dat de noden en de behoeften van de vakantiegangers een belangrijke factor zijn. Voor een grote groep van personen met een beperking zal een toegankelijke infrastructuur en omgeving, al dan niet aangevuld met assistentie, een voldoende voorwaarde zijn om op vakantie te gaan. Anderzijds is er ook een aanzienlijke groep van personen met een beperking en ouderen die een specifieke, al dan niet programmeerbare, al dan niet complexe, zorgnood heeft op vakantie. In hoofdstuk twee wordt dieper ingegaan op de kenmerken en de samenstelling van het doelpubliek voor zorgvakanties.

Ook de keuze van de verblijfsaccommodatie en de gekozen reisformule (individueel vs. groep) kunnen een invulling geven aan het concept. Beide aspecten zijn vaak nauw met elkaar verbonden: zo zullen groepsreizen voor zorgbehoevenden vaak georganiseerd worden in vakantiecentra die over de nodige infrastructuur en omkadering beschikken. Anderzijds ontstaan er in Nederland bijvoorbeeld steeds meer zorghotels. Naast het

aanbieden van vakanties hebben zij ook een aanbod waarbij voor individuele personen vaak een tussenstap wordt aangeboden tussen een verblijf in een ziekenhuis en thuis.

In de verschillende delen van dit onderzoeksrapport zullen deze verschillende aspecten aan bod komen. Op die manier zal het onderzoek ook een belangrijke aanzet leveren voor de ontwikkeling van een werkbare definitie voor zorgvakanties in Vlaanderen.

2. Doelstellingen van de onderzoeksopdracht

Toerisme Vlaanderen wil via dit onderzoek een beter inzicht krijgen in de problematiek van 'zorgvakanties' om vandaar uit, indien nodig, haar toegankelijkheidsbeleid bij te sturen.

Concreet verschaft het onderzoek o.a. inzicht m.b.t.:

- De omvang van de potentiële doelgroep voor zorgvakanties in Vlaanderen.
- De noden en behoeften en wensen van de vraagzijde (meer specifiek: personen met een handicap, ouderen en hun verenigingen).
- De aanbieders van zorgvakanties in Vlaanderen.
- Hun aanbod en het kader waarbinnen zij werken.
- Hun verwachtingen en ideeën m.b.t. de mogelijkheden voor de implementatie van zorgvakanties in Vlaanderen.
- Een aantal goede Nederlandse initiatieven in dit domein.
- De structuur en regelgeving m.b.t. zorgvakanties in Nederland.
- ...

3. Onderzoeksmethode

3.1 Inleiding

Om tegemoet te kunnen komen aan de vooropgestelde doelstellingen werd een onderzoekskader uitgewerkt met een mix van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden.

3.2 Analyse van de vraagzijde

De omvang van het potentiële doelpubliek voor zorgvakanties in Vlaanderen werd becijferd op basis van beschikbare administratieve gegevens, statistieken en enquêtes in Vlaanderen en Europa.

Om een zicht te krijgen op de noden en behoeften van personen met een handicap en ouderen werd een bevraging georganiseerd bij individuele gebruikers en verenigingen en voorzieningen voor ouderen en personen met een handicap.

Er werd geopteerd voor twee online bevestigingen: één bevestiging voor individuele gebruikers en een andere voor voorzieningen en verenigingen voor ouderen en personen met een handicap.

Naast de noden en behoeften van gebruikers bij het reizen werd ook gepeild naar o.a. knelpunten, het reisgedrag, goede voorbeelden van toegankelijke reisbestemmingen, het gewenste aanbod, ...

3.3 Analyse van de aanbodzijde

Voor het beantwoorden van de verschillende onderzoeksvragen met betrekking tot het aanbod van accommodatie met een eigen zorgvoorziening in Vlaanderen en de potentiële zorgaanbieders in Vlaanderen werd informatie afkomstig van verschillende bronnen samengebracht. De kern van de informatie is gebaseerd op een focusgroep met beleidsmakers, aanbieders van zorg/herstelvakanties en organisaties van en voor personen met een handicap. Daarnaast werden er een aantal diepte-interviews afgenomen bij aanbieders van zorg- en of herstelvakanties. De interviews geven een beeld van de concrete praktijk van het organiseren van zorgvakanties. Deze gesprekken verliepen aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst, wat als voordeel heeft dat er ruimte geboden wordt om andere elementen toe te voegen aan het gesprek.

Ook werd een (beperkte) inventaris gemaakt van het aanbod in Vlaanderen

3.4 De situatie in Nederland

In de context van 'zorgvakanties' wordt herhaaldelijk verwezen naar een aantal goede voorbeelden van aanbieders van zorgvakanties in Nederland. Daarom werd er voor geopteerd om in het kader van deze onderzoeksopdracht de Nederlandse situatie m.b.t. zorgvakanties van naderbij te bekijken. Meer specifiek werd een globale analyse gemaakt van de principes, regelgeving en organisatie van zorgvakanties in Nederland.

De analyse gebeurde op basis van een prospectiebezoek¹, deskresearch en telefonische gesprekken met betrokkenen.

4. Opbouw van het onderzoeksrapport

Voorliggend onderzoeksrapport werd uitgewerkt in vijf delen:

- Deel 1: Inleiding en situering van het onderzoek
- Deel 2: De vraag naar vakanties met zorg
- Deel 3: Het aanbod van vakanties met zorg in Vlaanderen
- Deel 4: De situatie in Nederland: een voorbeeld?
- Deel 5: Conclusies en aanbevelingen

¹ Op 27 en 28 november 2006 bracht een Vlaamse delegatie onder leiding van Toerisme Vlaanderen een studiebezoek aan een drietal Nederlandse initiatieven.

In het eerste deel van het onderzoeksrapport wordt het onderzoek gesitueerd en wordt het onderzoeksopzet toegelicht. Deel 2 besteedt specifieke aandacht aan de vraag naar vakanties met zorg. Achtereenvolgens worden de resultaten van een inschattingsoefening naar de omvang van de potentiële doelgroep voor zorgvakanties in Vlaanderen toegelicht en worden de bevindingen op basis van de gebruikersbevragingen en de focusgroep bij reisorganisatoren neergeschreven.

In het derde deel van dit onderzoeksrapport wordt vervolgens een analyse van de aanbodzijde uitgewerkt. Dit deel geeft onder meer een inventaris van de aanbieders van zorgvakanties in Vlaanderen en brengt verslag uit van een focusgroep en een interviewronde bij aanbieders van zorgvakanties in Vlaanderen.

De organisatie en financiering van zorgvakanties in Nederland wordt in deel 4 van dit onderzoeksrapport toegelicht. Hierbij wordt een overzicht gegeven van een aantal goede praktijkvoorbeelden.

In het vijfde en laatste deel van dit onderzoeksrapport worden de verschillende bevindingen uit het onderzoek naast elkaar geplaatst en worden conclusie en beleidsaanbevelingen geformuleerd.

5. Tot slot

In dit hoofdstuk werd het onderzoek gesitueerd en werd een beknopt overzicht gegeven van de voornaamste doelstellingen en het onderzoeksopzet. De verschillende delen van het onderzoeksrapport geven telkens een gedetailleerd overzicht van de gevolgde methode en de respectievelijke resultaten.

DEEL 2: VRAAG NAAR VAKANTIES MET ZORG

Hoofdstuk 2: Becijfering van de doelgroep

In functie van het maken van beleidskeuzes inzake de organisatie en ondersteuning van zorgvakanties in Vlaanderen is het niet enkel noodzakelijk om een duidelijk zicht te hebben op de voornaamste principes van zorgvakanties en de noden en behoeften van gebruikers en aanbieders, maar is het zeker ook niet onbelangrijk om een inschatting te kunnen maken van de omvang van het potentiële doelpubliek voor zorgvakanties in Vlaanderen.

In een eerste deel zal dieper ingegaan worden op de kenmerken van de doelgroep. Vervolgens zal kort stilgestaan worden bij de beschikbaarheid van cijfers om deze analyse te kunnen maken en worden een aantal beschikbare cijfers voor Vlaanderen kort beschreven. In het laatste deel van deze paragraaf zal getracht worden een inschatting te maken van de potentiële doelgroep voor zorg en toerisme in Vlaanderen. Hiervoor zullen we ons baseren op een drietal studies die in de afgelopen jaren werden uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk, Duitsland en Nederland. Hoewel deze oefening geenszins de pretentie heeft om 100% correct te zijn, zal ze zeker wel een idee kunnen geven van de grootteorde van het doelpubliek voor zorgvakanties in Vlaanderen.

1. Kenmerken van de doelgroep

1.1 Zorgbehoefte

In het eerste hoofdstuk werd een onderscheid gemaakt tussen personen met een zekere mate van zelfredzaamheid enerzijds en personen met een zwaardere zorgnood anderzijds. Deze basis werd gehanteerd om een eerste ruwe afbakening te maken naar doelpubliek voor zorgvakanties. Het is dan ook duidelijk dat het doelpubliek voor zorgvakanties niet zonder meer samenvalt met de doelgroep van personen met een handicap.

Een zelfde redenering kan doorgetrokken worden binnen de groep van ouderen. Zo zal niet iedere oudere gebruik willen/moeten maken van een specifiek zorgaanbod. Anderzijds is het duidelijk dat een subgroep zoals bijvoorbeeld ouderen met dementie nood heeft aan een hoge mate van zorgondersteuning. Voor andere subgroepen is de benodigde zorgnood wellicht minder hoog, maar is er toch een behoefte aan een bepaalde mate van zorgondersteuning.

Een andere belangrijke doelgroep vormen de chronisch zieken.

Onderstaande figuur geeft dit grafisch weer.



Figuur 2.1 Doelpubliek voor zorgvakanties

Hoewel het intuïtief evident is dat het doelpubliek voor zorgvakanties een subgroep is van de groep van personen met een handicap en ouderen (zie boven) is het geen evidentie om een exacte berekening te maken van de omvang van deze doelgroep.

De becijfering van de potentiële doelgroep in dit hoofdstuk zal dan ook gebeuren op basis van de totale doelgroep van personen met een handicap en ouderen, maar zal wel rekening houden met een minimumscenario (zie verder). Deze werkwijze is noodzakelijk gezien het ontbreken van betrouwbare cijfers.

1.2 Leeftijd

Op basis van de bevindingen in het kader van dit onderzoek en eerder onderzoek is gebleken dat beperkingen toenemen met de leeftijd. Zo worden de vakantiecentra die in de context van dit onderzoek bevraagd werden bezocht door een relatief ouder publiek. In paragraaf 2 wordt dit verder uitgewerkt.

1.3 Reisgedrag

In de volgende hoofdstukken wordt dieper ingegaan op de noden en behoeften van personen met een handicap en ouderen en hun respectievelijke verenigingen. Hierbij zal dieper ingegaan worden op het onderscheid tussen individueel reizen en groepsreizen. Onder individueel reizen wordt ook het reizen met gezin, familie of vrienden gerekend.

Traditioneel worden heel wat vakanties voor personen met een zwaardere zorgnood georganiseerd in groepsverband. Denken we bijvoorbeeld maar aan de vakanties georganiseerd door diverse verenigingen, organisaties zoals bijvoorbeeld Ziekenzorg, voorzieningen voor personen met een handicap, enz. Naast de aard van de zorgnood speelt hierbij ook een duidelijk leeftijdseffect: ouderen maken vaak het doelpubliek uit voor deze groepsreizen, bovendien is er een positief verband tussen leeftijd en beperkingen. Anderzijds groeit de voorkeur van steeds meer personen met een handicap en ouderen voor individueel reizen met gezin² of vrienden. Wijzigende maatschappelijk verwachtingen hebben hierop ongetwijfeld ook een invloed (zie verder).

Omwille van het ontbreken van cijfers is het vrijwel onmogelijk om een verhouding te bepalen tussen het aantal groepsvakanties en het aantal individuele vakanties voor personen met een handicap.

Een mogelijke becijfering zou kunnen gebeuren door de bezetting van centra die zorgvakanties aanbieden als uitgangspunt te nemen. Dit zal evenwel een vrij onbetrouwbaar beeld geven: de centra zijn immers erg verschillend (vb. de verhouding tussen vakantiebedden en herstelbedden). Bovendien hebben deze centra allen een traditie in het aanbieden van groepsvakanties (wat aanleiding geeft tot een positieve vertekening) en is hun aantal gering in verhouding tot het beschikbare (toegankelijke) logiesaanbod in Vlaanderen.

1.4 Andere

Naast personen met een handicap en ouderen met een zekere mate van zorgbehoefte mogen zeker ook gezinsleden, familieleden, mantelzorgers, ... niet uit het oog verloren worden. In de becijfering van de omvang van het doelpubliek wordt rekening gehouden met het feit dat personen met een handicap en ouderen meestal niet alleen op vakantie gaan.

Specifiek in deze context is de rol van de mantelzorger die als partner, familielid, vriend, kennis, ... de zorg opneemt voor personen met een bepaalde zorgbehoefte. Deze personen kunnen genieten van een korte verpozing wanneer op vakantie de zorgtaken overgenomen worden door het vakantieverblijf of een thuiszorgdienst. Anderzijds kunnen vakantiecentra ook specifieke vakanties organiseren voor mantelzorgers waarbij zij bijvoorbeeld ervaringen kunnen uitwisselen.

2. Becijfering van de doelgroep

2.1 Databronnen

2.1.1 Administratieve gegevens versus enquête gegevens

Binnen de beschikbare gegevensbronnen dient een duidelijk onderscheid gemaakt te worden tussen administratieve gegevens en zogenaamde enquête gegevens.

Administratieve gegevens zijn beschikbaar op basis van administratieve bestanden (vb. het rijksregister) en hebben meestal betrekking op de

² Dit geldt uiteraard ook voor gezinnen met kinderen met een ziekte of handicap.

volledige populatie. Om bijvoorbeeld de groep van personen met een handicap te identificeren zal hier gebruik gemaakt worden van zogenaamde beleidsmatige definities (vb. beschikken over een erkenning door het Vlaams Fonds).

Enquête gegevens worden verzameld via enquêtes en hebben meestal betrekking op een steekproef. Meestal worden groepen van personen met een handicap in deze gegevens onderscheiden op basis van een zogenaamde zelfrapportering. Dit impliceert dat geen 'harde' criteria worden gehanteerd.

Ieder van beide soorten gegevensbronnen heeft voordelen en nadelen. Eén van de onmiskenbare voordelen van administratieve gegevens dat ze vaak een meer correct beeld geven in vergelijking met enquêtegegevens (vb. het aantal inwoners in een bepaald jaar in een bepaalde gemeente), maar is het bijvoorbeeld een nadeel dat slechts een beperkt aantal gegevens administratief beschikbaar is, dat ze niet altijd volledig zijn en vaak berusten op een strikte criteriumafbakening. Zo zou men bijvoorbeeld het aantal personen met een handicap in Vlaanderen kunnen bepalen op basis van het aantal personen met een zogenaamd 'Vlaams Fonds-nummer'. Deze gegevens hebben echter hun beperking aangezien het Vlaams Fonds voor haar erkenning een bovengrens van 64 jaar hanteert, personen met een handicap zonder erkenning niet opgenomen zijn, ...

Voor dit soort informatie bieden enquêtegegevens vaak een alternatief, maar is het belangrijk om deze gegevens steeds met de nodige nuance en terughoudendheid te interpreteren (zie verder).

2.1.2 Beschikbaarheid van gegevens

Op dit moment ontbreekt het Vlaanderen en Europa aan duidelijke, betrouwbare cijfers over het aandeel personen met een handicap en ouderen dat al dan niet op reis gaat. Anderzijds zijn er bijvoorbeeld wel een aantal gegevensbronnen die bijvoorbeeld toelaten om een zicht te krijgen op het aandeel ouderen in Vlaanderen, het aandeel personen met een handicap, enz.

Voor de analyse van de potentiële doelgroep opteren we ervoor om ons te baseren op zowel administratieve gegevens als op gegevens verzameld door middel van enquêtes.

In eerste instantie zal de volledige doelgroep van personen met een handicap en ouderen in kaart gebracht worden. In tweede instantie zal een inschatting gemaakt worden van het segment van deze groep dat potentieel op reis gaat of zou willen gaan.

2.2 Personen met een handicap en ouderen

Wanneer men het heeft over de doelgroep voor 'zorgvakanties' heeft men het impliciet over de populatie van personen met een handicap en ouderen met een bepaalde zorgnood. Niet iedereen die tot deze groep behoort heeft wellicht de intentie om op reis te gaan (zie verder), maar in deze fase wordt deze bedenking voorlopig achterwege gelaten.

2.2.1 Personen met een handicap

Het is niet evident om een exact cijfer te geven van het aantal personen met een handicap in Vlaanderen: op dit moment bestaat er immers geen administratieve databank waarin alle personen met een handicap in Vlaanderen opgenomen zijn. Wel zijn er heel wat enquêtegegevens beschikbaar (zie o.a. Samoy, 2005³). Belangrijk om op te merken is dat in deze enquêtes personen meestal zelf een inschatting geven van hun handicap of 'gezondheidstoestand' op basis van een aantal gerichte vragen: m.a.w. deze inschatting berust niet op een administratieve of beleidsmatige definitie.

Tabel 1 geeft een overzicht van de resultaten van een aantal enquêtes. Enerzijds wordt het percentage personen met een handicap of langdurige ziekte weergegeven. Anderzijds het percentage personen met een handicap of ziekte voor wie deze handicap of ziekte een beperking of belemmering betekent in het dagelijkse leven.

Opgelet: de cijfers gelden enkel voor personen op beroepsactieve leeftijd (15 - 64 jaar). Het cijfer voor de totale bevolking - met inbegrip van ouderen en kinderen - zal dus aanzienlijk hoger liggen.

De cijfers op basis van de socio-economische enquête (2001) worden omwille van de omvang van de bevraagde groep⁴ vaak vooropgesteld als richtinggevend voor Vlaanderen.

Tabel 2.1: % met een handicap of langdurige ziekte op beroepsactieve leeftijd in Vlaanderen⁵

Enquête	% met handicap of langdurige ziekte	% met beperkingen
Gezondheidsenquête - 2001 (15-64 jaar)	21,0	13,0
Socio-economische enquête - 2001 (15-64 jaar)	16,0	12,3
APS-survey - 2002 (18-64 jaar) ⁶	12,1	/
EAK ⁷ - 2002 (15-64 jaar)	16,2	12,7 (in werk)
ESS ⁸ - 2002 (15-64 jaar)	/	14,0

Bron: Samoy (2005)

De survey van de Studiedienst van de Vlaamse Gemeenschap (APS-survey)⁹ wordt jaarlijks afgenomen bij 1500 personen tussen 18 en 85 jaar.

³ Samoy E. (2005), *Handicap en arbeid: overzicht van de ontwikkelingen (1991-2005)*, Studiecel Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap.

⁴ 3 475 000 respondenten tussen 15 en 64 jaar

⁵ De verschillen in cijfers kunnen ondermeer verklaard worden door verschil in vraagstelling, verschillende onderzoekspopulatie, enz.

⁶ De APS-survey bevraagt respondenten tussen 18 en 85 jaar. Voor de vergelijkbaarheid werd in de tabel een bovengrens van 64 jaar genomen.

⁷ Enquête naar de arbeidskrachten

⁸ European social survey

⁹ De Studiedienst van de Vlaamse Gemeenschap heette voorheen de Administratie Planning en Statistiek.

In de enquête van 2002 werden twee vragen opgenomen betreffende de gezondheidstoestand die een indicatie geven over de omvang van de impact van de handicap (Devisch & Samoy, 2003)¹⁰:

- (1) Heeft u last van één of meerdere langdurige ziekte(n), langdurige aandoening(en) of handicap(s)
- (2) Is u vanwege deze ziekte(n), aandoening(en) of handicap(s) voortdurend, af en toe of zelden of niet belemmerd in uw dagelijkse bezigheden?

Volgens de APS-survey 2002 zou 16,7% van de onderzochte populatie (18-85 jaar) last hebben van functioneringsproblemen omwille van handicap of ziekte, 8,4% heeft voortdurend functioneringsproblemen. Bovendien toont Tabel 2.2 duidelijk aan dat functioneringsproblemen toenemen met de leeftijd (zie verder).

Tabel 2.2: % met functioneringsproblemen naar leeftijd (APS-survey 2002)

	Last van ... Voortdurend (1)	Af en toe (2)	Totaal (1) + (2)
18-24	1,2	3,8	5,0
25-34	3,2	5,5	8,7
35-44	3,4	5,1	8,4
45-54	6,1	9,5	15,6
55-64	13,6	9,2	22,8
65-74	17,1	15,5	32,6
75-85	25,5	13,6	39,1
Totaal	8,4	8,3	16,7

Bron: Devisch & Samoy (2003)

2.2.2 Ouderen

Uit het vorige deel bleek dat vrijwel alle enquêtes die informatie geven over het aandeel personen met een handicap in de totale populatie zich beperken tot personen op beroepsactieve leeftijd (max. 64 jaar). Daarom is het essentieel om daarnaast de groep van ouderen apart in kaart te brengen op basis van administratieve cijfers.

Tabel 2.3 en Tabel 2.4 geven cijfers voor Vlaanderen over het aantal 65 plussers en de evolutie over de jaren heen.

Tabel 2.3: Bevolking per leeftijdsgroep – Vlaams Gewest (2001-2006)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Totaal	5.952.552	5.972.781	5.995.553	6.016.024	6.043.161	6.078.600
0-19 jaar	1.359.547	1.351.286	1.345.685	1.342.137	1.342.718	1.348.899
20-64 jaar	3.584.121	3.596.842	3.609.314	3.616.913	3.626.563	3.645.455
≥ 65 jaar	1.008.884	1.024.653	1.040.554	1.056.974	1.073.880	1.084.246

Bron: FOD Economie – Algemene Directie Statistiek en Economische informatie, Dienst Demografie

¹⁰ Devisch F. & Samoy E. (2003), *Mensen met functioneringsproblemen in de APS-survey 2002*, Studiecel Vlaams Fonds.

Ruim 1 miljoen Vlamingen is 65 jaar of ouder. Dit komt overeen met een kleine 18% van de totale Vlaamse bevolking. De cijfers in Tabel 2.4 geven ook duidelijk de vergrijzing van de Vlaamse bevolking weer: over een periode van 15 jaar is het aandeel 65-plussers gestegen van 14,2% naar 17,8%.

Door deze vergrijzing zal op middellange termijn de groep van personen die zorg nodig hebben gevoelig groter worden. Dit wordt versterkt door min of meer rechtevenredigheid tussen leeftijd en beperkingen bij ouderen.

Aanvullend op deze administratieve gegevens zijn er ook survey-gegevens beschikbaar over de 'gezondheidstoestand van ouderen'. Resultaten van de socio-economische enquête 2001 geven bijvoorbeeld aan dat 37% van de ouderen (65-plussers) in Vlaanderen last heeft van één of meerdere langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps (Verbelen, Samoy & Vangeel, 2005¹¹).

Tabel 2.4: Vergrijzing in Vlaanderen: aandeel 65-plussers in de bevolking op 1 januari (in %)

Jaar	%
1990	14,2
1991	14,5
1992	14,7
1993	14,9
1994	15,1
1995	15,3
1996	15,6
1997	15,9
1998	16,2
1999	16,5
2000	16,7
2001	16,9
2002	17,2
2003	17,4
2004	17,6
2005	17,8
2006	17,8

Bron: FOD Economie - Afdeling Statistiek, Bevolkingsstatistieken

2.3 Omvang van de doelgroep voor zorgvakanties in Vlaanderen

Naast de moeilijkheden die reeds eerder in deze paragraaf werden aangehaald (o.a. beschikbaarheid van gegevens, betrouwbaarheid van de beschikbare gegevens, ...) om een correcte inschatting te maken van het potentiële doelpubliek, is de inschatting ook afhankelijk van de invulling die gegeven wordt aan het begrip 'zorgvakanties' (toegankelijke infrastructuur, assistentie en begeleiding, zorgtaken, ...). Voor deze analyse wordt het begrip vrij ruim ingevuld.

¹¹ Verbelen J., Samoy E. & Van Geel H. (2005), *Vlamingen met een handicap of langdurige gezondheidsproblemen. Een verkennende schets van hun sociale positie aan de hand van concrete onderzoekscijfers*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Planning en Statistiek.

Voor de eigenlijke analyse baseren we ons op een drietal internationale studies. Telkens zal het opzet van ieder van deze studies kort gesitueerd worden en wordt op basis van de gebruikte cijfers en/of methode een analyse gemaakt voor de Vlaamse markt. Deze studies werden gekozen omdat ze een indicatie kunnen geven van de omvang van het potentiële doelpubliek in Vlaanderen. Let wel, deze studies hebben ieder een verschillende achtergrond en volgden een andere benadering. Een vergelijking van deze studies is dus niet zondermeer mogelijk.

2.3.1 University of Surrey (2005)¹²

Situering van de studie

In het kader van het Europese project 'One-Stop-Shop for Accessible Tourism in Europe' maakte de University of Surrey een analyse van de potentiële markt voor toegankelijk toerisme in Europa. Hierbij werd zowel een analyse van de aanbodzijde als een analyse van de vraagzijde gemaakt. De onderzoekers baseerden zich voor hun analyse op diverse beschikbare (survey)data in de verschillende Europese lidstaten en Eurostat-statistieken.

In Europa zouden volgens de onderzoeksequipe ongeveer 127 miljoen mensen noden hebben op het vlak van toegankelijkheid (personen met een handicap, personen met een langdurig gezondheidsprobleem en ouderen)¹³. Ongeveer 70%¹⁴ van deze groep zou over de nodige financiële en fysieke mogelijkheden te beschikken om daadwerkelijk te reizen (89,3 miljoen).

Bovendien argumenteren zij dat deze groep zelden of nooit alleen reist (gezin, familie, vrienden, ...). Hoewel de meeste toeristen niet alleen reizen geldt dit zeker voor deze doelgroep, o.a. omwille van de nood aan assistentie en begeleiding.. Daarom werd rekening gehouden met een multiplicator factor die varieert van 0.5 tot 2. Dit resulteert in respectievelijk 134 miljoen en 267,9 miljoen potentiële toeristen voor een toegankelijk toerisme in Europa. De onderzoekers zijn evenwel van mening dat dit cijfer wellicht een onderschatting is; zo wordt bijvoorbeeld geen rekening gehouden met toeristen van buiten Europa die op vakantie komen naar Europa.

Inschatting van de potentiële doelgroep in Vlaanderen

Naar analogie met de redenering die gevolgd werd in bovengaande studie wordt de berekening voor Vlaanderen gemaakt. Voor een inschatting van het aantal personen met een beperking in Vlaanderen worden de cijfers bekomen op basis van de socio-economische enquête gehanteerd. Volgens deze enquête zou 16% van de bevolking op beroepsactieve leeftijd (15-64 jaar) een beperking of langdurig gezondheidsprobleem hebben. Voor de ouderen baseren we ons op administratieve gegevens.

¹² Buhalis D., Eichhorn V., Michopoulou E. & Miller G. (2005), *Accessibility Market and Stakeholders Analysis*, University of Surrey.

¹³ Dit is de som van het aantal personen tussen 16 en 64 jaar dat te kampen heeft met een langdurige gezondheidsproblemen (enquêtegegevens) en het aantal 65-plussers. Dit aantal vertegenwoordigd ongeveer 30% van de totale Europese bevolking.

¹⁴ Dit onderzoekers baseerden zich voor dit cijfer op een studie van Deloitte Touche.

Voor de berekening van het aantal ouderen, werd het aantal 65-plussers in Vlaanderen als uitgangspunt genomen. Op basis van de resultaten van de APS survey (zie hierboven) werd aangenomen dat ongeveer 30% van deze 65 plussers een handicap of langdurig gezondheidsprobleem heeft.

Uit Tabel 2.5 blijkt dat op basis van deze berekeningswijze er in Vlaanderen een potentiële markt voor toegankelijk toerisme zou zijn van ongeveer 660 000 personen. Hierbij wordt geen rekening gehouden met eventuele reisgezellen. Een toepassing van de multiplicatoreffecten (0,5 en 2) uit bovenstaande studie resulteert in een totaal van 1 tot 1,3 miljoen toeristen. De 70% die gehanteerd wordt doet enkel een uitspraak over het aantal personen dat daadwerkelijk op reis zou kunnen gaan maar doet geen uitspraak over het aantal personen dat ook daadwerkelijk op reis gaat.¹⁵

Opgemerkt dient te worden dat er bij de berekening van deze cijfers geen rekening wordt gehouden met de ernst en de aard van de zorgnood. Bovendien geven deze cijfers ook geen inzage in het aantal personen dat reeds daadwerkelijk op reis gaat enerzijds en de aard van hun bestemming (binnenland of buitenland) anderzijds.

Tabel 2.5: Potentiële markt in Vlaanderen naar analogie met de berekeningswijze gevolgd in de studie van de University of Surrey (2005).

(1) Personen met een beperking	622 222*
(2) 65-plussers	1 084 246
(3) 30% 65-plussers met een gezondheidsprobleem	325 274
(4) totaal (1) + (3)	947 496
70% dat de financiële en fysieke mogelijkheden heeft om te reizen	663 247
<hr/>	
Totale Vlaamse bevolking per 1 januari 2007	6 117 440

* als we ons beperken tot personen die aangeven door hun handicap of ziekte in hun dagelijkse leven (ernstig)belemmerd zijn dan zakt dit aantal tot 478 333.

2.3.2 Reuber en Neuman (2004)¹⁶

Situering van de studie

In opdracht van het Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit voerde een onderzoeksteam onder leiding van Prof. Dr. Paul Reuber en Dr. Peter Neuman een studie uit naar de mogelijk impact van toegankelijk toerisme op de Duitse economie.

¹⁵ De vakantieparticipatie ligt voor alle Vlamingen op 75%. Voor personen met een beperking zal dit vermoedelijk lager liggen. Dit impliceert dat de gehanteerde 70% een duidelijke overschatting geeft.

¹⁶ Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hrsg.) (2003), *Ökonomische Impulse eines barrierefreien Tourismus für all*. Dokumentation des BMWA Nr. 526.

In Duitsland zou ongeveer 54,3% van alle personen met een handicap op vakantie gaan (voor personen zonder handicap is dat 75,3%). Wanneer er enkel gekeken wordt naar korte uitstappen¹⁷ en weekends liggen de percentages opvallend dicht bij elkaar: respectievelijk 32,2% en 37,5%.

Wanneer er enkele gekeken wordt naar de reisfrequentie zijn er weinig tot geen verschillen tussen beide groepen: personen met een handicap doen gemiddeld 1,3 vakanties per jaar en 2,3 kortverblijven.

Inschatting van de potentiële doelgroep in Vlaanderen

Naar analogie met de redenering die gevolgd werd in bovengaannde studie wordt de berekening voor Vlaanderen gemaakt. Voor een inschatting van het aantal personen met een beperking in Vlaanderen worden de cijfers bekomen op basis van de socio-economische enquête gehanteerd. Volgens deze enquête zou 16% van de bevolking op beroepsactieve leeftijd (15-64 jaar) een beperking of langdurig gezondheidsprobleem hebben. Voor de ouderen baseren we ons op administratieve gegevens.

In de Duitse studie werden een onderscheid gemaakt tussen gewone vakanties en korte verblijven zoals bijvoorbeeld een weekend. In onze analyse worden beiden apart berekend (zie Tabel 2.6 en Tabel 2.7).

De berekening op basis van deze Duitse studie geeft een potentiële markt in Vlaanderen voor toegankelijk toerisme 505 963 personen voor wat vakanties betreft en 306 041 voor de kortverblijven. Beiden mogen niet zondermeer met elkaar opgeteld worden: zo zullen immers heel wat mensen die op vakantie gaan ook daarnaast op weekend gaan en visa versa. Anderzijds kunnen we er wel vanuit gaan dat een andere groep van mensen kiest voor één van beide vakantieformules waardoor het totale aantal unieke personen hoger zal liggen dan 505 963 personen.

In deze analyse wordt geen rekening gehouden met eventuele reisgezellen. Net als in de voorgaande berekeningen wordt hier geen rekening gehouden met de ernst en de aard van de zorgnood.

Tabel 2.6: Potentiële markt in Vlaanderen (vakanties) naar analogie met de berekeningswijze gevolgd in de studie van Reuber en Neuman (2004).

<i>(1) Personen met een beperking</i>	622 222
<i>(2) 65-plussers</i>	1 084 246
<i>(3) 30% 65-plussers met een gezondheidsprobleem</i>	325 274
<i>(4) totaal (1) + (3)</i>	947 496
<i>Reisintensiteit (53,4% van (4))</i>	505 963
<i>Totale Vlaamse bevolking per 1 januari 2007</i>	6 117 440

¹⁷ De studie geeft geen indicatie over het aantal nachten dat een korte vakantie duurt.

Tabel 2.7: Potentiële markt in Vlaanderen (kortverblijven) naar analogie met de berekeningswijze gevolgd in de studie van Reuber en Neuman (2004).

(1) Personen met een beperking	622 222
(2) 65-plussers	1 084 246
(3) 30% 65-plussers met een gezondheidsprobleem	325 274
(4) totaal (1) + (3)	947 496
Reisintensiteit (32,3% van (4))	306 041
Totale Vlaamse bevolking per 1 januari 2007	6 117 440

2.3.3 Vandertuuk, Verkooijen en Beima (2005)¹⁸

Situering van de studie

In 2005 voerden Vandertuuk, Verkooijen en Beima in opdracht van de Noordelijke Ontwikkelingsmaatschappij een haalbaarheidsstudie naar de mogelijkheden voor zorgvakanties in de provincies Friesland, Groningen en Drenthe. In het kader van deze studie werd ook de markthaalbaarheid onderzocht. In Nederland zouden ongeveer 3,5 à 4 miljoen mensen een beperking hebben. 1,7 miljoen heeft een ernstige of zeer ernstige functiestoornis. Dit komt overeen met ongeveer 10%¹⁹ van de Nederlandse bevolking.

78% van de doelgroep 'Toerisme en zorg'²⁰ gaat minstens één keer per jaar op vakantie, tegenover 81,2% van de totale Nederlandse bevolking. De vakantie-frequentie ligt evenwel duidelijk lager voor deze eerste groep.

In het kader van hun onderzoek organiseerden Vandertuuk et al. ook een gebruikers bevraging. 45% van de deelnemers gaven aan dat ze vaker en/of langer op vakantie zouden gaan indien het vakantieaanbod meer op hun maat zou afgestemd zijn. 85% van de respondenten gaf aan zijn/haar vakantie in dat geval te willen doorbrengen in één van de drie provincies waarvoor het onderzoek werd uitgevoerd.

¹⁸ Vandertuuk, Verkooijen en Beima (2005), *Vakantie en zorg: haalbaarheidsstudie*.

¹⁹ www.handicap.nl. Het gaat om mensen die vanwege een ernstige of zeer ernstige functiestoornis beperkt zijn in de normale activiteiten. Over stoornis wordt gesproken wanneer delen van het lichaam niet of onvoldoende functioneren. Dit kunnen zowel psychologische, fysiologische als anatomische stoornissen zijn (Vandertuuk, verkooijen en Beima, 2005).

²⁰ Om voldoende nuance te kunnen aanbrengen werd de doelgroep niet opgedeeld naar aard van handicap of zorg. Wel werd geopteerd voor een indeling in functie van groepsvakantie vs. individuele vakantie en het vakantiegezelschap. Dit resulteerde in vier verschillende groepen: (1) de groep die met gezelschap op vakantie wil; (2) de groep die alleen op vakantie wil; (3) de groep die met een groepsvakantie wil; en (4) de groep die met mantelzorger op vakantie wil.

Dit deed de onderzoekers besluiten dat er voor de drie Noordelijke provincies een marktpotentieel is van 620 330 vakantiegangers (45%*85%*1 700 000).

Inschatting van de potentiële doelgroep in Vlaanderen

Naar analogie met de redenering die gevolgd werd in bovengaande studie wordt de berekening voor Vlaanderen gemaakt. Hierbij wordt uitgegaan van twee verschillende scenario's:

- (1) Een 'mild' scenario waarbij alle personen met een handicap en ouderen als uitgangspunt worden genomen.
- (2) Een 'eng' scenario waarbij het Nederlandse aandeel van personen met een ernstige of zeer ernstige beperking als uitgangspunt wordt genomen (cf. 10%).

Tabel 2.8: Potentiële markt in Vlaanderen (vakanties) naar analogie met de berekeningswijze gevolgd in de studie van Vandertuuk, Verkooijen en Beima (2005) – 'mild' scenario.

(1) Personen met een beperking	622 222
(2) 65-plussers	1 084 246
(3) 30% 65-plussers met een gezondheidsprobleem	325 274
(4) totaal (1) + (3)	947 496
Vakantieparticipatie (78%)	739 047
<hr/>	
Totale Vlaamse bevolking per 1 januari 2007	6 117 440

Tabel 2.9: Potentiële markt voor Vlaanderen (vakanties) naar analogie met de berekeningswijze gevolgd in de studie van Vandertuuk, Verkooijen en Beima (2005) – 'eng' scenario.

Personen met een 'ernstige of zeer ernstige beperking'	Vakantieparticipatie (78%)
611 744	477 160

Naargelang een 'milder' of een 'strenger' scenario gehanteerd wordt varieert de potentiële doelgroep voor 'zorg en toerisme' in Vlaanderen van 477 160 tot 739 047. Opnieuw werden hier enkel potentiële individuele reizigers in rekening gebracht en werd geen rekening gehouden met eventuele reisgezellen. Desgewenst kan hier opnieuw een multiplicatoreffect worden toegepast. Een belangrijke kanttekening bij bovenstaande cijfers heeft betrekking op het cijfer dat gehanteerd wordt voor de vakantieparticipatie. Bovenstaand cijfer (78%) heeft betrekking op het doelpubliek voor Toerisme en zorg. Voor de globale Nederlandse

populatie bedraagt het cijfer 81,2%.²¹ Voor Vlaanderen ligt dit cijfer duidelijk lager (75,5%) en beschikken we helaas niet over cijfers voor de doelgroep voor zorgvakanties. M.a.w. de cijfers voor Vlaanderen zullen wellicht lager liggen.

3. Tot slot

In dit hoofdstuk werd stilgestaan bij de becijfering van de doelgroep voor zorgvakanties in Vlaanderen. Het is duidelijk dat de doelgroep geen eenvoudige optelsom is van het aantal Vlamingen met een handicap en het aantal ouderen. Zo dient ondermeer binnen beide groepen een onderscheid gemaakt te worden tussen personen met een zekere mate van zelfredzaamheid enerzijds en personen met een zwaardere zorgnood anderzijds.

Herhaaldelijk werd in dit hoofdstuk gewezen op de beperkingen en de grenzen van de inschatting zoals die in deze paragraaf werd ontwikkeld, o.a. het ontbreken van cijfers in Vlaanderen en Europa over vakantieparticipatie door personen met een handicap, de beperkingen van de beschikbare gegevens, ...

Hoewel bovenstaande oefening dan ook zeker geen evidentie is en niet pretendeert exact te zijn, maakt ze wel duidelijk dat er in Vlaanderen een niet onaanzienlijk doelpubliek is voor deze vorm van toerisme.

Als we de verschillende analyses op een rij plaatsen in orde van grote bekomen we volgend resultaat (omvang doelpubliek):

- (1) 477 160 (naar analogie met Vandertuuk, Verkooijen en Beima)
Berekening op basis van de assumptie dat 78% van de personen met een ernstige of zeer ernstige beperking en ouderen met een gezondheidsprobleem minstens één keer per jaar op vakantie gaat (dit percentage werd bepaald in bovenstaande studie).
- (2) 505 963 (naar analogie met Reuber en Neuman)
Berekening op basis van de assumptie dat 53,4%% van de personen met een beperking en ouderen met een gezondheidsprobleem op vakantie gaat (dit percentage werd bepaald in bovenstaande studie).
- (3) 663 247 (naar analogie met de University of Surrey)
Berekening op basis van de assumptie dat 70% van de personen met een beperking en ouderen met een gezondheidsprobleem de financiële en fysieke mogelijkheden heeft om te reizen (dit percentage werd bepaald in bovenstaande studie).
- (4) 739 047 (naar analogie met Vandertuuk, Verkooijen en Beima)
Berekening op basis van de assumptie dat 78% van de personen met een beperking en ouderen met een gezondheidsprobleem minstens

²¹ Toerisme Vlaanderen – Planning & Onderzoek (2005), *Toerisme in cijfers 2005*, Brussel.

één keer per jaar op vakantie gaat (dit percentage werd bepaald in bovenstaande studie).

De meest 'strengere' analyse waarbij het aandeel personen met een ernstige of zeer ernstige beperking in Nederland werd geprojecteerd naar Vlaanderen resulteerde in potentiële markt van 477 000 personen. Dit cijfers dient wel voorzien te worden van de nodige nuances. Zo kunnen heel wat van deze mensen ook verkiezen om naar het buitenland op reis te gaan. Dit zou betekenen dat bovenstaand cijfer een overschatting zou zijn. Anderzijds zijn er verschillende factoren die doen vermoeden dat het bovenstaande cijfer een onderschatting geeft. Zo wordt (1) geen rekening gehouden met familieleden, vrienden en kennissen die deze personen vergezellen op reis; (2) wordt geen rekening gehouden met minder typische handicaps zoals bijvoorbeeld psychische handicaps; en (3) wordt geen rekening gehouden met buitenlandse toeristen die in Vlaanderen op vakantie komen.

Voor de volledigheid van dit soort analyse is het dan ook belangrijk om een zicht te hebben op de (Vlaamse) toeristen en de buitenlandse toeristen die op vakantie gaan/komen in Vlaanderen. Cijfers uit 'Toerisme in cijfers 2005 XL'²² tonen aan dat in 2005 Vlaanderen ongeveer 8,5 miljoen overnachtingen telde door niet-Belgen. De buurlanden zijn verantwoordelijk voor ongeveer 80% van deze overnachtingen. Dit impliceert dat de buitenlandse markt wellicht interessante mogelijkheden biedt voor Vlaanderen om zich te promoten als een regio die afgestemd is op zorgvakanties. Helaas zijn er specifiek voor de groep van personen met een handicap en ouderen hierover geen cijfers beschikbaar.

In 2004 maakte Katrien Declercq²³ een eindwerk over het reisgedrag van personen met een motorische handicap in Vlaanderen. Uit een bevraging bij 206 personen met een motorische handicap bleek wel dat een overgrote meerderheid van de respondenten zijn /haar vakantie neemt in Vlaanderen.

We kunnen dan ook concluderen dat de er potentieel een vrij aanzienlijk markt is in Vlaanderen voor zorgvakanties.

²² Toerisme Vlaanderen – Planning & Onderzoek (2005), *Toerisme in cijfers 2005 XL*, Brussel.

²³ Declercq K. (2004), *Het reisgedrag van personen met een motorische handicap in Vlaanderen*. Thesis. Vrije Universiteit Brussel.

Hoofdstuk 3: Bevraging van de vraagzijde

In dit hoofdstuk worden de resultaten van een bevraging bij personen met een beperking en ouderen enerzijds en anderzijds een bevraging bij verantwoordelijken en begeleiders van voorzieningen en verenigingen voor personen met een beperking en ouderen. In een eerste deel worden de methode en het opzet van de bevraging toegelicht. Vervolgens wordt dieper ingegaan op o.a. de kenmerken van de deelnemers aan de bevraging, hun reisgedrag en hun noden, behoeften en verwachtingen ten aanzien van zorg- en dienstverlening.

Wanneer we in dit hoofdstuk spreken over individuele reizigers bedoelen we personen met een handicap of ouderen die individueel al dan niet vergezeld van hun partner, gezien, familie of vrienden op reis gaan.

1. Methode en opzet van het onderzoek

1.1 Doelstellingen van de bevraging

Concreet werden voor de bevraging o.a. volgende doelstellingen vooropgesteld:

- In kaart brengen van de reisfrequentie van personen met een beperking en ouderen en hun voorzieningen en verenigingen;
- Inventarisatie van de kenmerken van groepen en individuele personen met een beperking of ouderen die op vakantie gaan;
- Detectie van de vraag naar en de behoefte aan assistentie, hulpmiddelen, zorg, specifieke dienstverlening ...;
- Detectie van goede voorbeelden van (toegankelijke) vakantiebestemmingen.
- ...

1.2 Dataverzameling

1.2.1 Structuur van de vragenlijsten

Zoals reeds aangegeven werden twee groepen bevroegd: (1) personen met een beperking en ouderen; en (2) verantwoordelijken en begeleiders van voorzieningen en verenigingen voor personen met een beperking en ouderen. Voor iedere van beide groepen werd geopteerd voor een online-bevraging. Deze vorm van bevraging laat toe om op een snelle manier relatief grote groepen te bevragen (zie verder). Voor de bevraging werden twee afzonderlijke, gestandaardiseerde vragenlijst ontwikkeld met voornamelijk gesloten vragen.

Personen voor wie de online-bevraging onvoldoende toegankelijk was, werd de mogelijkheid geboden om een vragenlijst aan te vragen in een voor hen toegankelijk formaat.

Om de resultaten van het onderzoek in het juiste perspectief te plaatsen is het belangrijk op te merken dat een online bevraging ook een aantal nadelen heeft voor het bevragen van personen met een handicap en

ouderen. Zo zal deze vorm van bevraging minder toegankelijk zijn voor personen met een mentale handicap waardoor zij minder nadrukkelijk aanwezig zijn. Ook voor een aantal ouderen zal deze vorm van bevraging wellicht een drempel vormen

Beide vragenlijsten werden ieder in een drietal modules uitgewerkt. Onderstaande schema's geven een overzicht van de structuur van de vragenlijsten. De vragenlijsten voor de twee onderscheiden groepen hebben een gelijkaardige structuur en inhoud.

Vragenlijst Zorgvakanties (voorzieningen en verenigingen)

1. Enkele algemene gegevens
Identificatiegegevens, werkdomein, nood aan assistentie en hulpmiddelen, ...
2. Het reisgedrag
Reisfrequentie, reisbestemming, ...
3. Zorg en dienstverlening
Aanbod aan assistentie en hulpmiddelen, specifieke voorzieningen, zorgnoden, ...

Vragenlijst Zorgvakanties (individueel reizen)

1. Enkele algemene gegevens
Identificatiegegevens, aard van de beperkingen, gezinssituatie, nood aan assistentie en hulpmiddelen, ...
2. Het reisgedrag
Reisfrequentie, reisbestemming, ...
3. Zorg en dienstverlening
Aanbod aan assistentie en hulpmiddelen, specifieke voorzieningen, zorgnoden, ...

1.2.2 Procedure en respons

1.2.2.1 Bevraging bij voorzieningen en verenigingen

De vragenlijst werd in oktober 2006 online geplaatst en werd bekend gemaakt door een uitgebreide mailing naar voorzieningen erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), vrijetijdsorganisaties voor personen met een handicap, verenigingen en belangenorganisaties voor personen met een handicap en ouderen en mutualiteiten. Daarnaast werd de vragenlijst bekendgemaakt via diverse websites (o.a. Infopunt toegankelijk reizen, Toegankelijkheidsbureau, ...). In de e-mail en op de website werd het opzet van de vragenlijst en de doelstellingen van het onderzoek beschreven en werd een oproep gedaan om de online-vragenlijst in te vullen en/of verder te verspreiden naar relevante actoren.

Op voorhand werd gekozen om de vragenlijst op deze wijze te verspreiden; er werd dan ook niet geopteerd voor een vast

steekproefkader. Een mogelijk nadeel van deze werkwijze is dat er geen algemene uitspraken gedaan worden over bijvoorbeeld het reisgedrag van de gemiddelde persoon met een beperking in Vlaanderen²⁴. Een voordeel van deze werkwijze is anderzijds dat er op een snelle manier een veelheid aan informatie kan verzameld worden en dat de vragenlijst kan ingevuld worden door groepen van mensen waar mogelijk bij het opzetten van de bevraging geen rekening mee werd gehouden.

De gekozen methode om de vragenlijsten te verspreiden kan gezien worden als een vorm van 'snowball sampling'²⁵: deze techniek²⁶ bestaat er in van een groep van contactpersonen te identificeren die op hun beurt doorverwijzen naar andere contactpersonen. In de context van deze bevraging werd de techniek gebruikt als een 'informele' methode om de vooropgestelde doelgroep te bereiken.

109 volledig ingevulde vragenlijsten werden geregistreerd. Gezien de gebruikte methode om de vragenlijsten te verspreiden is het niet mogelijk om een responsratio te berekenen. Er zijn immers geen correcte cijfers beschikbaar over het aantal mensen dat de vragenlijst niet invulde. Maar zoals reeds aangegeven werd dit scenario voorzien bij het opzetten van de bevraging: de bevraging heeft dan ook geenszins de intentie om algemene uitspraken te doen over de mening t.a.v. zorgvakanties van voorzieningen en verenigingen voor personen met een handicap.

1.2.2.2 Bevraging bij individuele reizigers

De verspreiding van de vragenlijst bij individuele reizigers kende een gelijkaardig verloop met de vragenlijst bij voorzieningen en verenigingen. De vragenlijst werd in november 2006 online geplaatst en werd bekend gemaakt door een uitgebreide mailing naar vrijetijdsorganisaties voor personen met een handicap, verenigingen en belangenorganisaties voor personen met een handicap en ouderen, budgethoudersverenigingen, mutualiteiten, ... Daarnaast werd de vragenlijst bekendgemaakt via een aantal websites. Net zoals bij de eerste bevraging werd hier gebruik gemaakt van 'snowball sampling'. Zo werd de vragenlijst bijvoorbeeld door heel wat verenigingen en organisaties verspreid op basis van hun ledenbestand.

189 volledig ingevulde vragenlijsten werden geregistreerd. Gezien de gebruikte methode om de vragenlijsten te verspreiden is het ook hier niet mogelijk om een responsratio te berekenen.

²⁴ Omdat er niet gewerkt werd met een gestratificeerde steekproef kan niet nagegaan worden op bepaalde groepen van respondenten minder of meer vertegenwoordigd zijn in de bevraging.

²⁵ Vogt (1999) geeft de volgende definitie voor 'snowball sampling': 'A technique for finding research subjects. One subject gives the researcher the name of another subject, who in return provides the name of a third and so on' (Atkinson & Flint, 2001). Deze methode wordt veelal gebruikt om moeilijker bereikbare doelgroepen te bevragen.

²⁶ Atkinson R. & Flint J. (2001), *Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball Research Strategies*. Social Research update, issue 33. University of Surrey.

2. Kenmerken van de deelnemers

In deze paragraaf wordt het profiel van de deelnemers aan beide bevestigingen nader besproken. Enerzijds geeft deze profielschets inzage in de kenmerken van de respondenten, anderzijds laat deze analyse toe om de resultaten van de bevestiging, waar nodig, in perspectief te plaatsen. Waar mogelijk worden de resultaten van beide enquêtes samen besproken.

2.1 Achtergrond van de respondenten

Uit Tabel 3.1 blijkt dat 60% van de respondenten begeleider of verantwoordelijke is in een voorziening voor personen met een beperking. Ongeveer 9 op 10 van de respondenten werken in een organisatie of voorziening die zich specifiek richt naar personen met een beperking. Verenigingen en voorzieningen voor ouderen zijn – in vergelijking met de groep van personen met een beperking – duidelijk minder vertegenwoordigd.

Tabel 3.1 Wie vulde de vragenlijst in? (n=105) - voorzieningen en verenigingen

	%
Verantwoordelijke/begeleider v.e. voorziening voor personen met een beperking	60,9
Verantwoordelijke/begeleider v.e. organisatie voor personen met een beperking	22,9
Organisator van reizen voor personen met een beperking	6,7
Verantwoordelijke/begeleider van een voorziening voor ouderen	0,9
Verantwoordelijke/begeleider van een organisatie voor ouderen	1,9
Organisator van reizen voor ouderen	0,9
Andere	5,7

De individuele bevestiging werd grotendeels zelf ingevuld door personen met een beperking en ouderen. Een klein kwart van de respondenten vulde de vragenlijst in voor een persoon met een handicap of een oudere (zie Tabel 3.2).

Tabel 3.2 Wie vulde de vragenlijst in? (n=174) – individuele respondenten

	%
Een persoon met een beperking/ziekte of een 60-plusser	76,4
Ouder(s) van een persoon met een beperking of ziekte	8,6
Partner van een persoon met een beperking/ziekte of een 60-plusser	6,9
Andere	8,1

2.2 Aard van de handicap

Tabel 3.3 beschrijft de aard van de beperkingen van respectievelijk het doelpubliek waarvoor de voorzieningen en verenigingen werken of verantwoordelijk en de individuele respondenten.

Tussen beide groepen van respondenten zijn er een aantal opmerkelijke verschillen. Zo is de groep van personen met een mentale of verstandelijke beperking het sterkst vertegenwoordigd (64%) bij de

bevraging bij voorzieningen en verenigingen. In de individuele bevraging is deze groep afwezig. Ongeveer de helft van de voorzieningen en verenigingen geeft aan verantwoordelijk te zijn voor personen die moeilijk of niet kunnen stappen of personen met een meervoudige beperking.

Naast de verschillende beperkingen die in Tabel 3.2 opgelijst worden refereerde ongeveer 10% van de verenigingen en voorzieningen naar andere beperkingen. De andere beperkingen waar naar verwezen wordt zijn: autisme, gedragsproblemen, chronische ziekte en de meer algemene term 'personen met een arbeidshandicap'.

De verschillen tussen beide groepen van respondenten kunnen wellicht grotendeels verklaard worden door het gegeven dat voorzieningen en verenigingen verantwoordelijk zijn voor personen met diverse handicaps. Ondanks de verschillen tussen beide groepen kunnen we toch stellen dat - wanneer we beide enquêtes samen beschouwen - de verschillende handicaps in het onderzoek vertegenwoordigd zijn.

Tabel 3.3 Aard van de beperkingen (%)^{*27}

	Verenigingen voorzieningen (n=109)	en Individueel (n=189)
Geen	/	/
Moeilijk kunnen stappen	54,1	42,0
Niet kunnen stappen – rolstoelgebruiker	56,9	31,0
Snel vermoeid/buiten adem	38,5	28,0
Blind of slechtziend	34,9	8,0
Doof of slechthorend	30,3	/
Mentale of verstandelijke beperking	64,2	/
Psychische beperking	35,8	/
Astma of allergie	11,0	/
Diabetes	17,4	3,0
Nierdialyse	/	/
Een meervoudige beperking	52,3	/
Andere	11,0	/

(*) Personen kunnen verantwoordelijk zijn voor personen met verschillende beperkingen. De som van de percentages is dan ook > 100%

2.3 Leeftijd

Naast de aard van de handicap is ook leeftijd een niet onbelangrijk achtergrondkenmerk. In beide enquêtes werd deze variabele op een verschillende manier gevraagd. In de individuele bevraging werd de leeftijd van de respondenten gevraagd (Tabel 3.4). In de bevraging bij voorzieningen en vereniging was dit uiteraard niet mogelijk. Daarom werd in deze bevraging gevraagd naar de leeftijdsgroep waarvoor zij verantwoordelijk zijn of voor wie zij reizen organiseren (Tabel 3.5).

²⁷ Ouderen identificeren zich niet makkelijk met personen met een beperking. Mogelijk heeft dit enige invloed op de antwoorden van deze groep.

Tabel 3.4 Leeftijd van de deelnemers - individuele vragenlijst (n=183)

	%
≤ 25 jaar	6,6
26 - 35 jaar	10,4
36 - 45 jaar	26,0
46 - 55 jaar	26,2
56 - 60 jaar	14,8
61 - 65 jaar	5,5
65 - 75 jaar	9,0
> 75 jaar	1,6

Drie op vier van de deelnemers aan de individuele bevraging is tussen 36 en 60 jaar oud. 16% is 60-plusser. Het aantal jongeren en ouderen is eerder beperkt. Voor de laatste groep vormt een bevraging via het internet wellicht een extra drempel (cf. de digitale kloof).

Een gelijkaardig patroon zien we ook bij de resultaten voor de verenigingen en voorzieningen (Tabel 3.5). Een kleine 15% van de respondenten is specifiek verantwoordelijk voor kinderen of jongeren met een beperking, 60% richt zich naar volwassenen, 8% naar ouderen en 18% heeft geen specifiek doelpubliek in termen van leeftijd.

Tabel 3.5 Voor welke leeftijdsgroep bent u verantwoordelijk/organiseert u reizen? (n=106)

	%
Kinderen en jongeren	14,1
Volwassenen	60,4
Ouderen ²⁸	7,6
Geen specifieke leeftijdscategorie	17,9

2.4 Gezinssituatie

In de vragenlijst 'individueel reizen' werd de deelnemers gevraagd naar hun gezinssituatie. Een kleine 20% van de deelnemers woont alleen. Ruim de helft van de respondenten woont samen met zijn of haar partner (al dan niet met kinderen).

Tabel 3.6 De gezinssituatie - individuele bevraging (n=179)

	%
Alleenstaand en alleenwonend	17,3
Samenwonend met partner	38,5
Samenwonend met kind(eren)	6,7
Samenwonend met partner en kind(eren)	16,8
Samenwonend met ouders of familie	10,6
Samenwonend in een voorziening/woonvorm met zorg	6,7

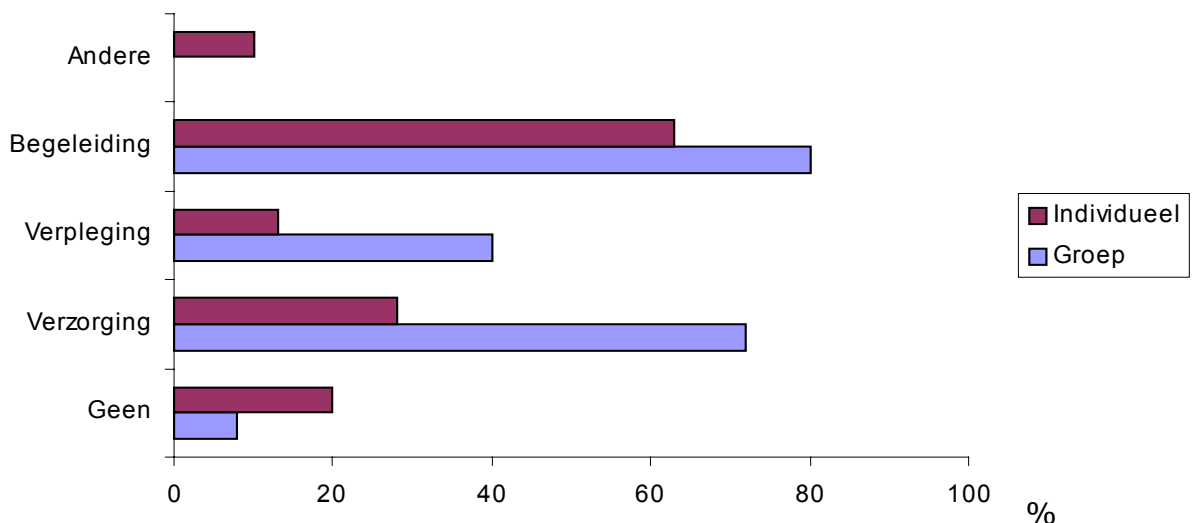
²⁸ Er werd geen specifieke leeftijdsgrens bepaald in de bevraging. De interpretatie werd m.a.w. overgelaten aan de respondenten zelf.

2.5 Assistentie en hulpmiddelen

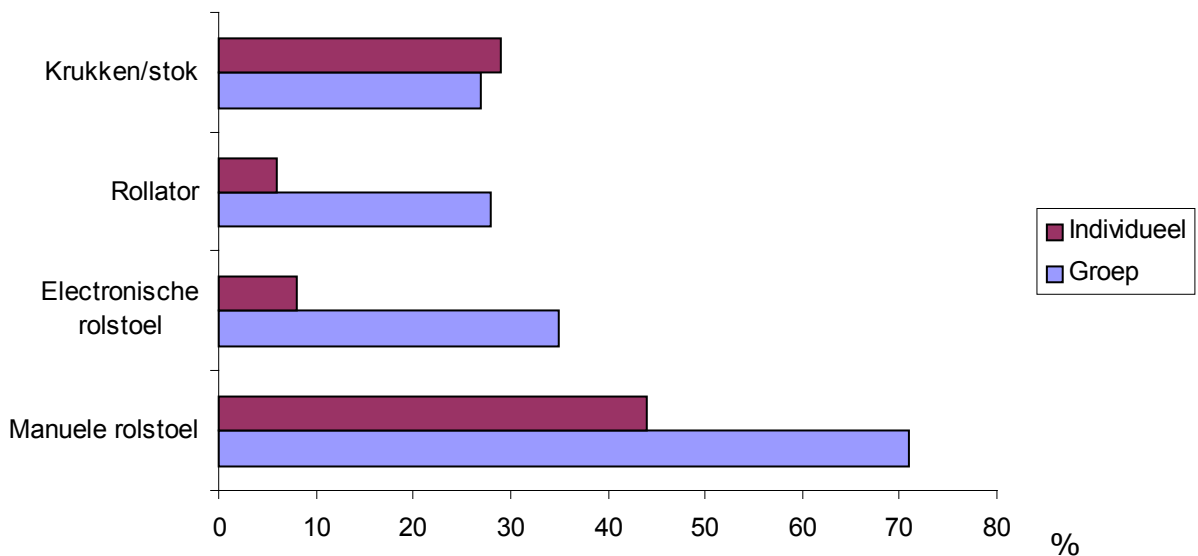
Heel wat personen met een beperking en ouderen hebben assistentie nodig tijdens hun vakantie en/of maken gebruik van één of meerdere hulpmiddelen. Figuur 3.1 en 3.2 geven een overzicht van de assistentie en de hulpmiddelen die de deelnemers aan de bevraging nodig hebben wanneer ze op reis gaan.

Tussen beide groepen zijn er heel wat verschillen. Onderstaande figuren doen vermoeden dat de voorzieningen en verenigingen 'zwaardere' vormen van beperkingen vertegenwoordigen. Zo zijn er opvallende verschillen tussen beide groepen van respondenten voor nood aan medische hulp en verzorging (wassen, kleden, maaltijden, ...). Deze redenering wordt versterkt wanneer men kijkt naar de aard van de hulpmiddelen die ieder van beide respondentengroep aangeeft nodig te hebben.

Ondanks de verschillen blijkt duidelijk dat het overgrote deel van de respondenten in beide bevestigingen aangeeft dat er nood is aan assistentie/begeleiding bij het maken van uitstappen, vervoer, enz.



Figuur 3.1 Assistentie of begeleiding nodig op vakantie?



Figuur 3.2 Hulpmiddelen nodig op vakantie?

Personen die individueel of met hun gezin reizen en die nood hebben aan assistentie doen hiervoor grotendeels een beroep op familie of vrienden...

2.6 Samenvattend

Beide respondentengroepen hebben voor een aantal achtergrondvariabelen een verschillend profiel. Deze verschillen zijn (wellicht) niet echt verrassend wanneer o.a. rekening gehouden wordt met een sterke vertegenwoordiging van verantwoordelijken en begeleiders van voorzieningen voor personen met een beperking in de eerste bevraging. Zo kan deze vertegenwoordiging (ten dele) een verklaring bieden voor o.a. verschillen naar aard van handicap, nood aan assistentie en hulpmiddelen, ... In de volgende paragrafen wordt hier dieper op ingegaan.

Grosso modo kunnen we stellen dat – wanneer we beide bevestigingen samen beschouwen – er binnen de deelnemersgroep een brede variatie is naar aard van handicap. Het merendeel van de individuele respondenten situeert zich tussen de 36 en de 64 jaar. Voor de bevestiging bij voorzieningen en verenigingen is dit minder specifiek te bepalen: het merendeel van deze respondenten gaf aan voor 'volwassenen' te werken of verantwoordelijk te zijn.

De volgende paragraaf besteedt specifiek aandacht aan het reisgedrag van de respondenten.

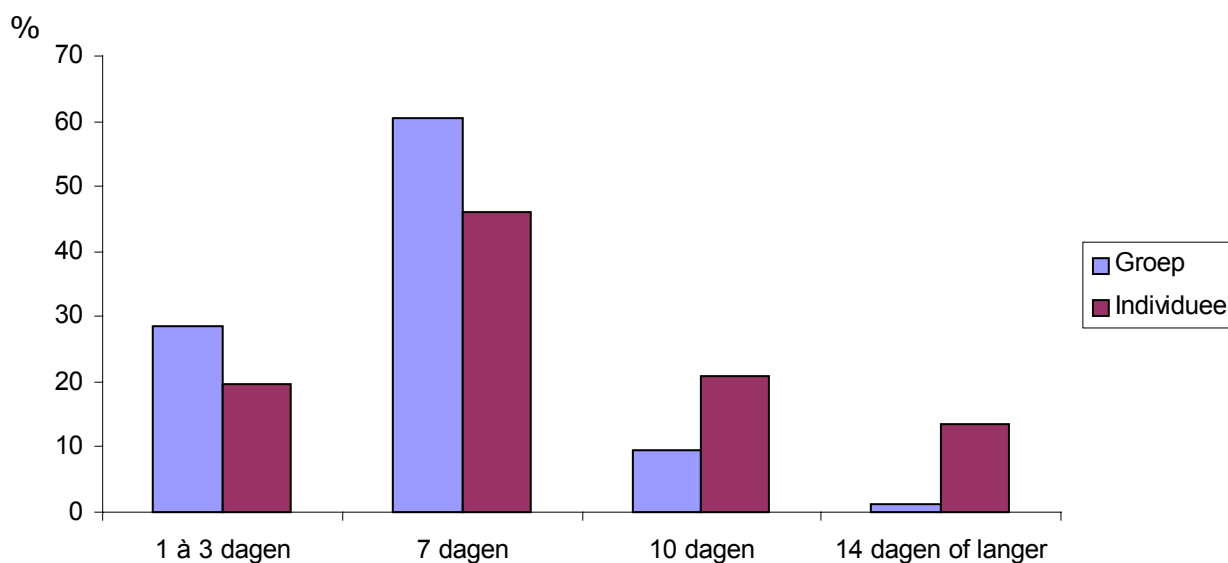
3. Reisgedrag van personen met een beperking en ouderen

3.1 Frequentie en duur

Ruim de helft van de bevestigde voorzieningen en verenigingen voor personen met een beperking en ouderen gaat minstens twee keer per jaar

op reis. 37,5% gaat één keer of minder per jaar op reis. Ongeveer 10% van de voorzieningen en verenigingen gaat nooit op reis: het organiseren van reizen behoort niet tot hun werking (60%), er zouden onvoldoende geschikte reisbestemmingen zijn (13%), voor de organisatie van reizen wordt een beroep gedaan op externe organisaties, ...

De bevraging bij individuele personen met een beperking en ouderen geeft enigszins verschillende resultaten. Ongeveer 46% gaat één keer per jaar of minder op reis, 38% gaat twee keer per jaar of meer op reis. 15% gaat nooit op reis. Redenen die hiervoor aangegeven worden zijn voornamelijk 'reizen is te duur' (79%) en 'er zijn onvoldoende reisbestemmingen aangepast aan mijn noden' (36%).



Figuur 3.3 De duur van vakanties?²⁹

Ook naar de duur van de vakanties zijn er verschillen tussen beide groepen van respondenten. Reizen van 1 week genieten bij beide groepen een voorkeur. Voorzieningen en verenigingen opteren vooral voor vakanties van kortere duur (max 1 week). Personen die autonoom hun reis plannen (al dan niet in groep) kiezen in vergelijking met verenigingen meer voor langere vakanties.

3.2 Het reisgezelschap

Ruim de helft van de deelnemers aan de bevraging over individueel reizen gaat doorgaans met zijn of haar gezin op reis (58%). Ongeveer een kwart kiest voor een georganiseerde groepsreis. In de vragenlijst werd ook gevraagd om een voorkeurskeuze te maken tussen een groepsvakantie en een individuele of gezinsvakanties. Deze resultaten liggen volledig in dezelfde lijn: driekwart van de respondenten heeft een voorkeur voor een individuele vakantie of een gezinsvakantie.

In de bevraging bij voorzieningen en verenigingen werd gevraagd naar de gemiddelde grootte van de groepen waarmee ze op reis gaan. Uit

²⁹ Er werd in de bevraging niet gevraagd naar het exacte aantal overnachtingen.

onderstaande tabel blijkt dat een kleine 40% van de respondenten op reis gaat met groepen van minstens 16 personen. Dit heeft uiteraard heel wat implicaties voor de keuze van een aangepaste verblijfsaccommodatie.

Tabel 3.7 Gemiddelde groeps grootte voor reizen georganiseerd door voorzieningen en verenigingen (n=92)

	%
1 persoon	2,2
2-5 personen	13,0
6-10 personen	32,6
11-15 personen	15,2
16 of meer personen	37,0

3.3 Bestemming en verblijfsaccommodatie

De verschillende respondenten opteren voornamelijk voor een vakantie in een landelijke omgeving of een vakantie aan de kust. Citytrips genieten weinig tot geen voorkeur. Wellicht biedt de perceptie van steden als 'minder toegankelijk' hiervoor deels een verklaring. Anderzijds zijn steden wel belangrijke attractiepolen voor uitstappen door toeristen. Dit impliceert dat niet enkel dient geïnvesteerd te worden in toegankelijke verblijfsaccommodatie, al dan niet in een rustige en groene omgeving, maar ook in de toegankelijkheid van attracties en bezienswaardigheden.

Respectievelijk 33% en 9% van de voorzieningen en verenigingen en de individuele respondenten heeft geen specifieke voorkeur. Vermoedelijk zal voor deze personen eerder de dienstverlening en de toegankelijkheid van de accommodatie zelf een grotere rol spelen.

Tabel 3.8 Voorkeursbestemming

	Verenigingen voorzieningen (n=90)	en Individueel (n=174)
Een vakantie in een stad	5,6	4,6
Een vakantie in een landelijke omgeving	25,6	33,3
Een vakantie aan de kust	24,4	43,1
Een vakantie in een vakantiepark met recreatiemogelijkheden	11,1	9,8
Andere	33,3	9,2

Daarnaast werd ook gevraagd naar de favoriete verblijfsaccommodatie. Tussen beide bevraagde groepen zijn er duidelijke verschillen die grotendeels verklaard kunnen worden door o.a. de voorwaarden die reizen in groep oplegt. Zo geven voorzieningen en verenigingen de voorkeur aan vakantiecentra, vakantiehuisjes en vakantieparken. Een kleine 20% verkiest een hotel. Bij de individuele respondenten kiest ruim de helft van de respondenten voor een hotel, een kwart geeft de voorkeur aan een vakantiehuisje of appartement.

Vier op tien van de voorzieningen en verenigingen verkiest een verblijfsaccommodatie die gespecialiseerd is in het ontvangen van gasten met een beperking en ouderen. Bij de individuele reizigers is dit drie op tien.

Ruim de helft van de bevroagde voorzieningen en verenigingen gaat liefst op vakantie in het binnenland, 20% heeft een voorkeur voor het buitenland en een kwart heeft geen specifieke voorkeur. Liefst wordt op midweekvakantie gegaan buiten de schoolvakanties. Individuele reizigers kiezen zowel voor het binnenland als voor het buitenland. Ook hier is er een opvallende voorkeur voor midweekvakanties in het laagseizoen.

Tabellen 3.9 en 3.10 geven een overzicht van de favoriete reisbestemmingen van de bevroagden in binnenland en buitenland. In het binnenland genieten de traditionele toeristische bestemmingen de Kust en de Ardennen de voorkeur. In het buitenland is er vooral een voorkeur voor Nederland en Frankrijk. Bij personen met een handicap en ouderen die individueel op vakantie gaan is de variatie in favoriete vakantiebestemmingen in het buitenland een opvallend gegeven.

Tabel 3.9 Favoriete reisbestemming (voorzieningen en verenigingen)

Binnenland	Buitenland
Ardennen	Nederland
De kust	Frankrijk
Heuvelland	Duitsland
Kempen	Oostenrijk
Evergem	Spanje
Vlaanderen	Italië
West-Vlaanderen	

Tabel 3.10 Favoriete reisbestemming (individuele respondenten)

Binnenland	Buitenland
Ardennen	Nederland
De kust	Frankrijk
De Voerstreek	Duitsland
Brugge	Oostenrijk
Limburg	Spanje
West-Vlaanderen	Canada
	Malta
	Portugal
	Griekenland
	Kroatië
	Wales
	Egypte
	Turkije
	Hongarije
	Tsjechië
	Zwitserland
	Filipijnen

3.4 Kostprijs

Naast toegankelijkheid is ook de kostprijs van een vakantie een niet onbelangrijke (rand)voorwaarde voor vakantieparticipatie van personen met een beperking en ouderen. In dit hoofdstuk kwam reeds naar voor dat de kostprijs door individuele personen met een beperking en ouderen

wordt aangehaald als een reden om niet op reis te gaan. In beide vragenlijsten werd gevraagd wat de maximale kostprijs zou mogen zijn voor een vakantie van één week in vol pension. Hierbij werd abstractie gemaakt van o.a. de reisbestemming, de verblijfsaccommodatie, de zorgnood, ...

Hoewel het hier dus slechts een inschatting betreft, geeft het toch een aantal indicaties. Voor ongeveer de helft van de bevraagde voorzieningen en verenigingen mag een week vakantie maximaal 450 Euro per persoon kosten. 7% is bereid om meer dan 850 Euro per week te spenderen. De inschattingen van beide groepen van respondenten lopen min of meer parallel.

Tabel 3.11 Maximale kostprijs van een week vakantie per persoon (vol pension)

	Verenigingen voorzieningen (n=67)	en Individueel (n=133)
≤ 250 Euro	26,9	15,8
251 - 450 Euro	23,9	28,0
451 - 650 Euro	23,9	27,8
651 - 850 euro	17,9	5,3
> 850 Euro	7,5	9,0

3.5 Samenvattend

De resultaten tonen duidelijk aan dat er heel wat verschillen zijn tussen groepsvakanties en individuele vakanties of vakanties met het eigen gezin. Individuele personen met een handicap en ouderen hebben een duidelijk voorkeur om op vakantie te gaan met het eigen gezin. Uit het vorige hoofdstuk bleek al dat zij voor hun assistentie vaak een beroep doen op familie of vrienden. Ruim de helft heeft een voorkeur voor een vakantie in een hotel of vakantiehuisje. Voorzieningen en verenigingen gaan vaak met 'grotere' groepen op reis. Dit heeft uiteraard implicaties voor o.a. de verblijfsaccommodatie. Zo zullen zij vaak opteren voor vakantiecentra of vakantieparken. Anderzijds bieden vakantiehuisjes vaak ook een interessant alternatief voor groepen met een beperkte grootte.

Personen met een handicap en hun verenigingen of voorzieningen hebben voor hun binnenlandse vakanties een duidelijke voorkeur voor traditionele vakantiebestemmingen zoals de Kust en de Ardennen.

Een niet onbelangrijke factor is de kostprijs van een week vakantie in een comfortabele en toegankelijke omgeving. Ongeveer 50% van de voorzieningen en verenigingen en individuele reizigers geeft aan maximaal 450 euro per week in vol pension te willen (kunnen) spenderen. Voor respectievelijk 28% en 16% van de respondenten ligt de maximale grens zelfs op 250 Euro. Dit impliceert wellicht dat er (ook) een duidelijke vraag is naar een (toegankelijk) vakantieaanbod binnen het kader van het sociaal toerisme (zie verder).

Bovendien lijkt er ook sprake te zijn van een 'reserve-potentieel' voor zorgvakanties in Vlaanderen. 36% van de respondenten gaf immers aan

dat een gebrek aan toegankelijke accommodatie een voorname reden is om niet op reis te gaan.

Deze paragraaf beperkte zich tot het reisgedrag van de respondenten. In de volgende paragraaf wordt specifiek aandacht besteed aan de zorgnood van de respondenten en de verwachtingen die zij stellen t.a.v. de dienstverlening en infrastructuur in vakantiecentra en hotels.

4. Zorg en dienstverlening

4.1 Noden en behoeften

De deelnemers aan de bevraging kregen verschillende aspecten voorgelegd m.b.t. infrastructuur, dienstverlening, hulpmiddelen en assistentie. Er werd hen telkens gevraagd om op een vijfpuntenschaal aan te geven in welke mate ieder van deze aspecten voor hen noodzakelijk is om op reis te kunnen gaan. De verschillende aspecten per thema en per respondentengroep weergegeven.

4.1.1 Infrastructuur

Uit beide bevestigingen blijkt duidelijk dat de (fysieke) toegankelijkheid van toeristische infrastructuur en attracties voor een grote groep van respondenten een zeer belangrijke voorwaarde om op reis te kunnen gaan. Uiteraard zijn er verschillen naargelang de aard en de ernst van de beperkingen

Tabel 3.12 en 3.13 geven een gedetailleerd overzicht van de verschillende aspecten m.b.t. infrastructuur die bevestigd werden. Een lift, een aangepast toilet, een aangepaste badkamer, een drempelloze inkom en breder gangen en deuren worden het meest noodzakelijk geacht.

Tabel 3.12 In welke mate moeten volgende aspecten m.b.t. infrastructuur noodzakelijk aanwezig zijn voor de personen waarvoor u verantwoordelijk bent/ die u begeleidt? (n=100) – (voorzieningen en verenigingen)

	Absoluut niet noodzakelijk	Eerder niet noodzakelijk	Tussenin	Eerder noodzakelijk	Absoluut noodzakelijk
Een lift	7,7	8,6	9,6	23,0	51,0
Een aangepast toilet	15,0	13,0	5,0	18,0	49,0
Een aangepaste badkamer	10,9	15,8	6,9	19,8	46,5
Beugels aan de muur	12,1	10,1	14,1	24,2	39,4
Contrastmarkeringen op trappen en deuren	10,0	26,0	28,0	30,0	6,0
Een drempelloze inkom	8,0	10,0	10,0	28,0	44,0
Brede gangen en deuren	8,9	12,9	12,9	28,7	36,6
Alarm-oproepsystemen	8,2	35,7	26,5	19,4	10,2
Andere*	5,0	5,0	10,0	35,0	45,0

(*) n=20

Tabel 3.13 In welke mate moeten volgende aspecten m.b.t. infrastructuur aanwezig zijn voor u als u op reis gaat? (n=179) – (individuele respondenten)

	Absoluut niet noodzakelijk	Eerder niet noodzakelijk	Tussenin	Eerder noodzakelijk	Absoluut noodzakelijk
Een lift	7,3	5,0	9,5	19,0	59,2
Een aangepast toilet	27,3	18,6	15,7	14,5	23,8
Een aangepaste badkamer	22,0	17,0	13,6	20,9	26,6
Beugels aan de muur	16,6	13,1	16,6	28,6	25,1
Contrastmarkeringen op trappen en deuren	38,8	20,6	14,7	14,1	11,8
Een drempelloze inkom	11,3	10,2	13,6	27,1	37,9
Brede gangen en deuren	18,6	13,4	19,8	18,6	29,7
Alarm-oproepsystemen	28,2	25,9	19,4	12,4	14,1
Andere*	32,4	2,9	5,9	26,5	32,4

(*) n=34 (hoog-laag bed, paden, kamers op het gelijkvloers, verlaagde balie, ...)

4.1.2 Dienstverlening

Beide respondentengroepen hechten een groot belang aan personeel dat opgeleid is om personen met een beperking en ouderen klantvriendelijk te onthalen. De bevraagde voorzieningen en verenigingen geven daarnaast aan dat dieetfaciliteiten en aangepaste maaltijden een noodzaak zijn voor een groot deel van de personen met een beperking en ouderen waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Over de noodzaak van de andere aspecten m.b.t. dienstverlening zijn de meningen wat verdeeld. Ook hier speelt de aard en de ernst van de beperkingen en niet onbelangrijke rol.

Tabel 3.14 In welke mate moeten volgende aspecten m.b.t. dienstverlening noodzakelijk aanwezig zijn voor de personen waarvoor u verantwoordelijk bent/ die u begeleidt? (n=100) – (voorzieningen en verenigingen)

	Absoluut niet noodzakelijk	Eerder niet noodzakelijk	Tussenin	Eerder noodzakelijk	Absoluut noodzakelijk
Personeel dat opgeleid is om personen met een beperking of ouderen klantvriendelijk te onthalen	3,0	13,0	22,0	39,0	23,0
Informatie in grootschrift of braille	29,0	40,0	19,0	10,0	2,0
Een personeelslid dat de Vlaamse Gebarentaal beheerst	50,0	26,0	16,0	6,0	2,0
Toegang en opvang voor assistentie- of blindegeleide honden	54,0	25,0	10,0	7,0	4,0
Aangepaste maaltijden - dieetfaciliteiten	8,1	12,1	21,2	22,2	36,4
Een rustige, aparte eetruimte in het restaurant	16,5	22,3	24,3	29,1	7,8
Een aangepaste vervoersdienst	16,2	26,2	28,3	22,2	7,1
Wasserette/wasdienst	20,2	31,3	25,3	19,2	4,0

Andere* 66,7 / / 33,3 /

(*) n=3

Tabel 3.15 In welke mate moeten volgende aspecten m.b.t. dienstverlening noodzakelijk aanwezig zijn voor u als u op reis gaat? (n=178) – (individuele respondenten)

	Absoluut niet noodzakelijk	Eerder niet noodzakelijk	Tussenin	Eerder noodzakelijk	Absoluut noodzakelijk
Personeel dat opgeleid is om personen met een beperking of ouderen klantvriendelijk te onthalen	15,7	11,2	18,0	29,8	25,3
Informatie in grootschrift of braille	54,7	12,9	13,5	10,0	8,8
Een personeelslid dat de Vlaamse Gebarentaal beheerst	69,0	12,3	9,4	7,0	2,3
Toegang en opvang voor assistentie- of blindegeleide honden	64,7	8,8	7,7	8,8	10,0
Aangepaste maaltijden - dieetfaciliteiten	46,5	12,2	16,3	14,0	11,1
Een rustige, aparte eetruimte in het restaurant	41,1	20,0	19,4	10,9	8,6
Een aangepaste vervoersdienst	31,0	11,9	23,8	17,9	15,5
Wasserette/wasdienst	45,6	21,3	18,9	7,1	7,1

4.1.3 Hulpmiddelen

Tabellen 3.16 en 3.17 geven een overzicht van de ingeschatte noodzakelijkheid van diverse hulpmiddelen. Hoewel ook hier de noodzakelijkheid afhankelijk is van de aard en de ernst van de beperkingen zijn voor heel wat personen met een beperking en/of ouderen hulpmiddelen, zoals rolstoelen, tilsystemen, een hoog-laag bed, enz. noodzakelijk om op reis te gaan. Een hotelkit voor doven en slechthorend wordt weinig noodzakelijk geacht. Deze vaststelling is niet verwonderlijk gezien de geringe vertegenwoordiging van deze doelgroep in de bevraging.

Tabel 3.16 In welke mate moeten volgende hulpmiddelen noodzakelijk aanwezig zijn voor de personen waarvoor u verantwoordelijk bent/die u begeleidt? (n=100) – (voorzieningen en verenigingen)

	Absoluut niet noodzakelijk	Eerder niet noodzakelijk	Tussenin	Eerder noodzakelijk	Absoluut noodzakelijk
Rolstoelen	27,0	27,0	15,0	18,0	13,0
Aangepast eetgerief	31,0	31,0	26,0	6,0	6,0
Een mobiel of vast tilsysteem (vb. stalen verpleegster)	29,3	15,1	14,1	23,2	18,1
Doucherolstoel	25,7	10,9	14,8	23,8	24,8
Hoog-Laag bed	23,2	11,1	19,2	28,3	18,2
Verzorgingstafel	31,0	21,0	15,0	17,0	16,0

Een hotelkit voor dove en slechthorende personen (trilkussen, mobiele ringleiding, ...)	49,0	27,1	13,5	3,1	7,3
Andere	57,1	/	/	/	42,9

(*) n=7

Tabel 3.17 In welke mate moeten volgende hulpmiddelen noodzakelijk aanwezig zijn voor u als u op reis gaat? (n=170) – (individuele respondenten)

	Absoluut niet noodzakelijk	Eerder niet noodzakelijk	Tussenin	Eerder noodzakelijk	Absoluut noodzakelijk
Rolstoelen	38,2	8,8	18,2	18,8	15,9
Aangepast eetgerief	64,0	12,8	14,6	4,9	3,7
Een mobiel of vast tilsysteem (vb. stalen verpleegster)	56,5	15,9	15,3	4,7	7,7
Doucherolstoel	45,9	11,2	11,2	21,2	10,6
Hoog-Laag bed	40,8	9,8	21,3	17,3	10,9
Verzorgingstafel	61,8	14,7	10,6	8,8	4,1
Een hotelkit voor dove en slechthorende personen (trilkussen, mobiele ringleiding, ...)	69,3	11,5	8,4	3,6	7,2
Andere*	60,0	12,0	/	4,0	24,0

(*) n=25

4.1.4 Assistentie en medische verzorging

Voor de verschillende bevraagde aspecten m.b.t. assistentie en medische verzorging zijn er tussen beide groepen verschillen naar inschatting van hun noodzakelijkheid om op reis te gaan. Reeds eerder bleek dat voorzieningen en verenigingen bij groepsreizen zelf vaak instaan voor de nodige assistentie en begeleiding. Personen met een handicap en ouderen die alleen of met hun gezin reizen ervaren in een aantal gevallen wel deze noodzaak .

Tabel 3.18 In welke mate moeten volgende aspecten m.b.t. assistentie en medische verzorging aanwezig zijn voor de personen waarvoor u verantwoordelijk bent/ die u begeleidt? (n=100) – (voorzieningen en verenigingen)

	Absoluut niet noodzakelijk	Eerder niet noodzakelijk	Tussenin	Eerder noodzakelijk	Absoluut noodzakelijk
Medische verzorging	34,0	27,0	23,0	9,0	7,0
24u op 24u (medische) permanentie	32,0	34,0	18,0	9,0	7,0
Ergotherapie - kinesitherapie	42,0	27,0	22,0	7,0	2,0
Assistentie bij het verplaatsen van bagage	23,0	23,0	14,0	27,0	13,0

Assistentie bij het aankleden en wassen	37,4	31,3	11,1	11,1	9,1
Assistentie bij het eten	38,4	31,3	11,1	10,1	9,1
Assistentie bij het maken van uitstappen	30,0	25,0	18,0	16,0	11,0
Andere*	50,0	33,3	/	/	16,7

(*) n=6

Tabel 3.19 In welke mate moeten volgende aspecten m.b.t. assistentie en medische verzorging aanwezig zijn voor u als u op reis gaat? (n=174) – (individuele respondenten)

	Absoluut niet noodzakelijk	Eerder niet noodzakelijk	Tussenin	Eerder noodzakelijk	Absoluut noodzakelijk
Medische verzorging	41,4	20,7	17,2	10,3	10,3
24u op 24u (medische) permanentie	48,9	19,5	14,9	10,3	6,3
Ergotherapie - kinesitherapie	34,1	18,2	23,5	11,8	12,4
Assistentie bij het verplaatsen van bagage	20,6	4,0	15,4	32,0	28,0
Assistentie bij het aankleden en wassen	45,4	14,9	14,9	11,5	13,2
Assistentie bij het eten	56,1	13,3	16,2	7,5	6,9
Assistentie bij het maken van uitstappen	28,0	10,9	17,1	18,9	25,1
Andere*	55,0	10,0	10,0	5,0	20,0

(*) n=20

Toerisme is meer dan enkel een vakantieverblijf. Op vakantie willen mensen attracties en bezienswaardigheden bezoeken, iets gaan eten en drinken, winkelen, enz. De bevraging maakt duidelijk dat enkel de toegankelijkheid van de verblijfsaccommodatie onvoldoende is: respectievelijk 70% en 54% van de verenigingen en individuele respondenten geven aan dat toegankelijke attracties en recreatiemogelijkheden een noodzakelijke voorwaarde zijn.

Tabel 3.20 In welke mate moeten andere voorzieningen aanwezig zijn voor de personen waarvoor u verantwoordelijk bent/ die u begeleidt? (n=93) – (voorzieningen en verenigingen)

	Absoluut niet noodzakelijk	Eerder niet noodzakelijk	Tussenin	Eerder noodzakelijk	Absoluut noodzakelijk
Toegankelijke attracties en recreatiemogelijkheden in/aan het vakantieverblijf	4,3	6,4	18,3	35,5	35,5
Andere*	23,1	/	7,7	30,8	38,5

(*) n=13

Tabel 3.21 In welke mate moeten andere voorzieningen aanwezig zijn voor u als u op reis gaat? (n=173) – (individuele reizigers)

	Absoluut niet noodzakelijk	Eerder niet noodzakelijk	Tussenin	Eerder noodzakelijk	Absoluut noodzakelijk
Toegankelijke recreatiemogelijkheden en attracties in/aan het vakantieverblijf	15,3	5,2	26,0	23,7	30,1
Andere*	34,8	8,7	8,7	4,4	43,5

(*) n=23

4.2 Verwachtingen t.a.v. dienstverlening

In de bevraging werd niet enkel gevraagd naar de noodzakelijkheid van bepaalde diensten of hulpmiddelen, maar werd tevens gevraagd in welke mate ze dienen voorzien te worden door een vakantiecentrum of hotel.

Het overgrote deel van de bevroagde voorzieningen en verenigingen (87%) verwacht niet dat hotels of vakantiecentra assistentie verzorgen voor personen met een beperking of ouderen. De reden hiervoor ligt voor de hand: de verenigingen en de voorzieningen voorzien vrijwel allemaal zelf de nodige assistentie voor de mensen waarmee zij op reis gaan.

Een kwart van de bevroagde individuele personen met een beperking en ouderen verwacht dat het hotel of vakantiecentrum waar zij verblijven de nodige assistentie beidt. De personen die geen assistentie verwachten zorgen voornamelijk zelf voor de nodige assistentie en begeleiding.

T.a.v. hulpmiddelen ligt het verwachtingspatroon wat anders. 67% van de mensen die een hulpmiddel nodig hebben zouden graag hebben dat het vakantieverblijf dit ter beschikking stelt.

De verschillende respondenten vinden dat toegankelijke infrastructuur een basisvoorziening moet zijn. Respectievelijk de helft en iets meer dan de helft van de individuele respondenten en de bevroagde voorzieningen en verenigingen zou bereid zijn om extra betalen voor hulpmiddelen, assistentie en aangepast vervoer.

4.3 Opvattingen over toegankelijk toerisme

In een laatste deel van de vragenlijst werd de deelnemers aan de bevraging gevraagd om voor 13 algemene stellingen over toegankelijk toerisme aan te geven in welke mate zij met ieder van deze stellingen akkoord waren. De beoordelingen van beide respondentengroepen worden weergegeven in Tabel 3.22 en Tabel 3.23. Beide tabellen tonen duidelijk aan dat de meningen in de respondentengroep verdeeld zijn.

Het merendeel van de respondenten is het niet eens met de stellingen dat personen met een beperking of ouderen best op reis gaan in een gespecialiseerd hotel of vakantiecentrum. Een belangrijk knelpunt om niet op reis te gaan is vooral de ontoegankelijkheid van de omgeving. En een onvoldoende aanbod aan hotels en vakantiecentra die geschikt zijn voor personen met een beperking en ouderen. Voor individuele reizigers spelen ook een tekort aan informatie in een toegankelijk formaat en de kostprijs van specifieke dienstverlening een rol.

Tabel 3.22 Kan u voor volgende stellingen aangeven in welke mate u er mee akkoord bent? (n=102) – (voorzieningen en verenigingen)

	Helemaal akkoord	niet akkoord	Eerder akkoord	Helemaal akkoord	niet akkoord
Personen met een beperking of ouderen gaan best op reis naar gespecialiseerde hotels of vakantiecentra.	37,3	33,3	15,7	10,8	2,9
Onze voorziening of vereniging zou meer op reis gaan indien er meer vakantiebestemmingen toegankelijk zijn voor onze gebruikers.	16,0	27,0	30,0	15,0	12,0
Toerisme is te duur voor personen met een beperking en ouderen	9,8	25,5	21,6	23,5	19,6
Personen met een handicap en ouderen zijn bereid om extra te betalen indien zij gebruik kunnen maken van de hulpmiddelen van een hotel	8,9	26,7	31,7	29,7	3,0
Een ontoegankelijke omgeving is een reden om niet op reis te gaan	5,0	11,9	7,9	39,6	35,6
De afwezigheid van aangepast vervoer is een reden om niet op reis te gaan	9,1	28,3	19,2	31,3	12,1
De afwezigheid van medische verzorging of permanentie is een reden om niet op reis te gaan	19,2	29,3	26,3	18,2	7,1
De afwezigheid van assistentie is een reden om niet op reis te gaan	18,0	32,0	27,0	15,0	8,0
De kostprijs van extra service (o.a. assistentie) is een reden voor personen met een handicap en ouderen om niet op reis te gaan.	9,3	19,6	29,9	26,8	14,4
De afwezigheid van informatie in een toegankelijk formaat is een reden voor personen met een handicap en ouderen om niet op reis te gaan	10,0	24,0	26,0	30,0	10,0
Er zijn voldoende hotels en vakantiecentra die geschikt zijn voor personen met een beperking en ouderen	27,3	30,3	23,2	13,1	6,1
De afwezigheid van aangepaste recreatiemogelijkheden in de onmiddellijke omgeving van de verblijfplaats is een reden om niet op reis te gaan	8,1	28,3	20,2	27,3	16,2
Personen met een handicap en ouderen gaan vrijwel niet op reis	36,0	34,0	17,0	11,0	2,0

Tabel 3.23 Kan u voor volgende stellingen aangeven in welke mate u er mee akkoord bent? (n=180) – (individuele respondenten)

	Helemaal akkoord	niet akkoord	Eerder akkoord	Helemaal akkoord	niet akkoord
Personen met een beperking of ouderen gaan best op reis naar gespecialiseerde hotels of vakantiecentra.	37,8	27,2	14,4	15,0	5,6
Ik zou meer op reis gaan indien er meer vakantiebestemmingen toegankelijk zouden zijn.	17,3	14,5	20,7	18,4	29,1
Toerisme is te duur voor personen met een beperking en ouderen	9,1	12,5	21,0	34,1	23,3
Personen met een handicap en ouderen zijn bereid om extra te betalen indien zij gebruik kunnen maken van de hulpmiddelen van een hotel	18,8	21,6	30,7	23,9	5,1
Een ontoegankelijke omgeving is een reden om niet op reis te gaan	9,0	8,5	9,0	24,9	48,6

te gaan					
De afwezigheid van aangepast vervoer is een reden om niet op reis te gaan	16,5	20,5	21,6	19,9	21,6
De afwezigheid van medische verzorging of permanentie is een reden om niet op reis te gaan	20,6	25,7	22,3	17,1	14,3
De afwezigheid van assistentie is een reden om niet op reis te gaan	19,1	22,0	20,2	20,2	18,5
De kostprijs van extra service (o.a. assistentie) is een reden voor personen met een handicap en ouderen om niet op reis te gaan.	11,1	14,6	25,2	28,7	20,5
De afwezigheid van informatie in een toegankelijk formaat is een reden voor personen met een handicap en ouderen om niet op reis te gaan	10,3	13,1	28,6	24,6	23,4
Er zijn voldoende hotels en vakantiecentra die geschikt zijn voor personen met een beperking en ouderen	32,8	21,1	19,9	20,5	5,9
De afwezigheid van aangepaste recreatiemogelijkheden in de onmiddellijke omgeving van de verblijfplaats is een reden om niet op reis te gaan	13,3	22,5	28,3	20,8	15,0
Personen met een handicap en ouderen gaan vrijwel niet op reis	28,7	18,4	23,0	18,4	11,5

4.4 Samenvattend

Deze paragraaf ging specifiek over de nood aan zorg en dienstverlening die personen met een beperking en ouderen mogelijk hebben wanneer ze op reis gaan. Opnieuw kwam duidelijk naar voor dat toegankelijke toeristische voorzieningen en een toegankelijke omgeving voor een grote groep van personen met een beperking en ouderen een cruciale voorwaarde is om op reis te gaan. De bevroegde respondenten aanzien dit als een basisvoorziening.

Zorgbehoeften zijn verschillend in functie van de aard en de ernst van de beperkingen die een persoon heeft.

Naar dienstverlening is het een noodzaak dat personeelsleden van een hotel of vakantiecentrum opgeleid zijn in het omgaan met personen met een beperking en ouderen. De bevroegde voorzieningen en verenigingen wijzen ook op de noodzaak aan aangepaste maaltijden en dieetfaciliteiten.

Het merendeel van de respondenten verwacht niet dat een vakantiecentrum of hotel assistentie verzorgt. Dit geldt zeker voor voorzieningen en verenigingen die hier meestal zelf voor instaan. Naar hulpmiddelen toe bestaat er wel een verwachtingspatroon ten aanzien van vakantiecentra en hotels. Ongeveer de helft van de bevroegden is bereid om extra te betalen indien een vakantiecentrum of hotel hierin voorziet.

Hoofdstuk 4: Focusgroep met reisorganisatoren

Reisorganisatoren vervullen vaak een intermediaire rol tussen de vakantiecentra en de vakantiegangers. Vanuit hun functie en hun achtergrond (bijvoorbeeld omdat ze ook de rol van belangenvereniging op zich nemen of nauw betrokken zijn bij een vereniging of voorziening) kunnen ze wellicht best ingedeeld worden bij de vraagzijde. Hoewel deze indeling weliswaar niet 100% zuiver is hebben we ervoor geopteerd om hen mee te nemen in de analyse van de vraagzijde. Er werd gekozen om specifiek op deze groep in te zoomen door middel van een focusgroep. De focusgroep-methode is een kwalitatieve methode die kan beschouwd worden als een vorm van een groepsinterview en is bedoeld om rijke informatie te verzamelen. In wat volgt wordt eerst kort het opzet van de focusgroep beschreven. In het laatste deel van dit hoofdstuk worden de voornaamste bevindingen weergegeven.

1. De focusgroep als kwalitatieve methode

Het gebruik van focusgroepen in onderzoek biedt een aantal voordelen. Zo laat de methode toe om bevindingen ter discussie te stellen en bijkomende argumentatie te verschaffen. De interactie met andere deelnemers laat toe om extra informatie te verzamelen die mogelijk in een individueel interview niet aan bod zou komen. De methode is er voornamelijk op gericht om gegevens te genereren.

In de literatuur m.b.t. kwalitatieve onderzoeksmethoden wordt uitgebreid aandacht besteed aan het opzet en de toepassing van de focusgroep-methode (zie o.a. Morgan, 1997³⁰; Greenbaum, 2000³¹; enz.) De focusgroep-methode bestaat erin dat een beperkte groep mensen, gerekruteerd op basis van gelijkaardige kenmerken, onderling thema's bespreekt die aangereikt worden door een moderator. Een focusgroep duurt gemiddeld 2 à 3 uur. Op basis van methodologische overwegingen wordt vooropgesteld dat bij voorkeur maximaal 12 à 15 personen deelnemen aan een dergelijke groepsdiscussie.

In het kader van deze onderzoeksopdracht vormde de focusgroep

- (1) een mogelijkheid om een duidelijk zicht te krijgen op de visies en verwachtingen van organisatoren van zorgvakanties.
- (2) Een diepgaande aanvulling van de aspecten die via de online-bevraging verzameld werden bij personen met een handicap of ouderen en hun verenigingen of voorzieningen.

³⁰ Morgan D.L. (1997), Focus Groups as Qualitative Research, Qualitative Research Methods Series Volume 16 Second Edition, Sage Publications.

³¹ Greenbaum T.L. (2000), Moderating Focus Groups: A Practical Guide for Group Facilitation, Sage Publications, Inc.

2. Opzet van de focusgroep

1.1 De deelnemers

De focusgroep met organisatoren van vakanties voor personen met een handicap en ouderen werd georganiseerd in Brussel op 6 maart 2007 van 14u00 tot 16u30. De samenstelling van de deelnemers aan de focusgroep gebeurde in overleg met Toerisme Vlaanderen.

Aan deze focusgroep namen 13 personen deel. Daarnaast was er één moderator en één verslaggever; deze rollen werden opgenomen door medewerkers van het Toegankelijkheidsbureau. De deelnemers kregen op voorhand per E-mail informatie toegestuurd over het verloop en de inhoud van de focusgroep.

Tabel 4.1 Deelnemers aan de focusgroep

Naam	Organisatie
Suleyman Harrouch	VFG Nationaal
Nil Depoortere	Vzw De Kei
Willy Verbeek	VZW Stijn
Greet Vandenrijt	Toerisme Vlaanderen
Pieter Geysels	Toerisme Vlaanderen
Bart De Ceuster	Blindenzorg Licht en Liefde
Karin Vaesen	Blindenzorg Licht en Liefde
Roel Van de Wygaert	Verbond van Verzorgingsinstellingen
Sarah Cox	Ziekenzorg CM
José Scherpereel	Cerevam
Sabine Scherpereel	Cerevam
Robin Vandenbosch	Crejaksie
Peter Goldenberg	Jong KVG (Hannibal)
Steven Vos	Toegankelijkheidsbureau
An De Becker	Toegankelijkheidsbureau

Het verloop van de focusgroep werd opgenomen met een datarecorder. Daarnaast werd schriftelijk verslag genomen.

2.2 Verloop van de focusgroep

Op voorhand werd een leidraad opgesteld. Deze leidraad zorgde er voor dat de verschillende vooropgestelde thema's aan bod kwamen tijdens het groeps gesprek, maar liet wel voldoende vrijheid en ruimte om andere thema's toe te voegen. In het verloop van de focusgroep werden 4 delen onderscheiden.

- (I) De deelnemers werden verwelkomd en kregen een toelichting over het opzet van de focusgroep en het ruimere onderzoeksproject. Nadien volgde een korte voorstellingsronde van de deelnemers, Toerisme Vlaanderen en de onderzoeksequipe.
- (II) Het tweede deel ging dieper in op de werking van de verschillende organisaties en het doelpubliek van de verschillende organisaties.

- (III) In een volgend deel werd specifiek aandacht besteed aan de reisbestemmingen die gekozen worden en de voorwaarden waaraan deze moeten voldoen om zorgeloos op vakantie te kunnen gaan. Aspecten zoals vervoer, verblijf, assistentie en begeleiding, ... kwamen hierbij aan bod.
- (IV) In het laatste deel kwam de rol van de overheid aan bod en werd gevraagd naar de verwachtingen hieromtrent van de deelnemers.

3. Bevindingen

De beschrijving van de bevindingen van de focusgroep zal per onderwerp gebeuren op basis van de volgorde van aspecten die door moderator geïntroduceerd werden. De bevindingen die worden weergegeven zijn een analyse van de ruwe gegevens.

Aangezien de focusgroep-methode er op gericht is om gegevens te genereren, worden er dan ook geen kwantitatieve uitspraken gedaan over deze kwalitatieve gegevens.

3.1 Aanbod en doelgroep

3.1.1 Organisaties en hun aanbod

Grosso modo kunnen een drietal groepen onderscheiden worden binnen de deelnemers aan de focusgroep: (1) (belangen)verenigingen voor personen met een handicap; (2) voorzieningen en vormingsorganisaties voor personen met een handicap; en (3) reisorganisaties voor personen met een handicap/ouderen. Bij de twee eerste groepen is de organisatie van reizen en vakanties voor hun doelpubliek aanvullend bij hun reguliere werking (vb. belangenbehartiging, organisatie van vorming, opvang, ...). De laatste groep is specifiek actief als reisorganisatie voor personen met een handicap en/of ouderen.

3.1.2 Doelpubliek

De verschillende deelnemende organisaties organiseren vakanties en reizen voor personen met diverse handicaps en/of chronische ziekten (o.a. visuele handicap, motorische handicap, verstandelijke handicap, diabetisch, epilepsie, autisme, dementie, ...) en voor diverse leeftijdsgroepen: kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen.

De groepsgrootte van de groepsreizen varieert sterk van 10 à 15 deelnemers tot een 40-tal. Specifieke kenmerken van de groep en de aard van de omkadering die dient geboden te worden kunnen deels deze variatie verklaren.

Een aantal organisaties zijn actief voor één specifieke handicap (vb. Blindenzorg Licht en Liefde) of één specifiek leeftijdssegment (vb. Crejaksie organiseert vakanties voor jongeren van 5 tot 25 jaar).

3.2 Vakanties

3.2.1 Groepsreizen versus individueel reizen

Met uitzondering van Ziekenzorg organiseren de deelnemers aan de focusgroep uitsluitend reizen voor groepen. Ziekenzorg is sinds dit jaar begonnen met het aanbieden van individuele reizen naar buitenlandse bestemmingen zoals Palma de Mallorca en Trier. Hierbij wordt ook ter plaatse verpleegkundige ondersteuning geboden.

De organisatie van groepsreizen en individuele reizen voor personen met een handicap en/of ouderen hebben iedere een specifieke eigenheid. Voor de organisatie van groepsreizen is wellicht het vinden van een verblijfsaccommodatie die afgestemd is op de noden van een groep van personen met een handicap en/of ouderen een groter knelpunt. Voor individuele reizen is bijvoorbeeld de organisatie van assistentie en begeleiding wellicht minder eenvoudig.

3.2.2 Reisbestemming

Verblijfsaccommodatie

De deelnemers aan de focusgroep onderschrijven de vaststelling die aan de basis van dit onderzoek lag, namelijk dat in Vlaanderen het aanbod aan aangepaste vakantievoorzieningen voor (groepen van) personen met een handicap eerder beperkt zou zijn. Daarom opteren heel wat van de deelnemende organisaties voor vakanties in Nederland.

Uiteraard is het essentieel om hierbij een onderscheid te maken in functie van de noden van de doelgroep voor wie de reizen georganiseerd worden. Niet voor iedereen zal een verblijfsaccommodatie integraal toegankelijk moeten zijn.

Zo organiseert vzw De Kei bijvoorbeeld vakanties voor personen met een licht mentale handicap. Voor hen is de fysieke toegankelijkheid van hun reisbestemming niet zo belangrijk, veelal is het belangrijk een reisbestemming te kiezen die open staat voor hun doelgroep en die hierop kan inspelen met een klantvriendelijk onthaal en een gepaste dienstverlening. Zo zullen zij veelal opteren voor eerder kleinschalige vakanties waarbij gestreefd wordt naar maximale inclusie.

Deze verschillen komen ook tot uiting in de keuze van vakantiebestemmingen. Zo zullen (grotere) groepen met een hogere zorgnood veelal opteren voor vakantiecentra die zijn afgestemd op de noden van hun doelgroep (toegankelijkheid, beschikbaarheid van hulpmiddelen, ...). Andere organisaties zullen in functie van hun reispubliek opteren voor hotels, jeugdherbergen, vakantieparken, ...

Ook opteren een aantal aanwezigen voor vakantieverblijven met aparte units (10 à 15 personen) met zelfkookmogelijkheden.

Hoewel verschillende vakantiebestemmingen behoren tot het aanbod van de verschillende organisaties, opteren een aantal organisaties (vaak uit noodzaak) steeds voor vertrouwde vakantiebestemmingen.

Het is evenwel niet voldoende dat een verblijfsaccommodatie toegankelijk is, ook de omgeving van de vakantiebestemming moet afgestemd zijn op de noden van toeristen met specifieke zorgnoden: toegankelijke attracties, vervoer, sanitaire voorzieningen, aangepaste wandelpaden, ...

Binnenland versus buitenland

De verschillende organisaties die deelnamen aan de focusgroep organiseren zowel vakanties in binnenland als in buitenland. Aan de organisatie van deze reizen gaat een hele periode van prospectie aan vooraf.

Een aantal van de deelnemende organisaties doet hiervoor een beroep op een reisbureau waarmee men vaak doorheen de jaren een vertrouwensband heeft opgebouwd.

Andere organisaties nemen op voorhand contact met organisaties die in de landen van bestemming actief zijn om hen op weg te helpen bij de keuze van een geschikte verblijfsaccommodatie en het uitwerken van een interessant vakantieprogramma.

Goede voorbeelden

Aan de deelnemers aan de focusgroep werd gevraagd naar goede voorbeelden van vakantiebestemmingen in binnenland en buitenland. Voor personen met een zwaardere zorgnood wordt vooral verwezen naar vakantiecentra in Nederland.

3.2.3 Vervoer

De toegankelijkheid van de reisbestemming is een noodzakelijke voorwaarde voor de organisatie van reizen, maar daarnaast speelt ook de bereikbaarheid een niet onbelangrijke rol. Dit impliceert zowel bereikbaarheid via het openbaar vervoer, maar ook aangepast vervoer dat door de organisaties zelf voorzien wordt. Voor reizen naar het buitenland is dit zeker niet altijd evident: voorbeeld een reis met verschillende rolstoelgebruikers waarbij men naar de vakantiebestemming wenst te vliegen.

Ook ter plaatse is het belangrijk, o.a. om uitstappen te doen, om over aangepast vervoer te beschikken.

3.2.4 Vakantieperiode

De deelnemende organisaties verschillen in de periode die zij verkiezen voor de organisatie van hun reizen. De voorzieningen die deel uit maken van vzw Stijn geven bijvoorbeeld duidelijk de voorkeur aan vakanties in het laagseizoen: de kostprijs speelt hierbij een niet onbelangrijke rol.

Andere organisatie opteren voor het hoogseizoen: aangezien het doelpubliek van vzw De Kei uit heel wat werkenden bestaat wordt bewust gekozen voor vakantieperiodes. Andere organisaties bieden zowel vakanties aan in het hoogseizoen als in het laagseizoen.

3.2.5 Omkadering

Een belangrijk aspect bij de organisatie van reizen voor groepen van personen met een handicap en/of ouderen is de ondersteuning en begeleiding die bij deze reizen geboden wordt door vrijwilligers. Vrijwilligers vervullen hierbij een centrale rol. Bij de meeste deelnemende organisaties staan weliswaar professionelen in voor de vorming en begeleiding van de vrijwilligers en de voorbereiding van reizen, maar zijn het de vrijwilligers die tijdens de vakanties ondersteuning en begeleiding bieden.

In functie van de zorgnood van de deelnemers en de grootte van de groep impliceert dit de inzet van grote aantallen vrijwilligers. Dit varieert van 1 op 1 tot 1 op 5.

Voor de meeste deelnemende organisatie is het vinden van vrijwilligers niet onmiddellijk het grootste probleem, maar wel de kostprijs die verbonden is aan de inzet van vrijwilligers. Alle organisaties zorgen ervoor dat de vrijwilligers gratis mee op reis kunnen gaan (met uitzondering van enkele buitenlandse bestemmingen waarbij de vrijwilligers zelf een deel betalen). Dit impliceert uiteraard een kostprijs die doorgerekend wordt aan de vakantiegangers en/of gedragen wordt door de verenigingen zelf. Voor individuele vakantiegangers kan dit een forse meerprijs betekenen voor de kostprijs van hun vakantie.

Ook de ondersteuning van vrijwilligers heeft een kostprijs. Heel wat organisaties verwachten bovendien dat hun vrijwilligers eerst een (interne) opleiding doorlopen. Vaak dienen de kosten hiervan zelf gedragen te worden door de toekomstige vrijwilligers.

3.2.6 Zorgondersteuning

De inzet van zorgondersteuning is uiteraard afhankelijk van de aard van de zorgnood van de vakantiegangers. Organisaties zoals ziekenzorg voorzien bij hun groepsreizen zelf in de nodige omkadering door vrijwillige verpleegkundigen en dokters.

Omwille van de hoge zorgnood en de nood aan een volledig toegankelijke verblijfsaccommodatie is vzw Stijn gaan samenwerken met het Rode Kruis. Zij beschikken niet alleen over volledig toegankelijke reisaccommodatie (o.a. IJsselvliedt, Vakantieschip Henri Dunant, ...) maar hebben ook de nodige ervaring in het organiseren van vakanties voor personen met een hoge zorgnood.

Anderen geven aan dat zij, indien er geen verpleegkundige mee op reis is, een beroep doen op thuiszorgdiensten. Dit wordt geregeld via de mutualiteiten en verloopt tot op heden vlot. Ook in het buitenland (bijvoorbeeld Nederland) werkt dit systeem voorlopig vlekkeloos.

3.2.7 Mantelzorg

Tijdens de focusgroep wordt opgemerkt dat de reizen die georganiseerd worden voor personen met een handicap en ouderen er niet alleen voor zorgen dat zij zorgeloos van een vakantie kunnen genieten, maar ook een belangrijke rol kunnen vervullen voor mantelzorgers. Deze mensen staan

iedere dag in voor de zorgbehoevende en hebben ook nood aan vakantie. Door de zorg op te nemen als vakantieaanbieder kunnen de mantelzorgers van een zorgbehoevende persoon tijdelijk ontlast worden en kunnen ze genieten van een welverdiende vakantie. Uiteraard impliceert de tijdelijke overname van deze zorgfunctie de beschikbaarheid van goed opgeleide vrijwilligers.

3.2.8 Promotie

Voor de promotie van het vakantieaanbod wordt hoofdzakelijk gebruik gemaakt van de verschillende informatiekkanalen die de organisatie of de koepel waarvan zij mogelijk deel uit maken ter beschikking heeft: ledenmagazines, website, vakantiebrochures, ...

Daarnaast worden in een aantal organisaties en voorzieningen ook gericht leden aangesproken.

Tijdens de focusgroep werd duidelijk dat er niet onmiddellijk vraag is naar bijkomende ondersteuning voor de promotie van vakantieaanbod van de verschillende deelnemers: de vraag is groter dan het aanbod en vaak dient men te werken met wachtlijsten. De aangeboden vakanties zijn vrijwel allen binnen een erg korte periode volgeboekt en voor de organisaties van bijkomende vakanties is er niet altijd voldoende omkadering beschikbaar. De organisatie van bijkomende vakanties is vaak dan ook afhankelijk van de beschikbaarheid van vrijwilligers.

3.3 Knelpunten

In wat voorafging kwamen reeds een aantal knelpunten naar voor, waarbij er een tweetal duidelijk uitspringen: (1) een tekort aan voldoende toegankelijke verblijfsaccommodaties en (2) de kostprijs van vakanties (cfr. Inzet van vrijwilligers).

3.3.1 Toegankelijke verblijfsaccommodatie

Naast het tekort aan toegankelijke verblijfsaccommodaties dat reeds eerder besproken werd, werd ook gewezen op de moeilijkheden om enerzijds toegankelijke accommodatie te vinden en anderzijds voldoende garanties te hebben dat deze accommodatie daadwerkelijk toegankelijk is. Een toegankelijkheidslabel zou hieraan kunnen tegemoetkomen. Toerisme Vlaanderen gaf hierop in de focusgroep een toelichting bij de databank Toegankelijk Vlaanderen, het beleid dat Toerisme Vlaanderen hierbij volgt en de stappen die in het verleden en op dit moment ondernomen werden en worden om een toegankelijkheidslabel in te voeren.

3.3.2. Kostprijs

Een tweede belangrijk knelpunt dat herhaaldelijk naar voor kwam is de kostprijs van vakanties voor personen met een handicap en/of ouderen. Voor deze doelgroep is het niet altijd evident om de kosten van een vakantie te dragen. Uit het voorgaande bleek bovendien dat de broodnodige inzet van vrijwilligers zorgt voor een aantal extra kosten die vaak op de vakantiegangers moeten verhaald worden.

De kostprijs van de aangeboden vakanties is uiteraard sterk afhankelijk van de gekozen vakantiebestemming en de duur van de vakanties (prijzen variëren van een 250 euro per week tot 1000 euro). Bij organisaties die gelieerd zijn aan een mutualiteit kan een betaalbare prijs aangeboden worden door tussenkomst van de mutualiteit.

De verschillende deelnemers aan de focusgroep gaven dan ook duidelijk de noodzaak aan om een tegemoetkoming te voorzien voor deze kosten. In eerste instantie wordt hiervoor naar de overheid gekeken (vb. onder de vorm van een subsidie), maar mogelijk kan ook 'de sector' (hotels, vakantiecentra, ...) hierin een rol vervullen.

3.4 De rol van de overheid

De deelnemers aan de focusgroep werd gevraagd naar de rol die zij verwachten dat de overheid en Toerisme Vlaanderen in het bijzonder zouden moeten vervullen om hun werking m.b.t. de organisatie van reizen te ondersteunen.

De meerkost die een persoon heeft om op reis te gaan omwille van zijn/haar handicap of ziekte (vb. hulpmiddelen, assistentie en begeleiding, ...) zou volgens vrijwel alle deelnemers moeten gedragen worden door de overheid.

De deelnemers geven vrijwel allen aan dat er werkt dient gemaakt te worden van een specifiek beleid ten aanzien van de vrijwilligers die reizen voor personen met een handicap en/of ouderen (met een zorgnood) mogelijk maken. Concreet wordt verwezen naar de kosten voor de opleiding en ondersteuning van vrijwilligers enerzijds en de kosten voor vervoer en verblijf anderzijds.

Door een aantal deelnemers wordt verwezen naar initiatieven die bijvoorbeeld genomen werden om personen met een lager inkomen de kans te bieden om op reis te gaan (Cf. Steunpunt Vakantieparticipatie). Mogelijk zou een zelfde mechanisme kunnen doorgevoerd worden voor de inzet van vrijwilligers bij zorgvakanties. Heel wat deelnemers waren van mening dat dit mechanisme mogelijk is via een subsidiëring vanuit de overheid. Toerisme Vlaanderen gaf echter aan dat bij vakantieparticipatie betaalbare prijzen worden aangeboden dankzij de inspanningen van de private markt.

Toerisme Vlaanderen voert de laatste jaren een actief toegankelijkheidsbeleid waarbij het verbeteren van de toegankelijkheid van toeristische infrastructuur centraal staat. Daarnaast wordt specifieke aandacht besteed aan sensibilisatie en vorming (o.a. klantvriendelijk onthaal).

Toch is er volgens een aantal deelnemende organisatie nood aan bijkomende sensibilisatie. Zo zouden uitbaters uit de toeristische sector reizen nog meer inclusief moeten benaderen en vinden heel wat mensen met een handicap en ouderen de weg niet om op reis te gaan. Heel wat mensen zijn er immers van overtuigd dat ze niet op reis kunnen gaan en

dat dit voor hen niet mogelijk is. Door de nodige sensibilisatie en de ondersteuning van sociale netwerken kan aan deze mensen de nodige moed gegeven worden om op reis te gaan.

4. Vaststellingen en conclusies

Tijdens de focusgroep kwamen heel wat ideeën, suggesties en knelpunten naar voor. Daarbij werden door een aantal deelnemers soms ook een aantal concrete aanbevelingen geformuleerd. In dit afsluitende deel wordt een overzicht gegeven van een aantal belangrijke aandachtspunten en vaststellingen:

- Toegankelijkheid en bereikbaarheid zijn belangrijke voorwaarden voor personen met een handicap en ouderen om op reis te gaan. Dit geldt niet enkel voor de verblijfsaccommodatie, maar zeker ook voor het transport (naar en van de vakantiebestemming) en de omgeving. Op vakantie gaan is naast verblijven ook uitstappen maken, een terrasje doen, ... Voor specifieke groepen zoals bijvoorbeeld personen met een licht verstandelijke handicap, zal de fysieke toegankelijkheid van de vakantiebestemming misschien minder essentieel zijn, maar is bijvoorbeeld een goede dienstverlening en klantvriendelijkheid van groot belang.
- De deelnemers aan deze focusgroep richten zich vrijwel uitsluitend naar de organisatie van groepsreizen. Anderzijds is bijvoorbeeld Ziekenzorg gestart met het aanbieden van individuele reizen naar het buitenland.
- De vraag naar groepsreizen is groter dan het aanbod. Dit is deels te verklaren door de moeilijkheden die organisatoren ondervinden bij het vinden van geschikte accommodatie enerzijds, en een tekort aan vrijwilligers om de vakanties te begeleiden anderzijds.
- De verschillende organisaties organiseren reizen in binnen- en buitenland. Voor de praktische organisatie van de buitenlandse reizen wordt vaak een beroep gedaan op een reisbureau maar worden door verschillende organisaties ook contacten gelegd met gelijkaardige organisaties in het land van bestemming.
- Zorgvakanties zijn niet enkel belangrijk voor zorgbehoevenden. Ook voor mantelzorgers kan de mogelijkheid geboden worden om op een ontspannen manier van vakantie te genieten doordat de zorgnood wordt overgenomen tijdens de vakantie.
- Voor de organisatie en begeleiding van hun vakanties zijn de organisaties vrijwel volledig afhankelijk van een sterke vrijwilligersdynamiek. Zij doen immers beroep op vrijwilligers voor de begeleiding van hun reizen, de assistentie van hun vakantiegeers, verzorging, animatie, ... Dit staat logischerwijze in contrast met individuele reizigers die het moeilijker hebben om een zorgpakket op maat samen te stellen en dan ook veel meer vragende partij zijn voor o.a. het aanbieden van assistentie voor het maken van uitstappen.
- De inzet van deze vrijwilligers maakt het mogelijk dat vakanties aan een haalbare prijs kunnen aangeboden worden. Anderzijds is de kostprijs van zorgvakanties wel een knelpunt. Door de inzet van

vrijwilligers kan de prijs weliswaar in heel wat gevallen sterk gedrukt worden, maar dienen toch de kosten verbonden aan het verblijf en de ondersteuning van deze vrijwilligers vaak verhaald te worden op de individuele vakantiegangers. Hierdoor stijgt de kostprijs. Voor bepaalde segmenten is een hogere kostprijs geen probleem, anderzijds is er een grote groep van mensen voor wie dit wel een belangrijk argument is.

Hoofdstuk 5: Een profiel van zorgvakanties

Ter afsluiting van 'Deel 2: De vraag naar vakanties met zorg' wordt in dit hoofdstuk een round-up gemaakt van de verschillende elementen die uit de voorgaande hoofdstukken aan bod kwamen.

Zo kan een soort van profiel opgemaakt worden van de voornaamste kenmerken van zorgvakanties. Dit profiel zal verder in dit rapport gebruikt worden om het beschikbare aanbod in Vlaanderen af te toetsen.

1. Een specifiek doelpubliek

In hoofdstuk 2 kwam duidelijk naar voor dat het doelpubliek voor zorgvakanties niet zonder meer kan gelijkgesteld worden aan de som van het aantal ouderen en het aantal personen met een handicap in Vlaanderen.

Zo dient ondermeer binnen beide groepen een onderscheid gemaakt te worden tussen personen met een zekere mate van zelfredzaamheid enerzijds en personen met een zwaardere zorgnood anderzijds.

Een becijfering van de omvang maakte duidelijk dat er in Vlaanderen een niet onaanzienlijk doelpubliek is voor deze vorm van toerisme. Binnen deze groep is er net zoals binnen de groep van toeristen zonder zorgnood een variatie in voorkeur naar vakantieverblijf, vakantiebestemming, reisformule, enz.

Specifiek voor deze groep is er bovendien ook een grote variatie in zorgnood. In de volgende paragraaf wordt hier specifiek bij stil gestaan.

2. Een profilering van zorgvakanties

Op basis van de inzichten uit beide online bevestigingen en de focusgroep met reisorganisatoren kan een profiel opgemaakt worden van zorgvakanties op basis van kenmerken, eigenschappen en verwachtingen van de vraagzijde.

Uit wat vooraf ging kwam reeds duidelijk naar voor dat er een duidelijke variatie is tussen vakanties in groep en individuele vakanties. Bij de opmaak van het profiel werd dan ook een onderscheid gemaakt tussen beide groepen.

Naast een aantal specifieke voorkeuren zoals reizen in binnenland of buitenland en de duur en periode van vakanties zijn er tussen beide groepen een aantal duidelijk verschillen die kunnen teruggebracht worden naar de eigenheid van ieder van beide groepen. Zo is verondersteld de organisatie van groepsreizen de beschikbaarheid van verblijfsaccommodaties die afgestemd zijn op het ontvangen van groepen: voldoende toegankelijke kamers en sanitaire voorzieningen, grotere gemeenschappelijke ruimten, faciliteiten om te eten in groep, ...

Voor individuele vakanties stellen deze problemen zich veel minder, maar is de organisatie van zorg op maat en assistentie veelal het knelpunt. Organisaties die groepsreizen organiseren voorzien (meestal) zelf in de nodige begeleiding en omkadering door vrijwilligers en professionelen (hoewel de beschikbaarheid van vrijwilligers ook een knelpunt kan zijn). Individuele vakantiegangers kunnen hier uiteraard niet op rekenen en zijn hiervoor afhankelijk van hun mantelzorgers (familie, vrienden, kennissen, ...).

Voor een gedetailleerde beschrijving van de verschillende aspecten en eigenschappen verwijzen we terug naar de hoofdstukken die voorafgingen. Het dient nogmaals benadrukt te worden dat onderstaande lijst geenszins een exhaustieve lijst is.

	Individuele vakanties	Vakanties in groep
Reisgezelschap	Gezin, familie of vrienden	Groepen van minstens 16 personen met begeleiding
Logiesvorm	Voorkeur voor: Hotel, vakantiehuisje (al dan niet in een vakantiepark), appartement, jeugdherberg	Voorkeur voor: Vakantiecentrum, vakantiepark Mogelijkheid om groepen te huisvesten (meer aangepaste kamers/sanitair), gemeenschappelijke ruimtes, ...
Aanbod	Voorkeur voor mainstreaming. Vakantiesfeer is belangrijk.	Indien mogelijk voorkeur voor mainstreaming. Naar gelang noden van de groep ook voorkeur voor specifieke vakantievoorzieningen. Vakantiesfeer is belangrijk (niet 'van instelling naar instelling').
Bestemming	Kust / landelijke omgeving Binnenland + buitenland	Kust / landelijke omgeving Voornamelijk binnenland
Duur	Gemiddeld 7 dagen	Gemiddeld 7 dagen
Periode	Midweek in laagseizoen (Wordt verkozen boven weekend-formules en hoogseizoen.)	Midweek in laagseizoen (wordt verkozen boven weekend-formules en hoogseizoen)
(Zorgondersteuning / assistentie)	Afhankelijk van familie of vrienden. Vraag naar ondersteuning door vakantiecentrum. Vraag naar ondersteuning bij het maken van uitstappen.	Opgenomen door begeleiders (vrijwilligers en professionelen)
Infrastructuur	Basistoegankelijkheid	Basistoegankelijkheid (Groot aantal kamers/sanitair.)
Omgeving	Toeristisch aanbod wenselijk in de onmiddellijke nabijheid van het vakantiecentrum	Toeristisch aanbod wenselijk in de onmiddellijke nabijheid van het vakantiecentrum

Hulpmiddelen	Pluspunt indien vakantieverblijf hulpmiddelen ter beschikking stelt (o.a. scooters, rolstoelen, ...) Men is bereid om hiervoor extra te betalen.	Pluspunt indien vakantieverblijf hulpmiddelen ter beschikking stelt (o.a. scooters, rolstoelen, hoog-laag bedden, verzorgingstafels, tilsystemen, ...)
Knelpunten	<ul style="list-style-type: none"> - Ontlasting van mantelzorgers noodzakelijk - Organisatie van zorg op maat - Organisatie van assistentie 	<ul style="list-style-type: none"> - Toegankelijke verblijfsaccommodatie afgestemd op de noden van groepen - Voldoende vrijwilligers vinden voor begeleiding - Kostprijs verbonden aan de inzet van vrijwilligers

In het volgende hoofdstuk zal bovenstaand schema afgetoetst worden aan het beschikbare aanbod.

DEEL 3: AANBOD VAN VAKANTIES MET ZORG IN VLAANDEREN

Hoofdstuk 6: Inventaris en samenstelling van het aanbod in Vlaanderen

In dit hoofdstuk wordt een aanzet gegeven tot een inventaris van het aanbod aan verblijfsaccommodaties die zorgvakanties aanbieden. De opmaak van dergelijke inventaris is evenwel geen evidentie. We vertrekken vanuit de stelling dat voor de organisatie van zorgvakanties een goede basistoegankelijke verblijfsaccommodatie het uitgangspunt vormt. Daarnaast bleek uit het tweede deel van dit onderzoeksrapport dat organisatie van assistentie en zorg, het ter beschikking stellen van hulpmiddelen, enz. belangrijke elementen zijn voor de uitbouw van een aanbod voor zorgvakanties. Naargelang het groepsreizen of individuele reizen betreft zijn er uiteraard verschillen. Hiervoor verwijzen we naar de profilering die in het vorige hoofdstuk werd opgemaakt.

In wat volgt wordt nagegaan welk aanbod er op dit moment in Vlaanderen reeds is en in welke mate dit aanbod beantwoordt aan de verwachtingen en behoeften van 'de zorgtoerist'.

1. Basistoegankelijke verblijfsaccommodatie³²

1.1 *Minimumscenario*

In eerste instantie vertrekken we van de premisse dat verblijfsaccommodatie basistoegankelijk moet zijn. Wanneer we uitgaan van een minimumscenario zouden we kunnen stellen dat een basistoegankelijke verblijfsaccommodatie een voldoende voorwaarde is voor het aanbieden van zorgvakanties. Met dien verstande dat voor groepsvakanties het noodzakelijk is om over meer dan één toegankelijke kamer/badkamer te beschikken. Om een zicht te krijgen op de basistoegankelijkheid van het toeristisch verblijfsaanbod in Vlaanderen kunnen we gebruik maken van de databank Toegankelijk Vlaanderen en de voorbereiding die op dit moment getroffen worden voor de operationalisering van een Vlaams label Toegankelijk Toerisme.

De databank Toegankelijk Vlaanderen geeft objectieve, gedetailleerde en betrouwbare informatie over de toegankelijkheid van publieke gebouwen, toeristische voorzieningen en verblijfsaccommodatie, enz. in Vlaanderen. De informatie die opgenomen is in de databank werd door opgeleide mensen ter plaatse onderzocht aan de hand van gestandaardiseerde checklijsten. De databank geeft geen totaalscore voor het ganse gebouw,

³² Hersteloorden (zoals bijvoorbeeld revalidatiecentra) zijn vanuit hun functie uitermate geschikt voor personen met een zwaardere zorgnood (m.a.w. het doelpubliek voor zorgvakanties). In Vlaanderen zijn er verschillende van deze centra. Omdat ze evenwel geen vakantiefunctie hebben werden ze niet meegenomen in deze analyse.

maar kent aan elk onderdeel van het gebouw (parking, inkom, lift, vergaderzalen, aangepast toilet, lobby, zwembad, kleedkamers.....) een niveau toe.

De inspanningen van Toerisme Vlaanderen op vlak van toegankelijkheid en specifiek de ondersteuning van de databank hebben ervoor gezorgd dat in Vlaanderen tal van toeristische verblijfsaccommodaties en voorzieningen onderzocht werden/worden op hun toegankelijkheid en opgenomen werden/worden in de databank. Tot op heden werden een 221-tal toeristische verblijven doorgelicht op hun toegankelijkheid (zie verder). Daarnaast werden bijvoorbeeld ook toeristische attracties en musea doorgelicht.

Als beleidsdoelstelling werd bepaald om tegen eind 2009 30% van toeristische accommodaties in Vlaanderen door te lichten op toegankelijkheid. Vlaanderen telt ongeveer 1 900 logiesinstellingen. Op dit moment is ongeveer 12% hiervan reeds doorgelicht. Verondersteld wordt dat toeristische verblijven die reeds inspanningen hebben gedaan op het vlak van toegankelijkheid of die gemotiveerd zijn om hieraan te werken zullen ingaan op het aanbod om een doorlichting te laten uitvoeren. Op deze wijze kan bovenstaande doelstelling gerealiseerd worden.

1.2 Vlaams label Toegankelijk Toerisme

In het najaar van 2007 wordt het Vlaams label Toegankelijk Toerisme gelanceerd. Dit label zal uitgereikt worden door Toerisme Vlaanderen en zal gelden als een kwaliteitskenmerk voor de toeristische sector in Vlaanderen.

Een toeristische verblijfsaccommodatie, attractie of voorziening kan het label behalen na een grondige doorlichting in het kader van de databank Toegankelijk Vlaanderen. Om het label te behalen moet voldaan worden aan een aantal toegankelijkheidsvoorwaarden.

Het label onderscheidt drie niveau's:

- Onderzocht en opgenomen in de databank Toegankelijk Vlaanderen (I).



- Onderzocht en basistoegankelijk (cf. met hulp) bevonden (A).



- Onderzocht en comfortabel toegankelijk (cf. zelfstandig) bevonden (A+)



Voor het verkrijgen van het toegankelijkheidslabel volstaat het dat een accommodatie beschikt over één toegankelijke kamer/badkamer. Via de

bijkomende informatie die opgenomen wordt in de databank Toegankelijk Vlaanderen is het mogelijk om na te gaan over hoeveel aan gepaste kamers en sanitair iedere verblijfsaccommodatie beschikt.

1.3 Becijfering

Op basis van de databank Toegankelijk Vlaanderen is het mogelijk om een inschatting te maken van het aantal verblijfsaccommodaties in Vlaanderen dat onderzocht werd op toegankelijkheid. De aftoetsing van de kandidaten voor het label die gebeurde ter voorbereiding van de operationalisering van het label geeft bijkomende informatie over de effectieve toegankelijkheid van deze verblijfsaccommodaties.

De laatste jaren hebben heel wat logiesuitbaters onder impuls van de toegankelijkheidspremies van Toerisme Vlaanderen werk gemaakt van het verbeteren van hun toegankelijkheid.

Bij deze cijfers dienen weliswaar de nodige nuances geplaatst worden. Zo geven deze cijfers enkel informatie over het aantal verblijfsaccommodaties dat gescreend werd in het kader van de databank Toegankelijk Vlaanderen. Dit aantal is beperkt, maar grosso modo zijn dit wel vaak de meest toegankelijke verblijfsaccommodaties.

Tabel 6.1 geeft een overzicht van de verschillende toeristische verblijfstypes die onderzocht werden op toegankelijkheid en waar een aftoetsing aan de labelcriteria werd uitgevoerd. De aantallen in de tweede kolom verwijzen naar het aantal accommodaties dat gescreend werd op toegankelijkheid. In totaal werden 211 logiesverstreckende verblijven onderzocht in het kader van de Databank toegankelijk Vlaanderen. Dit cijfer geeft evenwel geen zicht op de effectieve toegankelijkheid van deze accommodaties.

Tabel 6.1 Aantal logiesverstreckende bedrijven doorgelicht in Vlaanderen in het kader van de databank Toegankelijk Vlaanderen en geselecteerde verblijven als kandidaat voor toegankelijkheidslabel³³

	Toevla- onderzoek	Label afgetoetst	A+	A	I(A)	I
Hotels	135	90	/	1	20	69
Jeugdherbergen	11	4	/	1	1	2
Jeugdverblijven	35	14	/	2	9	3
Vakantiecentra	29	25	/	/	13	12
Campings	11	7	/	1	4	2
Totaal aantal verblijven	211	130	/	5	47	88

In de derde kolom wordt per type verblijf een overzicht gegeven van het aantal verblijven dat door de provinciale adviesbureaus toegankelijkheid en het Infopunt Toegankelijk Reizen afgetoetst werd aan de criteria van het label 'Toegankelijk toerisme'. Een belangrijke nuance bij deze cijfers is

³³ Cijfers op basis van een voorlopige labelaftoetsing van 130 toeristische verblijfsaccommodaties (oktober 2007).

de volgende: deze cijfers zijn slechts gebaseerd op een aftoetsing van 130 van de 221 toeristische verblijven die opgenomen zijn in de databank Toegankelijk Vlaanderen.

In bovenstaande tabel wordt een onderscheid gemaakt tussen de drie labelniveaus: A+, A en I. Daarnaast werd een niveau I(A) toegevoegd. Dit zijn verblijven met een beperkt aantal tekortkomingen die ofwel:

- gemakkelijk te verhelpen zijn, bijv. door beugels bij het toilet te plaatsen, een onderrijdbare tafel in het restaurant te plaatsen... (geen structurele bouwwerken vereisen).
- gezien de concrete context niet doorslaggevend zijn voor de algemene toegankelijkheid van het gebouw. De bruikbaarheid van de tekorten wordt aan verder onderzoek onderworpen.

Deze verblijven krijgen pas het label A, wanneer de kleine tekorten weggewerkt werden, of werd aangetoond dat door het tekort de bruikbaarheid van het gebouw niet in het gedrang komt. Een labelcommissie deliberaert hierover.

Het totaal van de kolommen A+, A en I(A) geeft een zicht op het aantal labelkandidaten. Op basis van de beschikbare cijfers zijn dit er 52. Hoewel deze kandidaten mogelijk niet allemaal effectief het label zullen behalen (cf. deliberatiecommissie), zullen in behoorlijk wat van deze accommodatie mensen met een handicap kunnen logeren, afhankelijk van de ernst van hun handicap en het al dan niet beschikken over wat hulp. `

52 labelkandidaten op een totaal van 130 verblijven waarvoor een labelaftoetsing gebeurde is zeer hoog aantal. Dit cijfer mag evenwel niet zondermeer geëxtrapoleerd worden naar alle verblijfsaccommodaties in Vlaanderen en dient met de nodige nuance geïnterpreteerd te worden.

Zo hebben deze verblijven zich allen op vrijwillige basis kandidaat gesteld voor een doorlichting in het kader van de databank Toegankelijk Vlaanderen. De meest toegankelijke verblijven en/of gemotiveerde verblijven stellen zich hiervoor wellicht kandidaat. Een ander bedenking is dat deze verblijven – om te voldoen aan het label - over minimum één toegankelijke verblijfsentiteit beschikken. Dit maakt het verblijf mogelijk voor individuele vakantiegangers met een handicap, maar vormt zeker geen indicatie voor het aantal verblijven geschikt voor groepen.

2. Basistoegankelijk en zorgomkadering

In de voorgaande paragraaf werd uitgegaan van een minimum scenario door te veronderstellen dat basistoegankelijkheid een voldoende voorwaarde is voor de organisatie van zorgvakanties. Uit de voorgaande hoofdstellingen kwam evenwel duidelijk naar voor dat het ter beschikking stellen van faciliteiten voor het aanbieden van zorgomkadering (o.a. verpleegposten, verzorgruimten, ...) of het zelf aanbieden van deze zorgomkadering, het beschikbaar stellen van hulpmiddelen, een restaurant met dieetfaciliteiten, ... belangrijke voorwaarden zijn voor een verblijfsaccommodatie om zorgvakanties te kunnen aanbieden. Dat eerder maximale scenario gaat uit van toeristen met een zwaardere zorgnood.

Om rekening te houden met dit maximale scenario dienen de geselecteerde 'labelkandidaten' te voldoen aan volgende voorwaarden:

- Beschikken over hulpmiddelen zoals een hoog-laag bed, rolstoelen, ...
- Zorg aanbieden of de nodige faciliteiten ter beschikking stellen voor de organisatie van zorg.
- Voorzien in maaltijden met dieetmogelijkheden
- Aanbieden van assistentie of de voorwaarden hiervoor creëren (vb. faciliteiten voor vrijwilligers, samenwerking met thuiszorgdiensten).

Helaas is deze informatie over de verschillende kandidaten niet zondermeer beschikbaar waardoor een doorgedreven analyse per verblijf moeilijk realiseerbaar bleek. De databank Toegankelijk Vlaanderen bevat weliswaar ten dele informatie die hiervoor gebruikt kan worden (vb. de beschikbaarheid van rolstoelen, ...).

Om deze redenen werd ervoor geopteerd om een beroep te doen op de kennis en ervaringen van de afdeling Toerisme voor allen, het Infopunt Toegankelijk Reizen experts uit het werkveld, ...

Op basis hiervan werden slechts vier verblijfsaccommodaties weerhouden: Domein Hooionk, Ter Duinen, De Ceder en Home Fabiola³⁴.

Ieder van deze centra heeft zijn eigenheid en benadering. In de volgende hoofdstukken wordt meer in detail ingegaan op deze vakantiecentra en wordt een beschrijving gegeven van hun werking.

3. Aftoetsing vraag-aanbod

In hoofdstuk 5 werd een profiel opgemaakt van zorgvakanties. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen individuele vakanties en zorgvakanties. Wanneer we deze profilering aftoetsen aan de bevindingen uit dit hoofdstuk (zie ook volgende hoofdstukken) kunnen we een aantal vaststellingen doen:

- De regionale spreiding van de vier vakantiecentra beantwoordt aan de verwachtingen van de gebruikers (kust en landelijke omgeving). De kust werd als meest populaire bestemming door de gebruikers aangegeven. Van de vier geselecteerde vakantiecentra is er één aan de kust gevestigd. Er is hier dus wellicht nog ruimte voor groei.
- De vier weerhouden vakantiecentra beschikken over de nodige faciliteiten voor de organisatie van zorgomkadering.
- De infrastructuur is veelal afgestemd op het ontvangen van groepen. Voor de organisatie van individuele vakanties dienen zich een aantal aanpassingswerken aan.
- Er is een leemte op vlak van het aanbod van zorgvakanties in vakantiehuizen en hotels.

³⁴ Home Fabiola is weliswaar nog niet opgenomen in de databank Toegankelijk Vlaanderen.

- Het aanbod is veelal afgestemd op ouderen en personen met een zwaardere zorgnood. Een gericht aanbod naar jongeren, gezinnen met kinderen en volwassenen (< 65 jaar) ontbreekt of is er slechts in beperkte mate.
- Individuele vakantiegangers hebben nood aan een zorgaanbod en assistentie op maat. Dit aanbod is op dit moment weinig tot niet beschikbaar in de basistoegankelijke verblijfsaccommodaties in Vlaanderen.
- De basistoegankelijkheid van de verblijfsaccommodatie is een noodzakelijk, maar zeker geen voldoende voorwaarde. Voor een toegankelijke zorgvakantie zijn o.a. ook de toegankelijkheid van transport, attracties, musea, ... belangrijke voorwaarden.
- ...

Op basis van de uitwerking van de volgende hoofdstukken zal deze aftoetsing verder uitgewerkt worden.

4. Tot slot

Op basis van de beschikbare informatie lijkt het aanbod dat op dit moment beantwoordt aan de voorwaarden voor de organisatie van zorgvakanties zich op dit moment te beperken tot de vier vakantiecentra die verder in dit onderzoek uitgebreid aan bod komen: Domein Hooidonk, Ter Duinen, De Ceder en Home Fabiola. In de inventaris van toegankelijke groepsverblijven waarover het Infopunt Toegankelijk Reizen beschikt zijn ook geen andere verblijven bekend die beantwoorden aan deze voorwaarden.

Deze centra hebben allen een sterke traditie in het organiseren van vakanties met de nodige zorgomkadering of faciliteiten voor zorgomkadering. De centra zijn sterk afgestemd op het ontvangen van groepen (zie volgende hoofdstukken).

Een eerste aftoetsing van het aanbod aan de verwachtingen en behoeften van de vraagzijde maakt duidelijk dat er nog heel wat leemtes zijn. Zo liggen er heel wat uitdagingen in het ontwikkelen van een aanbod op maat van individuele reizigers, <65 jarigen en gezinnen met kinderen.

De afgelopen jaren zijn er nochtans heel wat investeringen gebeurd om de toegankelijkheid van de reguliere toeristische sector te verbeteren. Deze basistoegankelijkheid kan drempelverlagend werken voor de toeristische sector om op termijn mogelijk de stap te zetten naar het aanbieden van zorgvakanties. Hierbij kan zeker ook een rol weggelegd zijn voor de verschillende verblijfscentra binnen Toerisme voor Allen.

Hoofdstuk 7: Resultaten van de focusbespreking met de aanbodzijde

Om een zicht te krijgen op de visie, ervaringen en verwachtingen van potentiële aanbieders van zorgvakanties in Vlaanderen werd een focusgroep georganiseerd.

Meer informatie over deze kwalitatieve onderzoeksmethode kan gevonden worden in hoofdstuk 4 'Focusgroep met reisorganisatoren'. In wat volgt wordt eerst kort het opzet van de focusgroep beschreven. Vervolgens komen de resultaten van de focusgroep aan bod. In het laatste deel van dit hoofdstuk worden de voornaamste bevindingen weergegeven.

1. Opzet van de focusgroep

1.1 De deelnemers

Op 27 en 28 november 2006 bracht een delegatie van Vlaamse actoren in het domein toerisme en zorg, onder leiding van Toerisme Vlaanderen, een prospectiebezoek aan een aantal initiatieven en projecten m.b.t. zorgvakanties in Nederland. De deelnemers aan dit prospectiebezoek namen allen deel aan de focusgroep die op 28 november 2006 georganiseerd werd in de voormiddag van 9u15 tot 12u30. De samenstelling van de deelnemers aan het prospectiebezoek en bijgevolg dus ook de focusgroep gebeurde door Toerisme Vlaanderen.

Aan deze focusgroep namen 12 personen deel. Daarnaast was er één moderator en één verslaggever; het Toegankelijkheidsbureau nam beide rollen voor haar rekening.

Tabel 7.1 Deelnemers aan de focusgroep

Naam	Organisatie
Steven Oosters	Domein Hoidonk
Dirk Van Gool	Ter Duinen
Luc Gobin	Toerisme Vlaanderen
Greet Vandenberg	Toerisme Vlaanderen
Pieter Geysels	Toerisme Vlaanderen
Dennis D'Hanis	Kabinet Minister Bourgeois
Katrien Hutsebout	Zebra VZW ³⁵
Frank Mercier	Vakantiegenoegens
Johan Tournai	Ziekenzorg
Brigitte Staessen	Liberale Mutualiteit
Lode Maasschalk	Rode Kruis Vlaanderen
Gilbert Claes	Koningin Fabiola Home

³⁵ Zebra werd in 2003 opgericht en is een bondgenoot van jonge verkeersslachtoffers. Zebra streeft ernaar om enerzijds de onwetendheid over het aantal jonge verkeersslachtoffers en de oorzaken van deze ongevallen uit de weg te ruimen. Anderzijds wil het een aangepaste en zorgzame ondersteuning bieden aan jonge verkeersslachtoffers.

Steven Vos
Mieke Broeders

Toegankelijkheidsbureau
Toegankelijkheidsbureau

De deelnemers aan de focusgroep kunnen grosso modo in een drietal groepen worden ingedeeld:

- Beleidsmakers en -uitvoerders: vertegenwoordigers van het kabinet van Minister Geert Bourgeois en Toerisme Vlaanderen (4).
- De aanbodzijde: verantwoordelijken van vakantiecentra met een bijzondere focus op personen met een handicap (4)
- De vraagzijde – reisorganisatoren: vertegenwoordigers van de mutualiteiten³⁶ en NGO's (4)

Bijzonder aan deze focusgroep was de deelname van beleidsvoorbereiders en beleidsmakers. Dit liet toe om een aantal thema's die aan bod kwamen af te toetsen aan het actuele beleid terzake.

Het verloop van de focusgroep werd opgenomen met een datarecorder. Daarnaast werd schriftelijk verslag genomen.

1.2 Verloop van de focusgroep

Op voorhand werd een leidraad opgesteld. Deze leidraad zorgde er voor dat de verschillende vooropgestelde thema's aan bod kwamen tijdens het groepsgesprek, maar liet wel voldoende vrijheid en ruimte om andere thema's toe te voegen. In het verloop van de focusgroep werden 5 delen onderscheiden.

- (1) De deelnemers werden verwelkomd en kregen een toelichting over het opzet van de focusgroep en het ruimere onderzoeksproject. Nadien volgde een korte voorstellingsronde van de deelnemers, Toerisme Vlaanderen en de onderzoeksequipe.
- (2) Het tweede deel ging dieper in op het doelpubliek voor zorgvakanties en de specifieke kenmerken van deze groep.
- (3) In een volgend deel werd specifiek aandacht besteed aan het aspect 'zorg' (welke zorgnoden, specifieke voorzieningen, ...) en verschillende vormen van zorgvakanties.
- (4) Vervolgens kwam het actuele aanbod in Vlaanderen aan bod en werden aspecten zoals 'kostprijs' en 'personeelsinzet' bediscussieerd.
- (5) In het laatste deel kwam de rol van de overheid aan bod en werd gevraagd naar voorstellen die zouden moeten getroffen worden om de praktische organisatie van zorgvakanties in Vlaanderen te stimuleren.

³⁶ Mutualiteiten horen uiteraard zowel bij de vraagzijde als bij de aanbodzijde.

2. Bevindingen

De beschrijving van de bevindingen van de focusgroep zal per onderwerp gebeuren op basis van de volgorde van aspecten die door moderator geïntroduceerd werden. De bevindingen die worden weergegeven zijn een analyse van de ruwe gegevens.

Aangezien de focusgroep-methode er op gericht is om gegevens te genereren, worden er dan ook geen kwantitatieve uitspraken gedaan over deze kwalitatieve gegevens.

2.1 (Potentiële) doelgroep

Het eerste thema dat besproken was de potentiële doelgroep voor een aanbod van zorgvakanties. Uit de bespreking kwamen verschillende deelthema's naar voor: (1) inclusief versus categoriaal; (2) zorgbehoevende en mantelzorgers; (3) individuele vakanties versus groepsvakanties; (4) ouderen versus jongeren, ...

Een algemene tendens in het gesprek bij het bespreken van deze thema's was dat deelnemers het belang van de keuzevrijheid van de vakantieganger onderstreepten: de keuze tussen individueel of in groep op reis te gaan, de keuze om in een hotel of vakantiecentrum op reis te gaan, ... De maatschappij mag hierin niet te dirigistisch zijn. Om deze keuzevrijheid te realiseren zal er evenwel een ruim aanbod van toegankelijke en bereikbare accommodatie moeten zijn, waarbij een zorgaanbod voor handen is of kan ingeschakeld worden (vb. via extern zorgaanbieders).

2.1.1 *Inclusief versus categoriaal*

Er werd op gewezen dat zorgvakanties waar mogelijk georganiseerd worden binnen het reguliere circuit. Dit geldt zowel voor kinderen, volwassenen als voor ouderen. Heel wat gezinnen met een kind met een chronische ziekte of handicap willen bijvoorbeeld graag met het eigen gezin op vakantie kunnen gaan in een accommodatie die 'vakantiesfeer uitstraalt' maar die ook voorziet in de nodige voorzieningen.

Ook binnen een meer categoriale benadering is het belangrijk dat de vakantieomgeving niet de uitstraling heeft van een medische omgeving of een typische gehandicaptenvoorziening. Op die manier kan men niet enkel vakantie nemen, maar is men bovendien ook tijdelijk uit zijn/haar zorgomgeving. Er zijn mensen zijn die de voorkeur geven aan een vakantieomgeving waar ze 'lotgenoten' kunnen ontmoeten, anderen zullen de voorkeur geven aan een vakantie in een omgeving met 'niet-zorgbehoevenden'.

Een mix van vakantiegangers is vaak wenselijk maar is niet altijd evident: zo zijn er bijvoorbeeld toeristen die niet willen geconfronteerd worden met 'de broosheid van het leven', individuele vakantiegangers die zich storen aan het gedrag van groepen, enz.

In het gesprek werd naar voor gebracht dat er misschien vertrokken zou moeten worden van een algemene benadering, bijvoorbeeld 'wellness voor iedereen' in een integraal toegankelijke vakantieomgeving, waarbij extra's toegevoegd worden voor bepaalde groepen van mensen. Hierover bestond er evenwel geen eensgezindheid: een aantal deelnemers gaven aan dat

voor heel wat mensen met een handicap een 'wellness-aanbod' geen prioriteit is.

2.1.2 Zorgbehoevende en mantelzorgers

Zorgvakanties zijn er traditioneel op gericht om personen met een bepaalde zorgnood een vakantie aan te bieden in een aangename omgeving met de nodige zorgomkadering. Anderzijds wijzen heel wat deelnemers er op dat het ook belangrijk is om oog te hebben voor de mantelzorgers. Deze mensen staan iedere dag in voor de zorgbehoevende en hebben ook nood aan vakantie. Door de zorg op te nemen als vakantiecentrum of -aanbieder kunnen de mantelzorgers van een zorgbehoevende persoon tijdelijk ontlast worden en kunnen ze genieten van een welverdiende vakantie.

2.1.3 Individuele vakanties versus groepsvakanties

Tijdens de focusgroep kwam regelmatig (bij verschillende thema's) het mogelijke spanningsveld tussen individuele vakanties en groepsvakanties ter sprake.

Evolutie van groep naar individueel

Uit de focusgroep kwam naar voor dat heel wat deelnemers een evolutie verwachten van groepsvakanties naar individuele vakanties. Zo zit men doorheen de jaren het aantal groepsreizen verschromelen. De jongere generaties hebben een andere vakantietraditie en -ervaring opgebouwd (individueel of met het gezin reizen, hotelervaring, comfortgraad, ...) en zullen deze traditie wellicht ook willen verder zetten op het moment dat men zorgbehoevend wordt. Dit impliceert dat zij wellicht minder zullen aangetrokken worden door vakantieverblijven die zich, mede door de beschikbare infrastructuur, sterk naar groepen profileren. Concepten zoals 'zorghotels' liggen wellicht meer in de lijn van hun verwachtingspatroon.

Tegenover deze verwachtingen staat uiteraard ook een kost. Voor bepaalde segmenten uit onze samenlevingen zal een dergelijke hogere kostprijs geen probleem, maar voor heel wat anderen zal dit zeker niet evident, laat staan mogelijk, zijn.

De stijgende vraag naar comfort mag niet zondermeer gelieerd worden aan een hogere verblijfsprijs. Bij alle groepen is er vraag naar meer comfort, dus ook binnen het sociaal toerisme is er nood aan een hogere graad van comfort.

De toename van het aantal individuele vakantiegangers en de vraag naar comfort en discretie zorgt ervoor dat een aantal vakantiecentra zich genoodzaakt voelen om naar de toekomst toe meer te investeren in 1-persoonskamers. Op dit moment beschikken de verschillende centra over een groot aantal 2-persoonskamers. Dit model is veelal afgestemd op groepsreizen. Bij groepsvakanties, zoals bijvoorbeeld vakanties georganiseerd door Ziekenzorg, worden kamers vaak benut door 2 personen die elkaar weinig tot niet kennen. Voor individuele vakanties is dit echter ondenkbaar.

Personeelsinzet

Voor de vakantiecentra zelf is er een groot verschil naar inzet van eigen personeel en vrijwilligers voor individuele vakanties en groepsvakanties. Bij groepsvakanties nemen de centra vaak de rol van facilitator op. Dit betekent dat zij verantwoordelijk zijn voor accommodatie en catering. De vakantieorganisatoren zorgen zelf voor de nodige (zorg)omkadering, animatie, ... (zie verder).

Groepen en gezinnen

In het gesprek werd ook geopperd dat de vakantieomgeving niet altijd openstaat voor (groepen van) mensen met beperkingen: aan de kust worden op bepaalde terrassen rolstoelgebruikers geweigerd (er zijn uiteraard ook heel wat tegenvoorbeelden), andere toeristen worden niet graag geconfronteerd met personen met een beperking, grote groepen roepen weerstand op, ...

Binnen vakantiecentra kan de mix van groepen en individuele vakantiegangers zorgen voor een meerwaarde, anderzijds kan dit mogelijk ook conflicten oproepen.

Naast individuele vakantiegangers en groepen zijn uiteraard ook gezinnen een belangrijk doelpubliek.

Bij de gezinsvakanties kan het zowel gaan over gezinnen waarbij (één van) de kinderen een chronische ziekte of een handicap heeft (denken we bijvoorbeeld maar aan jonge verkeersslachtoffers) als om gezinnen waarbij (één van) de ouders een ziekte of handicap heeft.

2.1.4 Ouderen versus jongeren

De deelnemers die verantwoordelijk zijn voor een vakantiecentrum geven aan dat hun publiek op dit moment voornamelijk uit ouderen bestaat. Dit is mogelijk een reden waarom deze centra minder attractief zouden kunnen zijn voor jongeren. Home Fabiola is een uitzondering aangezien dit centrum zich vanuit haar opdracht specifiek richt naar kinderen en jongeren. Zebra zit een nood aan inclusieve vakantiewoningen die geschikt zijn voor groepen en gezinnen met een hogere zorgnood. Home Fabiola heeft plannen om in de nabije toekomst gezinsvakanties aan te bieden in vakantiewoningen op gezinsformaat. Op die manier kunnen niet enkel kinderen met een handicap maar heel hun gezin genieten van een vakantie in Home Fabiola.

Er werd opgemerkt dat er voor de groep van 25-50-jarigen met een handicap op dit moment weinig tot geen vakantieaanbod is.

2.2 Zorgvakanties

2.2.1 Wat zijn zorgvakanties?

Er bestaat geen eenduidige definitie voor zorgvakanties. Voor een grote groep van personen met een beperking zal een toegankelijke infrastructuur en omgeving, al dan niet aangevuld met assistentie, een voldoende voorwaarde zijn om op vakantie te gaan. Anderzijds is er ook een aanzienlijke groep van personen met een beperking en ouderen die een specifieke, al dan niet programmeerbare, zorgnood heeft op vakantie.

In de literatuur wordt er vaak een onderscheid gemaakt tussen volgende vormen:

- (a) Focus op toerisme waar er toevallig zorg bij komt kijken
- (b) Focus op zorg in een toeristische omgeving (herstel)
- (c) Focus op wellness (ontspannend gezondheidstoerisme)

Deze indeling werd ook bevestigd in de focusgroep. Enkel het aspect wellness kwam in de focusgroep weinig tot niet aanbod (het behoort niet tot de reguliere werking van de deelnemers).

Uit het voorgaande bleek reeds dat de deelnemers aan de focusgroep ook een belangrijk onderscheid maakten tussen individuele vakantiegangers, vakantiegangers die met hun gezin of vrienden op vakantie gaan en vakantiegangers die met een groep op reis gaan.

Uit het gesprek kwam –naast bovenstaand onderscheid - ook een ander onderscheid naar voor in functie van de zorgnood (zowel geprogrammeerde als onverwachte zorg) van de vakantieganger die met zijn/haar gezin of vriendenkring op vakantie gaat:

- (d) Een kleine groep (vb. gezin) dat zelf de zorg opneemt voor een zorgbehoevende persoon, maar die rekenen op een toegankelijk vakantiecentrum en de beschikbaarheid van de nodige hulpmiddelen en zorgvoorzieningen.
- (e) De zorg wordt overgenomen door het vakantiecentrum. Op die manier kunnen zowel de zorgbehoevende persoon zelf en zijn gezin/vrienden optimaal genieten van hun vakantie.

2.2.2 *Aanbod*

Het is niet voldoende dat de zorg van personen met een zorgnood gefaciliteerd of aangeboden wordt, ook de omgeving van de vakantiebestemming moet afgestemd zijn op de noden van toeristen met specifieke zorgnoden: toegankelijke attracties, vervoer, sanitaire voorzieningen, aangepaste wandelpaden, ...

Tijdens de focusgroep werd gewezen op de mogelijke rol die steden en gemeenten en hun respectievelijke toeristische diensten hierin zouden moeten/kunnen spelen. Door een goede afstemming tussen verschillende actoren kunnen toegankelijke reisbestemmingen in een toegankelijke omgeving gecreëerd worden.

Anderzijds blijkt de organisatie van de zorg vaak wel de moeilijkheid te zijn. Zo hebben steeds meer hotels weliswaar oog voor een aangepaste omgeving, maar kunnen ze niet instaan voor het zorgaanbod. Mensen met bepaalde zorgnoden zijn daarom vaak aangewezen op groepsreizen met zorgomkadering. Inspelen op zorgnoden verondersteld uiteraard dan men kan beschikken over voldoende en goed gekwalificeerd personeel (zie verder).

2.2.3 *Promotie*

Uiteraard is het belangrijk om als aanbieder van zorgvakanties een voldoende hoge bezettingsgraad te hebben. Promotie van het aanbod speelt hierin een belangrijke rol. Anderzijds is het ook zo dat een aantal deelnemers aangeven dat hun vakantiecentra door vb. ingeplande

groepsreizen en herstel vrijwel volgeboekt zijn in grote periodes van het jaar.

Vakantiecentra

Vakantiecentra die gelieerd zijn aan een mutualiteit benutten hoofdzakelijk de promotiekanalen die eigen zijn aan de mutualiteit (ledenbladen, website, Vakantiegenoegens, ...). Dit geldt in sterke mate voor de CM-gelieerde huizen. Gezien de historiek en de traditie van deze vakantiecentra bestaat het publiek voornamelijk uit leden van de eigen mutualiteit. In dalperiodes worden bijvoorbeeld ook promoties gedaan naar trouwe residenten door middel van gerichte mailings.

De liberale mutualiteiten promoten vakanties in de eigen vakantiecentra eveneens via het ledenblad, de website en mailings. Daarnaast worden de vakanties ook gepromoot via de verschillende kantoren van de ziekenfondsen en de sociaal assistenten. De liberale mutualiteit gaf aan dat ze voor hun leden met een grote zorgvraag regelmatig een beroep doen bij (vakantie)huizen van andere mutualiteiten. Dit is evenwel slechts mogelijk indien er daar plaatsen vrij zijn. Dit geldt vooral voor herstellvakantie, niet of minder voor vakanties van individuele toeristen.

Een centrum zoals Home Fabiola dat niet direct gelieerd is aan een mutualiteit of koepel voert vooral promotie via mailings en website. Daarnaast gebeurt een specifieke promotie bij groepen die reeds in het centrum verbleven hebben. Tot op heden richt Home Fabiola zich naar groepsvakanties. Naar de toekomst toe bestaan er plannen om zich naar gezinnen te richten.

Vakantieorganisatoren

Het Rode Kruis promoot haar vakanties via haar website en haar lokale afdelingen. De verschillende lokale afdelingen gaan vooral op zoek naar mensen die financiële moeilijkheden hebben om op vakantie te gaan.

Ziekenzorg geeft jaarlijks per regio een vakantiebrochure uit voor binnen- en buitenland. Het netwerk van plaatselijke groepen speelt hierin een belangrijke rol. Naar de toekomst toe zal er één globale brochure uitgegeven worden. De traditionele zuilen in onze maatschappij spelen hierdoor een voorname rol. Zo worden Ziekenzorg vakanties in het binnenland grotendeels georganiseerd in vakantiecentra die tot dezelfde koepel (CM) behoren.

Promotie in het buitenland?

De aanwezige deelnemers bespelen tot op heden weinig of niet de buitenlandse markt. Verschillende redenen worden hiervoor aangegeven: er was nog niet onmiddellijk een nood om de buitenlandse markt te bespelen, de dienstverlening van de centra is afgestemd op het Nederlands, ...

Toch zijn Nederlandse organisaties zoals 'De Zonnebloem' al enkele jaren trouwe organisatoren van (culturele) groepsreizen in verschillende Vlaamse vakantiecentra. Ook wordt door de deelnemers verwezen naar de verschillende zelfhulpgroepen in Nederland die zelf vakanties organiseren. Bij deze groepen ligt vermoedelijk nog heel wat potentieel en vormt de taal uiteraard ook geen probleem.

Maar ook in andere landen liggen er vermoedelijk toch heel wat uitdagingen: Vlaanderen is een regio die zeker ook bij zorgbehoevenden kan gepromoot worden als culturele trekpleister (vb. voor citytrips). Het aanbod en de dienstverlening (o.a. talenkennis van het personeel) zal hier dan wel op afgestemd dienen te worden.

De kosten verbonden aan de zorgverstrekking zullen in dat geval wellicht volledig moeten gedragen worden door de buitenlandse bezoeker, tenzij er bijvoorbeeld een systeem van wederzijdse verzekeringen kan afgesloten worden.

2.3 Voorwaarden en knelpunten voor zorgvakanties

2.3.1 Omkadering

Vrijwilligers

De verschillende deelnemers wijzen op het belang van de inzet van vrijwilligers. Zij zijn van mening dat zorgvakanties niet/moeilijk betaalbaar is indien er geen beroep kan gedaan worden op vrijwilligers. Vrijwilligers worden in de vakantiecentra voornamelijk ingezet voor mobiliteit (wandelen, transfers naar de bar, naar het restaurant, naar recreatie, ...), voor assistentie bij toiletbezoek, maaltijden, kleden, wassen, voor animatie, ...

Deze centra doen wekelijks beroep op een kern van vrijwilligers die blijven inslapen. Groepen zoals ziekenzorg die in deze centra op vakantie komen staan zelf in voor hun eigen omkadering (vrijwilligers). Ook de verpleegkundigen die hun reizen begeleiden zijn vrijwilligers. Het Rode Kruis doet voor haar reizen zelfs een beroep op dokters en apothekers die vrijwillig meegaan. Zowel ziekenzorg als het Rode Kruis voorzien in een inzet van ongeveer één vrijwilliger per vakantieganger (respectievelijk 1 op 1,2 en 1 op 1.). De vrijwilligers krijgen gratis kost en inwoning.

De inzet van vrijwilligers in vakantiecentra voor individuele gasten ligt lager dan deze bij bovenvernoemde reisorganisatoren.

Zorgomkadering

Een belangrijke meerwaarde die geboden wordt door de vakantiecentra en organisaties die de deelnemers aan de focusgroep vertegenwoordigen is het zorgaanbod dat ze bieden. Dergelijk aanbod veronderstelt logischerwijze ook de inzet van voldoende gekwalificeerd personeel. Mogelijk kunnen thuiszorgdiensten hierbij ook een ondersteunende rol spelen. Dit gebeurt ten dele al (op piekmomenten), maar toch is dit geen evidentie; zeker niet voor een verzorging die niet op vaste tijdstippen kan gepland worden.

Bovendien is het belangrijk om op een correcte wijze in te schatten welke zorg en voorzieningen (o.a. hulpmiddelen) er nodig is. De deelnemers aan de focusgroep zien hierin een taak weggelegd voor een soort van zorgcoördinator. Deze coördinator zou onafhankelijk van een vakantiecentrum of hotel kunnen werken en zou kunnen fungeren als een soort van informatiepunt. Er werd opgemerkt dat het wellicht zinvol is om in een bepaalde regio of stad met een pilootproject te beginnen. De zorgcoördinator heeft naast zijn rol als inschatter van de benodigde zorg en het doorgeven van informatie ook een belangrijke rol inzake vervoer,

hulpmiddelen, ... Een belangrijke bedenking die hierbij geplaatst kan worden is de financiering van dergelijke zorgcoördinatie. Binnen het bestek van deze focusgroep werd hier evenwel niet dieper op ingegaan.

Voor hulpmiddelen zou mogelijk een beroep kunnen gedaan worden op de mutualiteiten. Op dit moment is het zo dat men lid moet zijn van een bepaalde mutualiteit om te kunnen ontlenen. Idealiter zou de idee van het inzetten van een centrale zorgcoördinatie op termijn meer flexibiliteit moeten toelaten. Andere problemen die op dit moment bestaan zijn: een beperkte uitleencapaciteit tijdens het hoogseizoen, onvoldoende afstemming tussen Europese mutualiteiten (cf. problemen bij Eurocross) in functie van vakanties in het buitenland, ...

2.3.2 *Kostprijs*

Een niet onbelangrijk aspect bij de organisatie van zorgvakanties is de kostprijs. Voor bepaalde doelgroepen kan en mag een zorgvakantie veel geld kosten, voor een grote groep is die evenwel niet wenselijk, laat staan haalbaar (zie hierboven). Daarom is het belangrijk dat zorgvakanties kunnen aangeboden worden vanuit een sociale invalshoek.

Uit de focusgroep bleek dat het vrijwel niet mogelijk is om een overzicht te geven van vaste kostprijzen van een zorgvakantie. De kostprijs is immers afhankelijk van de aard van de vakantie (individueel vs. groep), de zorggraad, het vakantiecentrum, het aanbod, tegemoetkomingen vanuit ziekenfondsen of koepels, ...

Het Rode Kruis geeft aan dat haar vakanties (o.a. in IJsselvliedt, vakantieschip, ...) ondanks de inzet van vrijwilligers (dokters, verpleegkundigen, assistenten, ...) een aanzienlijke kostprijs hebben. Door de tussenkomsten vanuit de hoofdzetel, de lokale afdeling en mogelijk ook een specifiek fonds, worden deze vakanties betaalbaar gemaakt voor de individuele vakantiegangers.

De verschillende deelnemers wijzen op het belang van de inzet van vrijwilligers. Zij zijn van mening dat zorgvakanties niet/moeilijk betaalbaar is indien er geen beroep kan gedaan worden op vrijwilligers.

Tijdens de focusgroep werd kort stilgestaan bij een aantal mogelijkheden om zorgvakanties te financieren. Eén van de ideeën die naar voor gebracht werden was de invoering van een 'zorgcheque' naar analogie van bestaande systemen zoals adviescheques, dienstencheques, opleidingscheques, enz. Uiteraard dient nagegaan te worden in welke mate een dergelijk systeem betaalbaar is. Ook kwam naar voren dat personen met een zorgnood die op reis gaan, net zoals anderen hun verblijfskost zouden moeten betalen. De meerkosten verbonden aan de benodigde zorg zou door de gemeenschap kunnen gedragen worden.

2.3.3 *Toegankelijkheid*

Een basisvoorwaarde voor zorgvakanties is uiteraard dat toeristische accommodatie toegankelijk moet zijn. Hierbij gaat het niet enkel over vakantiecentra of hotels, maar ook over vakantiehuysjes, appartementen, jeugdherbergen, ...

Zo zijn bijvoorbeeld de recent verbouwde/gebouwde jeugdherbergen, waarbij basistoegankelijkheid als doel vooropgesteld wordt, heel wat meer toegankelijk in vergelijking met de oudere. Anderzijds zal dit niet altijd voldoen voor personen met een zwaardere handicap. Ook wanneer men bijvoorbeeld naar hotels kijkt moet men hierin voldoende realistisch zijn.

Een tekort aan toegankelijke accommodatie geldt in sterkere mate ook voor vakantiehuisjes en appartementen: er is weinig of geen aanbod van toegankelijke vakantiehuisjes en/of appartementen.

Reguliere logiesverstrekkers zijn volgens heel wat deelnemers nog niet of onvoldoende overtuigd van de grootte van de doelgroep en het belang van een toegankelijke accommodatie. Het beeld leeft dat toegankelijkheid zorgt voor een klinische, medische sfeer. Anderzijds toont bijvoorbeeld 'de Palatijn' in Arnhem aan dat kamers op een onopvallende manier toegankelijk en aangenaam kunnen zijn voor iedereen. Wellicht is er nood aan bijkomende informatieverstrekking aan uitbaters hieromtrent.

2.4 Andere thema's

Tijdens het groeps gesprek kwamen ook een aantal aspecten aan bod die niet onmiddellijk binnen de specifieke thema's van de focusgroep vielen, die slecht zijdelings aan bod kwamen of die niet verder besproken werden. Daarnaast werden een aantal voorstellen geformuleerd over een de mogelijk rol voor de overheid in dit verhaal.

Hieronder worden deze aspecten opgelijst:

- De overheid zou een faciliterende rol moeten spelen. Zo is er een duidelijke scheiding tussen aanbod en zorg. Toerisme Vlaanderen heeft een belangrijke rol te spelen in het ondersteunen van uitbaters bij de verdere uitbouw van een toegankelijk aanbod. Zorg is de verantwoordelijkheid van het RIZIV.
- Gezien de belangrijke rol die vrijwilligers spelen bij het aanbieden van betaalbare zorgvakanties, zouden er vanuit de overheid initiatieven moeten genomen worden om het vrijwilligerstatuut verder te omkaderen en bijvoorbeeld ook specifieke vorming en ondersteuning aan te bieden.
- Volwassen personen met een handicap uit instellingen kunnen vrijwel nergens een vakantie boeken. Er is voor hen onvoldoende infrastructuur om individueel op vakantie te gaan. In België zijn er weinig vakantiemogelijkheden voor zware gehandicapten.
- Heel wat vakantiegangers hebben nood aan assistentie bij het maken van verplaatsingen en uitstappen. Bij groepsreizen wordt deze taak opgenomen door vrijwilligers. Een mogelijk idee voor individuele reizigers die een beroep willen doen op assistentie bij uitstappen zou een 'mobiel assistentieteam' kunnen zijn. Ook hier is de kostprijs van dit model een niet onbelangrijk knelpunt. Mogelijk zou dit kunnen opgenomen worden door een pool van goed opgeleide vrijwilligers.
- Een vakantieomgeving die voldoet aan een aantal basisvoorwaarden voor de organisatie van zorgvakanties (o.a. toegankelijkheid, een vlotte bereikbaarheid, een open houding en een goede dienstverlening door het personeel, ...) is mogelijk ook uitermate geschikt voor ouders met jonge kinderen (baby's).

- Steden en gemeenten zouden een meer actieve rol moeten/kunnen spelen in het creëren van een toegankelijke omgeving die de nodige garanties biedt aan bezoekers om uitstappen te maken.
- ...

3. Vaststellingen en conclusies

Tijdens de focusgroep kwamen heel wat ideeën, suggesties en knelpunten naar voor. Daarbij werden door een aantal deelnemers soms ook een aantal concrete aanbevelingen geformuleerd. In dit afsluitende deel wordt een overzicht gegeven van een aantal belangrijke aandachtspunten en vaststellingen:

- Zorgvakanties is een begrip dat vele ladingen dekt; er is geen eenduidige definitie. Wel is duidelijk dat 'zorg' een centrale plaats inneemt. Naargelang de zorgnood van de betrokken persoon zal het accent meer op toerisme of meer op zorg liggen.
- Niet enkel naar zorgnood is er een grote variatie, ook naar de grote van de groep zijn er verschillen: individuele vakanties, gezinsvakanties, groepsvakanties, ...
- Ongeacht of zorgvakanties georganiseerd worden in vakantieverblijven die zich enkel richten naar zorgbehoevenden, of in vakantiecentra die zich richten naar een mix van vakantieganger is het belangrijk dat de vakantiegangers een vakantiegevoel hebben. Het is daarbij belangrijk dat het vakantieverblijf niet de uitstraling heeft van een medische, klinische omgeving.
- Er is een evolutie merkbaar van groepsvakanties naar meer individuele vakanties. Individuele vakantiegangers zullen in de toekomst een ander verwachtingspatroon hebben. Voor vakantiecentra impliceert dit dat zij mogelijk zullen moeten investeren in meer éénpersoonkamers.
- Globaal is er een stijgende vraag naar comfort. Dit geldt zowel voor het reguliere toerisme als voor het sociaal toerisme.
- Zorgvakanties zijn niet enkel belangrijk voor zorgbehoevenden. Ook voor mantelzorgers kan de mogelijkheid geboden worden om op een ontspannen manier van vakantie te genieten doordat de zorgnood wordt overgenomen door het vakantieverblijf.
- Heel wat vakantiecentra die zorg aanbieden hebben een publiek van ouderen. Dit is wellicht niet verwonderlijk gezien de aard van hun aanbod. Toch is er ook heel wat nood aan een aanbod voor gezinnen met jonge kinderen, volwassen personen met een handicap, ...
- Tot op heden wordt de buitenlandse markt weinig tot niet bespeeld omwille van verschillende redenen: voldoende hoge bezettingsgraad, taalbarrières, ... Anderzijds komen steeds meer organisaties zoals 'De Zonnebloem' uit Nederland naar Vlaanderen. Ook in andere landen ligt er nog heel wat potentieel. Een goede promotiestrategie is hierbij noodzakelijk.
- Binnen het zorgvakanties zoals het op dit moment georganiseerd wordt is er een sterke vrijwilligersdynamiek. Vakantiecentra don naast hun eigen personeel een beroep op vrijwilligers voor o.a. assistentie bij verplaatsingen, animaties, enz. Vakantieorganisatoren zoals Rode Kruis en Ziekenzorg rekenen bovendien voor de zorgtaken ook op

- vrijwilligers (medisch en paramedisch personeel). De inzet van vrijwilligers zorgt ervoor dat de vakanties aan een haalbare prijs kunnen aangeboden worden.
- De kostprijs van zorgvakanties is een knelpunt. Door de inzet van vrijwilligers kan de prijs weliswaar in heel wat gevallen sterk gedrukt worden, maar toch is er ook heel wat omkadering nodig van personeelsleden in vakantiecentra. Voor bepaalde segmenten is een hogere kostprijs geen probleem, anderzijds is er een grote groep van mensen voor wie dit wel een belangrijk argument is.
 - Toegankelijkheid en bereikbaarheid zijn belangrijke randvoorwaarden. Dit geldt niet enkel voor de verblijfsaccommodatie, maar zeker ook voor de omgeving. Op vakantie gaan is naast verblijven ook uitstappen maken, een terrasje doen, ...

Hoofdstuk 8: Interviews met aanbieders van zorgvakanties

Ter aanvulling van de informatie die verkregen werd in de focusgroep met potentiële aanbieders van zorgvakanties in Vlaanderen werden (diepte)interviews afgenomen bij vier verantwoordelijken van vakantiecentra (en/of hersteloorde) in Vlaanderen.

Bovendien lieten de interviews toe om de actuele werking van de centra in kaart te brengen en kon een zicht verkregen worden op mogelijke knelpunten en lacunes.

Vooreerst geven we een toelichting bij de gebruikte methode. Achtereenvolgens komen de keuze van de geïnterviewden en de interviewleidraad aan bod. Vervolgens worden de voornaamste bevindingen op basis van de interviews weergegeven.

1. Opzet

1.1 Selectie van de gesprekspartners

De selectie van de gesprekspartners gebeurde in samenspraak met Toerisme Vlaanderen. Drie van de vier gesprekspartners namen ook deel aan de voorafgaande focusgroep. Een vierde verantwoordelijke kon door omstandigheden niet deelnemen aan het prospectiebezoek in Nederland en de bijhorende focusgroep.

1.2 Situering van de gesprekspartners

Tabel 8.1 en Tabel 8.2 geven een situering van de gesprekspartners en de context waarin de verschillende centra werken.

Tabel 8.1 Gesprekspartners

Verantwoordelijke	Vakantiecentrum
Dhr. Steven Oosters	Domein Hooidonk
Dhr. Dirk Van Gool	Ter Duinen
Dhr. Willy Eeckels	De Ceder
Dhr. Gilbert Claes	Koningin Fabiola Home

Drie van de vier centra zijn eigendom van een mutualiteit. Het vierde centrum is een autonome vzw. De centra richten zich met uitzondering van Home Fabiola vooral naar ouderen. Home Fabiola richt zich specifiek naar kinderen en jongeren.

De Ceder ontvangt zowel jongeren als ouderen. Aangezien evenwel de voorzieningen voor jongeren in dit centrum weinig of niet afgestemd zijn op groepsvakanties voor jongeren met een handicap en/of zorgnood laten we dit in deze context buiten beschouwing.

Naar aard van dienstverlening kunnen grosso modo twee groepen onderscheiden worden. De Ceder en Home Fabiola spelen voornamelijk

een faciliterende rol. Dit betekent concreet dat zij voor hun gasten een toegankelijke accommodatie en toegankelijke ontspanningsmogelijkheden (o.a. zwembad, sporthal, ...) ter beschikking stellen. Deze faciliteiten worden aangevuld met een keuken die in functie van de noden van de gasten kan voorzien in aangepaste maaltijden en dieetfaciliteiten. Rechtstreekse begeleiding van de vakantiegasten wordt in principe niet voorzien.

Domein Hooidonk en Ter Duinen bieden naast een toegankelijke accommodatie en keukenfaciliteiten o.a. ook zorgondersteuning aan.

Tabel 8.2 Situatieschets

	Hooidonk	Ter Duinen	De Ceder	Home Fabiola
Locatie	Zandhoven	Nieuwpoort	Deinze	Maasmechelen
Ontstaan	1969	1985	1980	1964
Koepel	CM	CM	Socialistische mutualiteit	/
Capaciteit**	30 (h) + 125 (v) bedden	242 (h) + 152 (v) bedden 157 + 86 kamers*	65 kamers 130 bedden	307 bedden
Doelpubliek	Volwassenen	Volwassenen	Volwassenen Jongeren	Jongeren
Personeel	70 (49 VE)	150	40 (30 VE)	43

* Herstel + vakantie

** v=vakantiebed; h=herstelbed

1.3 Semi-gestructureerde interviews

De afname van de mondelinge interviews gebeurde aan de hand van een interviewleidraad met open vragen. Dit liet ruimte voor andere elementen die door de gesprekspartner konden opgeworpen worden. Het interviewschema werd opgesteld in functie van de doelstellingen van het globale onderzoek en de informatie die verzameld werd in de focusgroep met aanbieders van zorgvakanties.

In het interviewschema werden 6 thema's onderscheiden:

- Inleiding en situering
- De actuele werking van het domein/vakantiecentrum – structuur
- De actuele werking van het domein/vakantiecentrum – aanbod
- De toekomst van het domein/vakantiecentrum
- Het domein/vakantiecentrum als aanbieder van zorgvakanties in Vlaanderen
- Andere

Binnen ieder thema werden een aantal vragen voorzien en werd ruimte gelaten voor toevoegingen door de geïnterviewden. De interviews werden afgenomen in de loop van december 2006.

2. Bevindingen

2.1 De actuele werking van de centra - structuur

2.1.1 Historiek

De verschillende centra hebben ieder hun eigen geschiedenis. Deze geschiedenis is niet onbelangrijk bij het interpreteren van de actuele werking en doelstellingen van de verschillende centra. De verschillende centra hebben – mede onder invloed van een aantal maatschappelijke veranderingen - doorheen de tijd hun kernactiviteiten en/of doelstellingen (licht) gewijzigd.

Ter Duinen is de 'jongste' van de geïnterviewde centra. Dit vakantiecentrum/hersteloord werd in 1985 gebouwd als 'vakantiecentrum voor zieken en gehandicapten' voor leden van de CM. Als snel werd duidelijk dat het ook nodig was om herstelverblijven aan te bieden. De vzw K.M.I. (Kristelijke Mutualistische Interfederale) is eigenaar van Ter Duinen

In de historiek van de Ceder kunnen een viertal fasen onderscheiden worden. De Ceder was van oorsprong een kasteel dat fungeerde als herstelverblijf voor kinderen met TBC. In de jaren '70 werd dit afgebroken en werd de Ceder opgericht als vakantiecentrum voor leden van de socialistische mutualiteit. Vervolgens was er een evolutie naar bezoekers met een herstelkuur van maximaal 60 dagen. In een derde fase werd het bestaande aanbod uitgebreid met jeugdvakanties en tenslotte kwam er ook een seminariefunctie bij op vraag van de vakbond.

Domein Hooidonk werd eind jaren '60 door de CM aangekocht als vakantiecentrum voor Ziekenzorg. Het domein was voorheen een klooster en noviciaat van de Paters Heilige Harten. De aanvankelijke doelstelling van het domein als vakantiecentrum in de jaren '70 was de organisatie van gezinsvakanties. Dit verschoof als snel naar groepsvakanties en individuele vakanties. De vzw K.M.I. (Kristelijke Mutualistische Interfederale) is net zoals bij Ter Duinen eigenaar van het domein.

Home Fabiola tenslotte werd in 1964 gebouwd als een gezamenlijk partnership van het Nationale werk voor het Gehandicapte Kind, de Unie van de Katholieke Dagbladen en de Kempische Steenkoolmijnen. Home Fabiola startte met de organisatie van gezondheidskampen voor moeders met kinderen. Vrijwel onmiddellijk was er een heroriëntering als vakantiehuis. Vanaf 1965 werden groepsvakanties georganiseerd. Het centrum wordt bestuurd door een autonome vzw (NWGK vzw) met een raad van beheer.

2.1.2 Financiering

In de context van dit onderzoek naar zorgvakanties is het geenszins de bedoeling om een economische/boekhoudkundige evaluatie te maken van de verschillende vakantiecentra. Het is wel zinvol om in grote lijnen een zicht te krijgen op de voornaamste financieringsmechanismen van de verschillende vakantiecentra. Zeker ook omdat een aantal van deze centra paramedische dienstverlening en assistentie aanbieden.

De financiering van vakantiecentra met een zorgfunctie verschillen in functie van de aard van het verblijf, de dienstverlening die geboden wordt, de doelgroep, de kostprijs van de vakantie, ... Zo organiseren de Ceder, Ter Duinen en Domein Hooidonk niet enkel individuele vakanties en groepsvakanties, maar ontvangen zij ook gasten die op herstellvakantie komen. Deze laatste vorm van vakanties genereert meer inkomsten dan kortverblijven voor deze centra. Belangrijkste financieringsmechanismen die hierbij spelen, zijn naast de prijs die de bezoekers betalen, de tegemoetkoming door de mutualiteit en tegemoetkomingen vanuit het RIZIV.

Home Fabiola werkt door haar onafhankelijke positie vanuit een ander model. Voor de vakanties voor jongeren en kinderen is Kind & Gezin een niet onbelangrijk subsidiekanaal dat het mogelijk dat er voor kinderen slechts een lage prijs wordt aangerekend.

Door de verschillen in aanbod, werking, lidmaatschap, ... is het niet mogelijk om een vergelijking te maken van de verschillende prijzen die gehanteerd worden voor overnachtingen. De prijzen variëren van een 30 € tot een 70 €.

Er is een duidelijk prijsdifferentiatie naar lidmaatschap voor de centra die gelieerd zijn aan een mutualiteit. Eigen leden betalen gemiddeld een 30% minder voor een vakantieverblijf in vergelijking met niet-leden.

2.1.3 Personeel

De geïnterviewde centra variëren in grootte van hun personeelsbestand. De grootte van het personeelsbestand is afhankelijk van de grootte van het vakantiecentrum, de geboden dienstverlening, ... (zie Tabel 2)

De respectievelijke personeelsbestanden bestaan meestal uit keuken- en bedieningspersoneel, onthaalbedienden en administratie en schoonmaakpersoneel. Ter Duinen en Domein Hooidonk hebben daarnaast ook een permanent verpleegkundige omkadering

Daarnaast doen deze centra beroep op een ploeg van vrijwilligers die tegen beperkte vergoeding (consumptiebonnen) en kost en inwoon telkens voor een periode van één week (5 à 10 vrijwilligers per week) de werking van de centra ondersteunen (o.a. door assistentietaken op te nemen).

2.2 De actuele werking van de centra - aanbod

2.2.1 Doelpubliek

Domein Hooidonk, Ter Duinen en De Ceder ontvangen zowel groepen als individuele vakantiegangers. Koningin Home Fabiola is op dit moment volledig afgestemd op groepsvakanties (voor kinderen en jongeren). Er bestaan wel plannen om in de nabije toekomst een aanbod te doen naar gezinnen.

Domein Hooidonk maakt voor haar individuele gasten een onderscheid tussen drie formules: (1) herstel; (2) kortverblijf; en (3) individuele vakantie. Deze laatste groep komt los van een organisatie of koepel op

vakantie. Kortverblijven zijn vaak bedoeld ter ontlasting van mantelzorgers; de zorg voor de zorgbehoevende wordt overgenomen waardoor de mantelzorger zelf op vakantie kan gaan. Daarnaast heeft Domein Hooidonk een dertigtal bedden ter beschikking voor herstellvakanties. Een groot deel van de gasten in Domein Hooidonk heeft een ernstige zorgnood en heeft een relatief hoge leeftijd.

Het doelpubliek van Ter Duinen is min of meer gelijkaardig aan dat van Domein Hooidonk (herstel en groepsvakanties). Verschilpunt is wel dat Ter Duinen een groter aantal bedden herstel heeft (242) en in principe geen kortverblijven aanbiedt. Daarnaast is opvallend dat de verschillende afdelingen van Ziekenzorg gemiddeld 44 weken per jaar de 152 vakantiebedden voorzien van gasten.

Home Fabiola speelt een faciliterende rol in het aanbieden van groepsvakanties voor jongeren en kinderen. In de zomervakantie worden formules van 10 dagen aangeboden, de overige periode worden midweken en weekends aangeboden. Ongeveer 60% van de groepen bestaan uit personen met een handicap of chronische ziekte.

De Ceder richt zich zowel naar groepen als naar individuele vakantiegangers. Daarnaast biedt de Ceder ook herstelkuren aan. Deze groep maakt ongeveer 60% van het cliënteel uit. De Ceder beschikt over 65 hotelkamers en heeft daarnaast groepskamers ter beschikking voor jeugdverblijven. Daarnaast biedt het centrum ook seminariefaciliteiten aan. De verbreding van het doelpubliek van het centrum is een duidelijke doelstelling.

Hoewel de verschillende centra die afhankelijk zijn van de mutualiteit in principe openstaan voor iedereen is het merendeel van hun gasten lid van de mutualiteit waartoe het centrum behoort.

2.2.2 Infrastructuur

De verschillende centra beschikken naast kamers en een restaurant over de diverse ontspannings- en verzorgingsfaciliteiten.

De kamers hebben veelal een opstelling met twee bedden en een aparte badkamer (cf. traditie inzake groepsvakanties). Home Fabiola beschikt over verschillende slaapvertrekken die geschikt zijn voor grotere groepen.

Deze nadruk op groepstoerisme komt ook duidelijk naar voor in de eerder grote (groeps)restaurants.

Naargelang het doelpubliek zijn er verschillen tussen de centra. Zo richt bijvoorbeeld Home Fabiola zich sterk naar jongeren en kinderen. Dit vertaalt zich o.a. in een eerder speelse aankleding.

We geven voor de verschillende centra een niet exhaustief overzicht.

Domein Hooidonk beschikt over o.a.:

- Ingerichte kineruimte

- Verpleegruimten + dokterskabinet
- Toegankelijke sporthal
- Toegankelijke seminarieruimte
- Kapsalon & Beautysalon
- Recreatieruimten
- Bar/Cafeteria
- ...

Ter Duinen beschikt over o.a.:

- Ingerichte kineruimte
- Verpleegruimten + dokterskabinet
- Kapsalon & Beautysalon
- Ontspanningszaal met toegankelijk podium
- Recreatieruimten
- Bar/Cafeteria
- Toegankelijk toeristentreintje
- ...

De Ceder beschikt over o.a.:

- Verpleegruimte + dokterskabinet
- Toegankelijk zwembad
- Sporthal
- Seminarieruimten
- Kapsalon & Beautysalon
- Bar/Cafeteria
- ...

Home Fabiola:

- Toegankelijke speeltuin
- Toegankelijke sporthal
- Toegankelijk zwembad met snoezelruimte
- Rolstoelfietsen
- ...

De verschillende centra zijn allen relatief omvangrijk.

2.2.3 De dienstverlening

De dienstverlening die de verschillende centra aanbieden is afhankelijk van het doelpubliek en de aard van de vakantie.

Zorgtaken

Heel wat groepen die op vakantie komen in de verschillende vakantiecentra (vb. het rode Kruis, Ziekenzorg, de Zonnebloem, ...) zorgen meestal zelf voor de nodige zorgomkadering (toiletten, wondzorg, ...), daarbij al dan niet ondersteund door het zorgpersoneel van de vakantiecentra zelf.

Domein Hooidonk en Ter Duinen hebben zelf zorgpersoneel (o.a. verpleegkundigen en kinesisten) in dienst. Individuele vakantiegangers en personen die een herstelkuur volgen kunnen een beroep op hen doen voor

paramedische zorgtaken. Tijdens een intakegesprek (of op voorhand) wordt op basis van de KATZ-schaal³⁷ de benodigde zorgondersteuning bepaald. De zorgondersteuning beperkt zich tot zogenaamde paramedische zorgtaken (wondzorg, kinesitherapie, ...). Voor medische behandelingen kunnen de gasten terecht bij een dokter of naburig ziekenhuis.

De Ceder en Home Fabiola beschikken zelf niet over zorgpersoneel. In functie van de zorgnood van hun gasten worden afspraken gemaakt met externe thuisverplegingsdiensten. De Ceder gaat uit van een zekere mate van zelfredzaamheid van haar gasten. Tweemaal daags komt er vanuit de mutualiteit een verpleegkundige voor de herstellenden (de zorgnood wordt bepaald in functie van de KATZ-schaal).

Om de nodige zorgondersteuning te bieden is een erkenning noodzakelijk. Bovendien is er een erkenning nodig om tegemoetkomingen in zorgen te voorzien. Revalidatiecentra beschikken over een dergelijke erkenning door het RIZIV.

Assistentie

De verschillende vakantiecentra zijn voor specifieke assistentie-taken zoals assistentie bij verplaatsingen (vb. transfer van de kamer naar het restaurant) aangewezen op vrijwilligers. Ter Duinen en Domein Hoodonk doen hiervoor een beroep op een pool van vrijwilligers die telkens een week in de centra verblijven tegen een beperkte vergoeding (een vergoeding in consumpties).

Hulpmiddelen

De verschillende centra beschikken zelf over de nodige hulpmiddelen zoals rolstoelen, hoog-laag bedden, tilsystemen, ...). Indien nodig kan hiervoor ook een beroep gedaan worden op de mutualiteit.

2.3 De toekomst

De geïnterviewde verantwoordelijken zijn allen op zoek naar nieuwe uitdagingen en mogelijkheden voor hun centrum. In het ene centrum betekent dit een verdere uitdieping van een reeds gekozen richting. Andere centra zitten in een proces waarbij er op middellange en langere termijn keuzes dienen gemaakt worden naar de missie en de doelstellingen van de organisatie.

Deze veranderingsprocessen worden veelal geïnitieerd door nieuwe evoluties in de samenleving en wijzigende verwachtingen van de vakantiegangers (meer comfort, individueel reizen, ...).

Zo zijn heel wat centra vanuit een traditie veelal afgestemd op groepsvakanties (cf. twee persoonskamers met afzonderlijke bedden) en is er een duidelijke evolutie merkbaar van groepsvakanties naar individuele vakanties. Deze wijzigingen zorgen ervoor dat de centra genoodzaakt worden om serieuze investeringen te doen naar de toekomst toe.

³⁷ De KATZ-schaal wordt gebruikt om zorgnoden van 'patiënten' in te schalen in categorieën.

Het huidige verwachtingspatroon zou kunnen bestempeld worden als een 'hotel-verwachtingspatroon'. Zo wordt meer belang gehecht aan comfortabele éénpersoonkamers in een aangename, niet medische, setting. Uiteraard zullen deze kamers niet volstaan om zich op de markt van individuele en gezinsvakanties te begeven. Ook het restaurant, recreatiemogelijkheden, enz. zullen hierbij afgestemd moeten worden op deze wijzigende behoeften.

Een zekere schaalgrootte is noodzakelijk om een bepaalde dienstverlening aan een aanvaardbare prijs te kunnen bieden.

Home Fabiola heeft concrete plannen om vanaf 2008 gezinsvakanties aan te bieden. Daartoe zal een bijkomende vleugel met bungalows voor telkens zes personen voorzien worden.

2.4 Verwachtingen t.a.v. Toerisme Vlaanderen

Toerisme Vlaanderen speelde en speelt een voorname rol in het verbeteren van Toeristische accommodatie. Zo hebben de centra die deelnamen aan deze bevraging voor hun toegankelijke infrastructuur reeds mogen rekenen op tegemoetkomingen door Toerisme Vlaanderen. Naast haar rol als subsidiërende instantie kan Toerisme Vlaanderen uiteraard nog heel wat andere rollen spelen.

De verschillende aanbieders verwachten vooral dat Toerisme Vlaanderen optreedt als een informerende instantie (o.a. over wat er beweegt in Vlaanderen). Toerisme Vlaanderen zou bij voorkeur moeten optreden als tussenpersoon tussen vraagzijde en aanbodzijde. Ook wordt gewezen op het voorzien van financiële tegemoetkomingen voor vakantiecentra die een beroep willen doen op het Toegankelijkheidsbureau voor de begeleiding en ondersteuning van nieuwe concepten en toepassingen. Hierbij wordt o.a. gedacht aan begeleiding bij de ontwikkeling van centra tot geïntegreerde zorgcentra, enz.

Vrijwilligers spelen een cruciale rol in het aanbieden van 'zorgvakanties' tegen een aanvaardbare prijs. Het lijkt dan ook ondenkbaar om hen weg te denken. Dit impliceert dat het belangrijk is om blijvend vrijwilligers te initiëren en te motiveren. Eén van de geïnterviewden vroeg zich af of Toerisme Vlaanderen hierbij mogelijk een ondersteunende rol zou kunnen spelen.

3. Vaststellingen en conclusies

De interviews gaven een duidelijk zicht op de concrete werking van de verschillende centra. Dit vormde een aanvulling bij de vaststellingen op basis van de focusgroep. In dit afsluitende deel worden een aantal belangrijke aandachtspunten en vaststellingen opgelijst:

- De verschillende centra hebben ieder doorheen de tijd een sterke evolutie doorgemaakt naar doelpubliek, organisatie, benadering, Deze centra hebben van oorsprong een sterke band met groepsvakanties voor personen met een beperking.
- Er kan een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen centra die een faciliterende rol vervullen door o.a. het aanbieden van een

toegankelijke infrastructuur met de nodige omkadering voor groepen en centra die specifiek voorzien in zorgomkadering. Deze permanente zorgverlening is sterk verbonden met o.a. een aanbod van herstellvakanties. Bovendien is hieraan een specifiek financieringsmodel gekoppeld.

- De verschillende centra voorzien ieder in een aantal faciliteiten. In Home Fabiola en De Ceder ligt de focus hierbij eerder op vakantie en recreatie (vb. een zwembad, een sporthal, ...). Bij Ter Duinen en Domein Hooidonk is er een sterkere focus op de (paramedische) zorgomkadering.
- Organisatoren van groepsvakanties voorzien meestal zelf in de nodige (zorg)omkadering. Voor individuele gasten staan de centra hier zelf voor in of doen ze een beroep op externe thuiszorgdiensten.
- Vakantiecentra zijn voor de assistentie van hun gasten aangewezen op vrijwilligers. De inzet van vrijwilligers blijft cruciaal om de kostprijs te drukken.
- Groepsvakanties nemen nog steeds een voorname plaats in in de werking van de verschillende centra. Anderzijds is er het aanvoelen dat individuele vakanties in de toekomst een steeds belangrijkere rol zullen innemen.
- De evolutie naar individuele vakanties impliceert voor de verschillende centra investeringen om hun kamers, restaurant en voorzieningen te moderniseren en meer te richten naar een hotelinrichting.
- De aanbieders verwachten vooral dat Toerisme Vlaanderen een informerende rol op neemt en een belangrijke tussenschakel vormt tussen aanbieders en gebruikers.
- ...

DEEL 4: DE SITUATIE IN NEDERLAND: EEN VOORBEELD?

Hoofdstuk 9: Aanbod, organisatie en financiering van vakanties met zorg in Nederland

Door verschillende organisaties van en voor personen met een handicap werd verwezen naar Nederlandse voorbeelden van zorgvakanties, waar zowel gezinnen met een zwaar gehandicapt of revaliderend kind als volwassenen met een verhoogde zorgbehoefte terecht kunnen voor een uitgewerkte zorgvakantie.

Op basis van o.a. een prospectiebezoek³⁸, deskresearch en telefonische gesprekken met betrokkenen³⁹ werd een beknopte analyse gemaakt van de principes, regelgeving en organisatie van zorgvakanties in Nederland.

In Nederland wordt in deze context steeds meer het begrip 'zorghotel' gebruikt. In wat volgt zal dieper op dit begrip en basisvoorwaarden zoals erkenningen en financiering ingegaan worden. In het kader van onze onderzoeksopdracht is het bovendien een interessante bijkomstigheid dat deze vorm van toerisme zich specifiek richt naar individuele zorgbehoevenden.

Uiteraard zal in dit hoofdstuk ook stilgestaan worden bij andere vormen van zorgvakanties die zich ook naar groepen richten. Zo zijn er bijvoorbeeld vakantiecentra die een integrale toegankelijkheid garanderen voor diverse groepen van bezoekers en voor diverse zorgnoden.

In het tweede deel van deze paragraaf wordt op basis van het prospectiebezoek een beknopte beschrijving gegeven van een drietal Nederlandse initiatieven: 'Villa Pardoës', 'Zorghotel de Palatijn' en 'Vakantiehôtel Ijsselvlied'.

Het hoofdstuk eindigt met een korte analyse van de gelijkenissen en de verschillen tussen Vlaanderen en Nederland.

1. Samenstelling van het aanbod

1.1 Inleiding

In deze eerste paragraaf wordt stilgestaan bij de samenstelling van het aanbod in Nederland. Net zoals dit het geval was voor Vlaanderen, geldt ook hier dat dergelijke inventarisatie geen evidentie is.

We kunnen een onderscheid maken tussen (eerder typische) vakantiecentra en voorzieningen die vakanties met zorg aanbieden, zorghotels, logeerhuizen, herstellingsoorden, ...

³⁸ Op 27 en 28 november bracht een Vlaamse delegatie onder leiding van Toerisme Vlaanderen een studiebezoek aan een drietal Nederlandse initiatieven.

³⁹ O.a. Wouter Schelvis (P.O.G. Brabant), Monique Wijnties (Aedes-Arcades Kenniscentrum Wonen –Zorg), Anja Gritter (De Palatijn)

1.2 Vakantiecentra en -voorzieningen

1.2.1 Aanbod

Net zoals in Vlaanderen zijn er in Nederland heel wat hotels en andere verblijfsaccommodaties die over één of enkele toegankelijke kamers beschikken. Velen onder hen zijn voorzien van het Internationale Toegankelijkheids Symbool. Dit symbool werd tot voor kort uitgereikt door het Landelijk Bureau Toegankelijkheid in samenwerking met het Nederlands Bureau voor Toerisme & Congressen.

Naast deze verblijfsaccommodaties beschikt Nederland over verschillende vakantiecentra die zich specifiek richten naar (groepen van) personen met een relatief zware zorgnood. Deze centra garanderen een integrale toegankelijkheid en voorzien vaak in hulpmiddelen zoals stalen verpleegsters, hooglaagbedden, enz.

In 2001 werd Nederlandse Branchevereniging Aangepast Vakanties opgericht als opvolger van de Blauwe Vakantiekoepel.⁴⁰ Deze Branchevereniging is een overkoepelende organisatie voor aanbieders van aangepaste reizen en/of accommodaties voor personen met een lichamelijke of verstandelijke beperking of chronische ziekte. De NBAV garandeert de kwaliteit van aangepaste reizen en accommodaties door het afleveren van een NBAV-keurmerk. De NBAV ziet deze kwaliteitsbewaking als één van haar voornaamste taken. De vooropgestelde kwaliteitseisen omvatten o.a. duidelijke informatieverstrekking op voorhand, duidelijkheid over boekings- en annulatievoorwaarden, een duidelijke afbakening van doelgroepen en beschrijving van zorg en/of begeleiding, ...

Jaarlijks brengt de NBAV de BLAUWE GIDS uit. Dit is een gids waarin het volledige aanbod van de NBAV leden (aangepaste vakanties en accommodaties) wordt opgenomen. Organisaties en accommodaties die geen lid zijn kunnen ook opgenomen worden in de gids. De NBAV telt onder haar leden 18 reisorganisaties en 13 accommodaties.

1.2.2 Bijzondere initiatieven

Opvallend zijn daarnaast een aantal bijzondere initiatieven in Nederland zoals Villa Pardoes of Hotelschip J. Henry Dunant die zich onder specifieke voorwaarden vakanties aanbieden voor personen met een handicap en/of een ziekte.

Villa Pardoes biedt kinderen uit Nederland en Vlaanderen met een levensbedreigende ziekte de mogelijkheid om met hun gezin een week kosteloos op vakantie te komen. Iedere week kunnen acht gezinnen verblijven in één van de acht themahuisjes die afgestemd zijn op kinderen met een zorgnood.

Hotelschip J. Henry Dunant is één van de vier vakantiehotels van het Rode Kruis in Nederland. Het Rode Kruis biedt individuele personen met een zorgnood in deze vakantiehotels aan tegen een schappelijke prijs. Naar gelang de individuele situatie van de gasten kan dit zelfs gratis zijn.

⁴⁰ www.nbav.nl

Bovenstaande modellen zijn beiden niet mogelijk zonder de inzet van een grote groep vrijwilligers en sponsoring of liefdadigheid. Kenmerkend voor deze initiatieven is het 'charity-model' waarop ze gebaseerd zijn. Zo werd bijvoorbeeld het hotelschip bekostigd door de opbrengst van een televisieshow op de Nederlandse televisie. In wat volgt worden deze 'bijzondere' initiatieven meer uitgebreid toegelicht.

1.3 Zorghotel

In dit deel wordt dieper ingegaan op het concept 'zorghotel' dat in Nederland steeds meer ingang vindt.

In Nederland wordt de term 'Zorghotel' veelvuldig gebruikt als verzamelnaam voor verschillende varianten voor zorgvakanties en zorgvoorzieningen. 'Zorghotel' is dan ook niet specifiek gelieerd aan toerisme. Zo worden bijvoorbeeld herstellingsoorden vaak ook aanzien als zorghotels. Bij de bijschrijving van een aantal verschillende Nederlandse varianten hebben we er voor geopteerd om wel een onderscheid te maken tussen ieder van deze (zorghotels, logeerhuizen, herstellingsoord, ...).

1.3.1 Varianten

Zorghotels

Om te kunnen spreken van een zorghotel stelt het Nederlandse Kenniscentrum Wonen-Zorg⁴¹ voorop dat er een combinatie moet zijn van de kenmerken van een hotel met zorg. Dit veronderstelt o.a. een tijdelijk verblijf, de mogelijkheid tot 24u/24u zorg en/of dienstverlening en een omgeving met de kenmerken van een hotel (servicegerichte organisatie, comfort, faciliteiten, ...). Dit komt ondermeer ook tot uiting in de aankleding en het kleurgebruik in de kamers, de kleding van het personeel, ...

De tijdelijkheid van deze verblijfsvorm onderscheidt hem duidelijk van meer residentiële woon(zorg) voorzieningen zoals bijvoorbeeld zorgvilla's en serviceflats. Nochtans wordt ook voor deze laatste vormen van woonzorg frequent de term zorghotel gebezigd.

Binnen de zorghotels wordt meestal een onderscheid gemaakt tussen een drietal varianten: (1) zorghotels binnen de muren van een ziekenhuis (vb. Zotel Hengelo); (2) zorghotels binnen de muren van een zorginstelling (vb. Zorghotel Elisabeth in Breda); en (3) zorghotels op een zelfstandige locatie (vb. de Palatijn in Alkmaar).

Zoals reeds aangegeven werd wordt de term 'zorghotel' niet enkel gebruikt in een toeristisch kader, maar ook voor herstel na een ziekenhuisopname. In die zin is het zorghotel de schakel tussen het ziekenhuis en thuis. De drie bovenstaande varianten wijzen dan ook duidelijk in deze richting. Het is dan wellicht ook weinig verwonderlijk dat heel wat van de zorghotels op een (zelfstandige) locatie in de onmiddellijke nabijheid van een ziekhuis gesitueerd zijn.

⁴¹ Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg

Voor deze laatste variant kunnen parallellen getrokken worden met initiatieven zoals de 'kraamhotels' waarin moeders onmiddellijk na hun bevalling in het ziekenhuis herstellen van hun bevalling.

Een screening van de Nederlandse markt door Aedes-Arcades, het Nederlandse Kenniscentrum wonen-zorg, resulteerde in een 45-tal zorghotels, die sterk variëren.⁴² In februari 2007 startte het Kenniscentrum wonen-zorg met een databank over zorghotels en woonzorgvomen. Op dit moment kunnen er 7 zorghotels teruggevonden worden die op een zelfstandige locatie gevestigd zijn.⁴³

Logeerhuizen

Logeerhuizen zijn er specifiek op gericht om mantelzorgers te ontlasten.⁴⁴ Bezoekers met een zorgnood kunnen in deze huizen enkele dagen komen logeren; het logeershuis staat hierbij in voor de nodige zorgomkadering. Het doelpubliek bestaat voornamelijk uit personen met een handicap. Deze variant is wellicht vergelijkbaar met de formule van kortverblijf zoals die in Vlaanderen bijvoorbeeld door Domein Hoidonk wordt aangeboden.

Herstellingsoorden

Een derde vorm zijn de herstellingsoorden, waar mensen voor maximaal zes weken verblijven. Herstellingsoorden kennen vaak voorrang bij opname en een korting op de dagprijs toe aan leden. Opname gebeurt na een indicatiestelling zoals bijvoorbeeld postoperatief herstel, herstel van ziekte, ontlasting van mantelzorgers, ...

Personen kunnen voor hun verblijf een beroep doen op financiering vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (zie verder). Daarnaast is een tegemoetkoming in de dagprijs ook opgenomen in de meeste private ziekteverzekeringen.

1.3.2 Erkenningscriteria

In Nederland is de naam 'zorghotel' geen beschermde naam. Dit impliceert dat iedereen vrij deze naam mag en kan gebruiken. Van overheidswege wordt hierop geen controle uitgeoefend en bestaat er hieromtrent ook geen concrete regelgeving. Aanbieders van zorg, zoals thuiszorgdiensten die vaak in zorghotels instaan voor de zorg, dienen uiteraard wel te voldoen aan erkenningscriteria die eigen zijn aan thuiszorgdiensten. Deze erkenningen worden afgeleverd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Vanuit de Nederlandse overheidswege lijkt er ook geen specifiek toegankelijkheids- of zorgbeleid gevoerd te worden ten aanzien van de toeristische sector.

⁴² A. Bolsher (2006), *Zorghotels: zonder zorgen verzorgd!*, RIGO Research en Advies BV.

⁴³ Zorghotel Hurdegaryp (Tytsjerksteradiel), Domaine Cauberg (Valkenburg aan de Geul), Zorghotel Zuiderhout (Breda), de Palatijn (Alkmaar), Zorghotel Leo Polak (Amsterdam), De Bregthoeve (Bergen) en Olaertsduyn (Westvoorne).

⁴⁴ Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg

2. Organisatie van zorg

Zorgtaken kunnen zowel geboden worden door personeel van het vakantiecentrum of het hotel waar men verblijft als door externe diensten zoals thuiszorgdiensten. De reeds eerder vernoemde werking van het Zotel en de Palatijn (zie ook verder) zijn voorbeelden van beide varianten.

Het overgrote deel van de hotels dat zich profileert als een zorghotel op een zelfstandige locatie werkt hiervoor samen met een thuiszorgdienst. Deze zorgaanbieders worden betaald in functie van de AWBZ-functies die ze leveren (vb. verpleging, kinesitherapie, ...).

In dit uitbestedingsmodel ligt de eindverantwoordelijkheid voor de zorg volledig in handen van de zorgaanbieder en is het vakantiecentrum enkel verantwoordelijk voor het verblijf en de basisdienstverlening.

Het zelf aanbieden van zorg veronderstelt de inzet van voldoende geschoolde personen. Dat kan in een dienstverband zijn of onder een vrijwilligersstatuut.

Zo organiseert bijvoorbeeld het Rode Kruis vakanties waarbij ondersteuning geboden wordt door artsen, verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, ... Het Rode Kruis kan hierbij rekenen op de inzet van een groot aantal vrijwilligers.

3. Financiering van zorg

3.1 *Financieringsstromen*

Voor de financiering van zorg (cf. zorghotels) bestaan verschillende financieringsstromen. Een viertal stromen worden onderscheiden⁴⁵:

- (1) De AWBZ: op basis van een zorgindicatie kunnen kosten verbonden aan de verzorging van een cliënt vergoed worden (zie verder).
- (2) De zogenaamde diagnose-behandel-combinaties van een ziekenhuis: het zorghotel neemt in dit model tegen vergoeding het verblijf en de zorg over van een ziekenhuis.
- (3) De zorgverzekering: op basis van een indicatiestelling worden in bepaalde situaties het tijdelijk verblijf en de zorg in een zorghotel vergoed.
- (4) Eigen financiering door de cliënt.

In bepaalde situaties kunnen verschillende financieringstromen samen benut worden om het verblijf van een cliënt te vergoeden.

Voor heel wat zorghotels is de AWBZ de primaire financieringsbron, voor andere zijn dit particuliere, private middelen.

⁴⁵ A. Bolsher (2006), *Zorghotels: zonder zorgen verzorgd!*, RIGO Research en Advies BV.

Nochtans zijn deze financieringsstromen geen garantie voor het runnen van een zorghotel. Zo zorgen de verschillende financieringsstromen vaak niet alleen voor onzekerheid maar ook voor heel wat administratie.

3.2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

3.2.1 Algemeen

De AWBZ is een volksverzekering voor ziektekostenrisico's waar je je niet individueel voor kunt verzekeren.⁴⁶ Via deze wet is iedere Nederlander verzekerd voor zorg en ondersteuning bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom.

De AWBZ geldt voor hulpmiddelen en zorg die minder dan drie maanden nodig zijn. Een belangrijk deel van de zorg en behandeling die mensen in de gezondheidszorg kunnen krijgen wordt betaald door de eigen ziektekostenverzekeraar. Anderzijds zijn er ook heel wat zorgtaken en –kosten die onder de AWBZ vallen, zoals thuiszorg, verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg, delen van de geestelijke gezondheidszorg en delen van de gehandicaptenzorg (Vandertuuk, Verkooijen en Beima, 2005⁴⁷).

De uitvoering van de AWBZ ligt in handen van zorgverzekeraars die opereren vanuit zorgkantoren. Dit is voor iedere individu hetzelfde zorgkantoor als waarbij hij of zij verzekerd is voor de Zorgverzekeringwet.

3.2.2 Overdraagbaarheid naar het buitenland

Gasten die een indicatiestelling hebben vanuit de AWBZ kunnen hun zorgondersteuning tijdelijk overdragen naar een thuiszorgdienst die actief is in de buurt van hun vakantiebestemming. Deze regeling geldt voornamelijk enkel binnen Nederland, maar anderzijds zijn er ook formules die het mogelijk maken om in het buitenland beroep te doen op zorgondersteuning.

Tot 1 januari 2006 konden AWBZ-gerechtigde vakantiegangers, met een indicatie, uit Nederland in het buitenland op vakantie bij zorgaanbieders rekenen op AWBZ-zorg (volgens Nederlandse kwaliteitsmaatstaven) zoals dat in Nederland gebruikelijk is. Deze regeling gold voor Nederlanders in het Buitenland die hiervoor verzekerd waren. Mensen die verzekerd waren via het ziekenfonds waren dit automatisch. Personen met een particuliere ziekteverzekering konden zich vrijwillig aanvullend verzekeren voor de AWBZ.

Deze regeling was van toepassing voor zorgaanbieders in het buitenland die beschikken over een AWBZ-toelating en een overeenkomst en productieafspraken met een zorgkantoor.⁴⁸

Vanaf 1 januari 2006 veranderde deze regeling: Nederlanders op vakantie in EU-landen en landen waarmee Nederland een verdrag hebben sindsdien

⁴⁶ www.minvws.nl

⁴⁷ Vandertuuk, Verkooijen en Beima (2005), *Vakantie en zorg: haalbaarheidsstudie*.

⁴⁸ 'Thuiszorg Consta Blanca' en 'Thuiszorg Creu Costa Calana' zijn voorbeelden van Nederlandse thuiszorgorganisaties die actief zijn in Spanje.

enkel recht op de zorg die in die landen gebruikelijk is (en die vaak lager ligt dan de norm die in Nederland gangbaar is). Voor bijkomende zorgen kan men zich desgewenst aanvullend verzekeren.

Deze wijzigingen zijn direct gelieerd aan de nieuwe zorgverzekeringswet (ZVW) die op 1 januari 2006 werd ingevoerd. Belangrijk is om een onderscheid te maken tussen Nederlanders die in het buitenland wonen en Nederlanders die tijdelijk in het buitenland verblijven. Deze laatste groep - hier zal veeleer sprake zijn van toerisme - , kan nog steeds een beroep doen op AWBZ-zorg volgens Nederlandse maatstaven indien het gaat om een verderzetting van de zorg die reeds voor 1 januari 2006 werd afgenomen.

3.2.3 AWBZ-indicatie

Personen die gebruik willen maken van een vergoeding voor de zorg die ze nodig hebben, dienen te beschikken over een AWBZ-indicatie. Deze indicatie wordt verleend door een Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en kan resulteren in een Persoons Gebonden Budget of zorg in natura. Deze centra opereren onafhankelijk van de zorgaanbieders die de zorg op zich nemen. Voor de indicatiestelling wordt niet enkel gekeken naar de gezondheidstoestand van een persoon, maar wordt ook de woon- en de leefsituatie onder de loep genomen. Zo zal bijvoorbeeld het netwerk van een persoon een niet onbelangrijke rol spelen.

Zeven functies worden maximaal onderscheiden bij een indicatiestelling: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf.

Sinds januari 2007 werden een aantal wijzigingen doorgevoerd in o.a. de systemen die gebruikt worden om de aard van de benodigde zorg vast te stellen en werd bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging geschrapt. Dit laatste is sindsdien de verantwoordelijkheid van de gemeente als onderdeel van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).⁴⁹

Naast deze wetten zijn er in Nederland een aantal andere wetten die een onmiddellijke impact hebben op zorg, hulpmiddelen en aanpassingen zoals de Wet Voorziening Gehandicapten die particuliere woningaanpassingen en vervoer regelen, de ziektenkostenverzekeringswet, ... (Vandertuuk, Verkooijen en Beima, 2005).

4. Praktijkvoorbeelden

Op 27 en 28 november 2006 bracht een delegatie van Vlaamse actoren in het domein toerisme en zorg, onder leiding van Toerisme Vlaanderen, een prospectiebezoek aan een aantal initiatieven en projecten m.b.t. zorgvakanties in Nederland. Tijdens dit tweedaags bezoek werden een drietal initiatieven bezocht:

- Villa Pardoos in Kaatsheuvel

⁴⁹ www.minvws.be

- Zorghotel De Palatijn in Alkmaar
- Vakantiehôtel IJsselvliedt in Wezep

In deze paragraaf worden deze initiatieven kort beschreven.

4.1 Villa Pardoës

4.1.1 Situering

Villa Pardoës in Kaatsheuvel biedt kinderen met een levensbedreigende ziekte de mogelijkheid om met hun gezin een week kostenloos op vakantie te komen. Iedere week kunnen acht gezinnen verblijven in één van de acht themahuisjes die afgestemd zijn op kinderen met een zorgnood. Deze vakantiehuishjes situeren zich allen rond het binnenterrein van de villa dat ingericht is met een binnenspeeltuin, computers, whirlpools, enz.

4.1.2 Omkadering

Villa Pardoës heeft een zestal mensen in dienst die instaan voor het onderhouden van contacten met ziekenhuizen, inplannen van gasten, ondersteuning van vrijwilligers, fondsenwerving en administratie.

Daarnaast kan Villa Pardoës terugvallen op een uitgebreid vrijwilligersteam van 80 personen.

Villa Pardoës is volledig afgestemd op maat van de kinderen. Om de kindvriendelijk en het vakantiegevoel ten volle tot zijn recht te laten komen worden de gasten niet met medische setting geconfronteerd. Op een leuke en aangename manier werd de villa toegankelijk gemaakt en worden de nodige hulpmiddelen ter beschikking gesteld. Villa Pardoës heeft in haar directe omgeving een uitgebreid (para)medisch netwerk voorzien met o.a. ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorg en kinesitherapie.

4.1.3 Vakantiegangers

Villa Pardoës richt zich specifiek naar kinderen tussen 4 en 12 jaar met een levensbedreigende ziekte uit Nederland en Vlaanderen. Samen met hun ouders, broertjes en zusjes kunnen ze gedurende een week verblijven in een vrolijke vakantieomgeving. Gezinnen die willen verblijven in de Villa dienen samen met de behandelende geneesheer een aanmeldingsformulier in te vullen. Op basis van het aanmeldingsformulier waarin de geneesheer verklaart dat het kind een levensbedreigende ziekte heeft en in staat is om een week op vakantie te gaan bepaalt de medische commissie van Villa Pardoës wie in aanmerking komt voor een verblijf. Op basis van deze aanvragen wordt per week een groep van 8 gezinnen samengesteld waarbij rekening gehouden wordt met de leeftijd van de kinderen.

4.1.4 Financiering

Villa Pardoës is een initiatief van Stichting Natuurpark Efteling. Voor de financiering en exploitatie op de lange termijn werden twee stichtingen in het leven geroepen: de Stichting Fondswerving Villa Pardoës en de Stichting Exploitatie Villa Pardoës.

Villa Pardoes is voor haar financiering afhankelijk van sponsoring en giften. Dit maakt het mogelijk dat wekelijks 8 gezinnen gratis kunnen verblijven in Villa Pardoes⁵⁰.

4.2 Zorghotel de Palatijn

4.2.1 Situering

De Palatijn is een viersterrenhotel met 56 kamers (80 bedden), opgericht in 2004. De Palatijn profileert zich nadrukkelijk als zorghotel. Het hotel is in Alkmaar nabij het stadscentrum en het ziekenhuis gelegen.

4.2.2 Omkadering

Alle kamers in De Palatijn zijn integraal toegankelijk en beschikken o.a. over hoog-laag bedden, inrijdouches, onderrijdbare kasten, ... Door een perfect samenspel tussen design en toegankelijk werden aangename kamers en badkamers ontworpen. Zo zijn bijvoorbeeld de hoog-laag bedden weggewerkt in een beddenbak, zijn de beugels naast het toilet wegneembaar, ...

In het hotel wordt samengewerkt door personeelsleden met een hotelachtergrond en personeelsleden van een thuiszorgdienst (Integra Zorggroep). De Palatijn zelf heeft 28 personeelsleden in dienst. Het zorgpersoneel is in dienst van de externe zorgfactor.

Op die manier kunnen verblijf en zorg van elkaar gescheiden worden.⁵¹

De zorgverlening in de Palatijn is 24 uur per dag beschikbaar (ambulante nachtdienst) en wordt aangerekend op basis van een urenregistratie. Een zorgcoördinator plant op voorhand de nodige zorg.

Daarnaast kan het hotel rekenen op vrijwilligers om mensen bij bijvoorbeeld wandelingen te begeleiden.

4.2.3 Vakantiegangers

De Palatijn richt zich niet enkel naar gasten die herstellen van een ziekenhuisopname (o.a. knie- of heupoperaties, oncologie, cardiologie, ...) maar ook naar bezoekers met en zonder zorgnood die op vakantie komen in Alkmaar. Het hotel profileert zich voor haar herstellende nadrukkelijk naar gasten die een hotelomgeving en service verkiezen boven een eerder klinische en medische omgeving die gangbaar is een gemiddeld herstelhuis.

De infrastructuur van het hotel (o.a. de ligging van het restaurant en de ontbijtruimte) zorgen er bovendien ook voor dat het hotel zich voornamelijk naar individuele gasten richt.

De gasten verblijven gemiddeld 4 weken. Gemiddeld hebben ongeveer 15 personen per dag zorg nodig.

⁵⁰ De kostprijs van een week in de villa bedraagt 1 800 € per gezin.

⁵¹ Deze benadering is bijvoorbeeld verschillende van de benadering die gevolgd wordt het Zotel in Hengelo. Dit is een zorghotel binnen de muren van een ziekenhuis waarbij er voor gekozen is om het ziekenhuispersoneel door middel van een opleiding verschillende aspecten van het hotelwezen bij te brengen (bron: www.kcwz.nl).

Gezien de mix van publiek – het hotel richt zich ook uitdrukkelijk naar gewone toeristen en zakenlui – zal het hotel wellicht ook minder gasten met een zware zorgnood ontvangen.

4.2.4 Financiering

Het verblijf en de zorg worden apart aangerekend. Voor het verblijf worden de gangbare tarieven van een viersterrenhotel gehanteerd.

Een verblijf in de Palatijn kost 105 euro per nacht op basis van een éénpersoonskamer (135 euro voor een tweepersoonskamer). De zorgondersteuning wordt apart afgerekend. De tarieven, vastgelegd door het College Tarieven Gezondheidszorg, verschillen naar gelang de aard van de zorgtaak: verzorging (43,2 euro per uur), verpleging (69,4 euro per uur), gespecialiseerde verpleging⁵² (75,6 euro per uur), extramurale begeleiding⁵³ (48,1 euro per uur)⁵⁴.

Voor personen die herstellen van een ziekenhuisopname wordt de betaling van de nazorg geregeld door (private) ziekteverzekeraars. De Palatijn is ook in overleg met het naburige ziekenhuis om een stuk van hun nazorg over te nemen.

4.3. Vakantiehôtel IJsselvliedt

4.3.1 Situering

IJsselvliedt is één van de vier vakantiehôtels (inclusief het aangepaste vakantieschip de Henry Dunant) van het Rode Kruis in Nederland. Het Rode Kruis biedt individuele personen met een zorgnood een vakantie aan tegen een schappelijke prijs.

Het vakantiehôtel is gelegen op een landgoed van 220 ha.

4.3.2 Omkadering

Vakantiehôtel IJsselvliedt beschikt over een vaste staf die bestaat uit verpleegkundigen, keukenpersoneel en een technische ploeg. Daarnaast wordt wekelijks een beroep gedaan op 25 vrijwilligers, waaronder minimaal 2 verpleegkundigen. Gedurende 48 weken per jaar wordt vakantie aangeboden.

De gastenkamers zijn allen uitgerust met een tillift en de nodige hulpmiddelen staan ter beschikking.

IJsselvliedt beschikt o.a. over een salon, restaurant, een aparte ontspanningsruimte, beautysalon, privé-park, ...

4.3.3 Vakantiegangers

IJsselvliedt richt zich naar individuele personen met een zorgnood. Maar ook (echt)paren en gezinnen waarvan één van de leden minder mobiel is kunnen er terecht. Wekelijks kunnen 35 personen van maandagmorgen

⁵² vb. stoma verpleegkundige, diabetes verpleegkundige, mamaecare verpleegkundige, astma verpleegkundige, ...

⁵³ vb. particuliere begeleiding door een verzorgende

⁵⁴ Bron: www.depalatijn.be

tot zaterdagmorgen genieten van een deugddoende vakantie. Gasten kunnen hun vakantie boeken via de lokale afdelingen (groepen) van het Rode Kruis.

Op geregelde tijdstippen worden themaweken georganiseerd. Zo worden bijvoorbeeld weken georganiseerd voor mensen met ademhalingsnood, mensen uit India, mantelzorgers, gezinsweken, ouderen... De weken voor mantelzorgers zijn een groot succes. Tijdens deze weken worden bijvoorbeeld workshops georganiseerd over hoe leren nee te zeggen.

Vakantiegeangers kunnen zich kandidaat stellen voor een verblijf via de plaatselijke Rode Kruis afdelingen. Het zijn ook de lokale afdelingen die ten dele het vakantieverblijf van de vakantiegeangers uit hun regio betalen.

4.3.4 Financiering

De kosten voor het verblijf van de vakantiegeangers worden grotendeels gedragen door het Rode Kruis. De lokale Rode Kruis afdelingen betalen 50% van de kosten. De andere helft wordt gedragen door de nationale koepel en de vakantiegeanger zelf. Indien een vakantiegeanger onvoldoende kapitaalkrachtig is worden alle kosten gedragen door het Rode Kruis..

Daarnaast is het Rode Kruis sterk afhankelijk van sponsoring en liefdadigheid.

5. Gelijkenissen en verschillen met Vlaanderen

De Nederlandse context is niet zonder meer vergelijkbaar met de Vlaamse, o.a. omwille van verschillen in zorgsystemen, aansturing van het beleidsdomein toerisme, culturele verschillen, ... Systemen en methodieken die in Nederland werken zijn dan ook niet zomaar transfereerbaar naar Vlaanderen. Anderzijds kunnen de evoluties in Nederland, wellicht mede onder impuls van de marktwerking, de nodige inspiratie geven voor de verdere uitbouw en ondersteuning van zorgvakanties in Vlaanderen.

Een eerste verschilpunt lijkt te zijn (op basis van o.a. de prospectiebezoeken) dat in Nederland de focus ligt op het creëren van een vakantiegevoel bij de vakantiegeangers. Dit wordt o.a. mogelijk gemaakt door een relatief kleinschalige aanpak. In Vlaanderen lijkt de focus wat sterker te liggen bij zorg en grootschaligheid. Bovendien zijn de Vlaamse centra in vergelijking met Nederland sterker gelieerd aan koepels (o.a. mutualiteiten).

De Nederlandse initiatieven m.b.t. zorgvakanties situeren zich zowel binnen de private sector als binnen de sociale sector. Naast een aantal initiatieven met een hoge mate van ondersteuning die kunnen gerealiseerd worden (vb. IJsselviëdt, Villa Pardoës) door middel van sponsoring en giften zijn er heel wat private initiatieven. Deze initiatieven situeren zich veelal in de sfeer van zorghotels. Het betreft hier zowel varianten die eerder gericht zijn op herstel, als varianten die herstel en toerisme combineren (cf. de Palatijn).

Dergelijk tweesporenbeleid kan als voorbeeld fungeren voor Vlaanderen. De zorghotels die zich zowel richten naar toerisme als naar herstel doen veelal voor hun zorgondersteuning een beroep op externe thuiszorgdiensten. Op die manier worden de sterke elementen van een toeristische dienstverlening gecombineerd met een gepaste zorgverlening door ervaren zorgverleners. Dergelijke cross over tussen de toeristische sector en de zorgsector verdient navolging in Vlaanderen. Een belangrijk verschilpunt tussen Nederland en Vlaanderen zijn de financieringssystemen voor deze zorg. In Nederland hebben de private zorgverzekeraars een aanzienlijk aandeel in de zorgmarkt. Daarnaast geeft ook de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten een belangrijke stimulans voor de uitbouw van zorg en toerisme in Nederland. Anderzijds kunnen ook de mutualiteiten en de verzekeraars in Vlaanderen deze rol (ten dele) op zich kunnen nemen.

6. Vaststellingen en conclusies

In dit hoofdstuk werd een beknopt overzicht gegeven van verschillende varianten van vakantieverblijven met zorgomkadering. Hierbij werd veelal de focus gelegd op het concept 'Zorghotel' en werd aandacht besteed aan de financiering van de individuele zorg. Dit afsluitende deel geeft een overzicht van een aantal belangrijke vaststellingen op basis van een eerste analyse van de Nederlandse situatie m.b.t. zorgvakanties en de mogelijke transfereerbaarheid ervan naar Vlaanderen.

- Zorghotel is een begrip dat binnen de Nederlandse context een bredere invulling krijgt. Zo is het bijvoorbeeld niet altijd (of vaak niet) gelieerd aan toerisme, maar geldt het vaak voor herstel na ziekenhuisopname. Bovendien wordt dit begrip in Nederland vaak ook gehanteerd voor varianten die zich richten naar eerder permanente woonvormen.
- Zorghotels kunnen zowel een afdeling zijn binnen een bestaande verzorginstelling of ziekenhuis, als private en onafhankelijke ondernemingen. Deze laatste groep richt zich veelal naar breder doelpubliek: herstellenden na ziekenhuisopname, vakantiegangers met en zonder zorgnood, ...
- Zorgtaken worden hetzij opgenomen door personeelsleden met een opleiding in de zorgsector of worden uitbesteed aan externe zorgdiensten. Dit laatste is vergelijkbaar met de verschillende thuisverplegingsdiensten in Vlaanderen. In de eerste variant zal het veelal gaan om centra/hotels die zich voornamelijk naar herstel richten.
- Een belangrijke stimulans voor de uitbouw van zorg en toerisme in Nederland is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten die het mogelijk maakt dat personen met AWBZ-indicatie in heel Nederland (en in het buitenland) hun gefinancierde zorg kunnen meenemen naar hun vakantieadres. Hierdoor kunnen Nederlandse toeristen tijdens de vakantie genieten van de zorg die ze 'gewoon' zijn.
- Nederland beschikt over enkele opmerkelijke initiatieven voor personen met een zwaardere zorgnood (cf. het Hotelschip en Villa

- Pardoes). Belangrijk is om hierbij op te merken dat deze initiatieven voornamelijk kunnen gerealiseerd worden door inkomsten uit sponsoring en door de inzet van heel wat vrijwilligers.
- Opmerkelijk is dat ook private initiatieven zoals bijvoorbeeld de Palatijn een beroep doen op vrijwilligers voor de begeleiding van mensen bij bijvoorbeeld een wandeling in de onmiddellijke omgeving van het hotel.

DEEL 5: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Hoofdstuk 10: Conclusies en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk worden de voornaamste bevindingen op basis van het onderzoek samengevat en worden aanbevelingen geformuleerd. De volgorde waarin de aanbevelingen worden behandeld drukken geen rangorde noch waardeoordeel uit.

1.1 Inclusief waar het kan, categoriaal waar nodig

Idealiter zou iedereen, zonder onderscheid, voor zijn of haar vakantie gebruik moeten kunnen maken van het reguliere aanbod. Dit is evenwel niet voor iedereen haalbaar.

De noden van het doelpubliek voor zorgvakanties kunnen niet zondermeer beantwoord worden door de reguliere toeristische sector. Voor heel wat van deze mensen zal de toegankelijkheid van de accommodatie weliswaar een noodzakelijke maar zeker geen voldoende voorwaarde zijn. Zo blijkt uit o.a. de bevraging van de vraagzijde dat een niet onaanzienlijk deel van de bevrageden (40%) aangeeft dat het ontbreken van assistentie en ondersteuning een voorname reden is om niet op reis te gaan. Naast een aanbod aan toegankelijke verblijfsaccommodaties binnen de reguliere sector is zeker ook nood aan een aanbod dat zich richt naar personen met een 'zwaardere' zorgnood.

Dat de omvang van het potentiële doelpubliek in Vlaanderen niet gering is tonen de cijfers: minimum 477 160, maximum 739 047. Deze cijfers dienen uiteraard genuanceerd te worden, maar tonen anderzijds duidelijk aan dat er een potentieel is. Bovendien zullen deze cijfers hoger liggen wanneer o.a. rekening gehouden wordt met reisgezellen, buitenlanders die op vakantie komen in Vlaanderen, ...

Uit de bevraging blijkt dat ruim de helft van de respondenten liefst op vakantie gaat in het binnenland en bij voorkeur kiest voor midweekvakanties in het laagseizoen. De kust geldt als meest populaire vakantiebestemming in Vlaanderen.

Bovendien wordt vaak voor een vertrouwde vakantiebestemming gekozen. Deze elementen zijn wellicht niet oninteressant ter ondersteuning van de uitbouw van deze vorm van toerisme.

Nood aan de ontwikkeling van een tweesporenbeleid

Toerisme Vlaanderen heeft de laatste jaren een actief beleid gevoerd in het verbeteren van de toegankelijkheid van de reguliere sector door o.a. het voorzien van premies voor het verbeteren van toegankelijkheid, sensibilisering, vorming en informatieverstrekking. Het verdient aanbeveling om dit beleid verder te zetten. Anderzijds is er nood aan het ontwikkelen van een specifiek beleid t.a.v. zorgvakanties en haar doelpubliek. Om ad hoc beslissingen te vermijden is de ontwikkeling van een beleidsvisie op middellange en lange termijn een conditio sine qua

non. Een gelijkaardige strategie zoals deze die gevolgd werd en wordt voor de reguliere sector lijkt hierbij aangewezen; m.a.w. de ontwikkeling van een actieplan voor zorgvakanties waarin zowel financiële ondersteuning als sensibilisering, vorming en inhoudelijke ondersteuning samengaan.

Toegankelijkheid vraagt blijvende aandacht

Ondanks de duidelijk vaststelbare verbeteringen op vlak van fysieke toegankelijkheid in de reguliere sector is er nog heel wat werk aan de winkel. Dit geldt zowel voor de uitbreiding van het aantal toegankelijke verblijfsaccommodaties als voor het verbreden en verdiepen van toegankelijkheid (meer toegankelijke kamers en sanitair, signalisatie, dieetfaciliteiten, informatieverstrekking en dienstverlening, ...) in de accommodaties die reeds een aantal stappen gezet hebben voor het verbeteren van hun toegankelijkheid.

Voor zorgvakanties vormt toegankelijkheid een noodzakelijke basisvoorwaarde. De bevragingen en focusgroepen bevestigen deze vaststelling. Blijvende investeringen om de toegankelijkheid van de reguliere sector te verbeteren kunnen bovendien een belangrijke basis vormen om ook de private sector sterker betrokken te maken bij de organisatie van zorgvakanties. Op die manier is immers al voldaan aan een eerste basisvoorwaarde voor zorgvakanties en kan bovendien een aanbod uitgewerkt worden dat zich kenmerkt door flexibiliteit en kleinschaligheid. Specifieke aandacht is hierbij nodig voor het creëren van een vakantiegevoel, het voorzien in toegankelijke recreatiemogelijkheden, ...

Idealiter wordt bij deze investeringen maximaal rekening gehouden met de principes van design for all. Op die manier zijn later geen structurele aanpassingen nodig en wordt rekening gehouden met de noden en behoeften van een zo groot mogelijke groep van mensen.

Versterken van de voorbeeldrol t.a.v. andere sectoren

Toerisme Vlaanderen heeft door haar beleidsaanpak m.b.t. toegankelijkheid een voorbeeldrol ten aanzien van andere sectoren. Voor de praktische uitwerking van zorgvakanties is wisselwerking met andere sectoren een noodzakelijke voorwaarde. Uiteraard denken we in de eerste plaats aan de zorgsector, maar zeker ook aan vervoer, musea en attracties, enz.

Het verdient dan ook aanbeveling dat Toerisme Vlaanderen blijvende impulsen blijft geven aan de andere betrokken sectoren.

1.2 Het aanbod is vooral afgestemd op een ouder publiek dat in groep reist

Het bestaande aanbod richt zich voornamelijk naar traditionele groepen van chronisch zieken en ouderen. Voor jongere mensen (< 65 jaar) en gezinnen met kinderen zijn er momenteel nog weinig of geen aantrekkelijke mogelijkheden voor zorgvakanties beschikbaar.⁵⁵

Bovendien zijn de centra die voldoende garanties kunnen bieden voor personen met een relatief hoge zorgnood momenteel veelal afgestemd op groepen en in specifieke gevallen op personen die op herstellenvakantie komen. Voor individuele reizigers (al dan niet vergezeld van hun gezinsleden, vrienden of familie) is het aanbod op dit moment vrij beperkt. De hedendaagse toerist heeft vaak een brede ervaring op vlak van reizen en vakantie en stelt dus steeds hogere eisen. Dit geldt zeker ook als hij nood heeft aan een 'zorgvakantie'. Naar verwachting zal dan ook rekening gehouden moeten worden met de algemene trends in het hedendaagse toerisme: individualiteit, authenticiteit, kleinschaligheid...

Groepen en individuele reizigers hebben bovendien een verschillend reisgedrag (o.a. naar vakantiebestemming, vraag naar assistentie, verblijfsaccommodatie, ...

Ook blijkt uit het onderzoek dat bijvoorbeeld heel wat voorzieningen niet meer klassiek collectief op reis gaan, maar vaker voor vakanties in kleinere groepen opteren.

Uitbouw van een aanbod op maat van individuele toeristen en jongeren

Bijkomende ondersteuning is nodig om een aanbod op maat van individuele reizigers en een jonger publiek uit te werken. Het is wellicht niet realistisch om zich als vakantiecentrum naar alle segmenten van de markt te willen richten. De verschillende onderzochte centra vertonen op dit moment reeds heel wat diversiteit. Het verdient dan ook aanbeveling om als vakantiecentrum blijvend prioriteiten te bepalen naar aanbod en doelpubliek. Toerisme Vlaanderen kan hierin een belangrijke ondersteunende rol opnemen. In eerste instantie kan gezocht worden naar inbedding van dit segment in de bestaande, gekende initiatieven. Zo zal de heroriëntering van bestaande vakantiecentra naar individuele vakantiegangers weliswaar de nodige kosten vragen voor aanpassing van de aanwezige infrastructuur maar kan men verder bouwen op de reeds aanwezige expertise en kennis.

Het is wellicht ook aangewezen om binnen het sociaal toerisme nieuwe marktsegmenten te ontwikkelen, zoals bijvoorbeeld een aanbod voor gezinnen met kinderen, jongeren, individueel reizende volwassenen, enz. Ieder segmenten veronderstelt een eigen gerichte aanpak. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk voor gezinnen met kinderen dat het

⁵⁵ Home Fabiola heeft weliswaar plannen om haar infrastructuur uit te breiden met bungalows op maat van gezinnen met kinderen.

vakantieverblijf een speels vakantiegevoel opwekt, dat er een toegankelijke speeltuin (in de onmiddellijke nabijheid) is, ...

Mogelijk kan hiervoor een heroriëntering gebeuren van de bestaande vakantieverblijven voor volwassenen en is een ontwikkeling van nieuwe initiatieven aangewezen om mogelijke hiaten op te vangen. Anderzijds mag ook de private sector zeker niet uit het oog verloren worden.

Maar zeker ook blijvende aandacht voor groepstoerisme

Anderzijds is duidelijk dat er niet enkel voldoende mogelijkheden dienen gecreëerd te worden voor individuele reizigers, maar dat ook blijvende aandacht nodig is voor een voldoende aanbod dat afgestemd is op de noden van groepen (o.a. voldoende toegankelijke (éénpersoons)kamers, gemeenschappelijke (ontspannings)ruimten, toegankelijke recreatiemogelijkheden, vervoer bij het maken van uitstappen) .

Een evenwichtige uitbouw van zorg en vakantie

Zorgvakanties vragen een evenwichtige uitbouw van zowel 'zorg' als van 'vakantie'. Niet alleen de zorgnood moet ingevuld worden maar ook het vakantieaspect. De inrichting, dienstverlening en de aangeboden faciliteiten spelen hierin een voorname rol. De zorgtoerist 'van morgen' is een ervaren toerist, die hogere verwachtingen koestert. Bovendien moet ook rekening gehouden worden met de algemene tendensen in het toerisme: authenticiteit, kleinschaligheid en persoonlijke aanpak, gevoel van comfort en/of luxe, wellness...). Door hier op in te spelen en de zorgcomponent op een discrete manier te garanderen kunnen zorgvakanties naar de toekomst toe inspelen op de verwachtingen van diverse doelgroepen.

Specifieke aandacht voor mantelzorgers

Mantelzorgers vervullen een kerntaak in het ondersteunen van personen met een zwaardere zorgnood. Ook voor deze groep van mensen dient er ruimte gecreëerd te worden binnen het bestaande aanbod. Zo kan gedacht worden aan formules waarbij een persoon met zorgnood en zijn/haar mantelzorger gezamenlijk op vakantie gaan, maar waarbij een parallel aanbod wordt uitgewerkt en de zorg wordt overgenomen door het vakantieverblijf. Andere formules zijn bijvoorbeeld het organiseren van vakanties specifiek voor mantelzorgers waarbij de ruimte en mogelijkheden gecreëerd worden voor ervaringsuitwisseling met andere mantelzorgers.

1.3 Aanbod is beperkt, veelal eenzijdig en grootschalig

De mismatch tussen vraag en aanbod kwam in het onderzoek duidelijk naar voor. Het globale aanbod aan vakantiemogelijkheden voor personen met een 'zwaardere' zorgnood is niet enkel erg beperkt maar is in heel

wat gevallen verbonden aan de mutualiteiten en de gelieerde organisaties (en op die manier vooral afgestemd op leden van de eigen mutualiteit) en veelal volzet.

Er zijn weliswaar ook herstelorden en revalidatiecentra die zowel naar infrastructuur als personeel afgestemd zijn op personen met een zwaardere zorgnood maar deze centra hebben duidelijk geen vakantiefunctie. Uit het onderzoek bleek bovendien dat het wenselijk is om vakanties te organiseren in een setting die een vakantiegevoel opwekt en die duidelijk verschillend is van de voorzieningen en centra waar een deel van het doelpubliek dagdagelijks in een eerder klinische setting vertoeft. Het is ook maar de vraag ook of het wenselijk zou zijn om in deze centra een vakantiefunctie uit te bouwen.

In dit onderzoek werd de focus duidelijk gelegd op de vakantiefunctie van het aanbod. Herstel en revalidatie vormden niet het uitgangspunt van deze studie. Traditioneel is er evenwel binnen dit segment een sterke focus op herstel in de reeds actieve centra. Initiatieven in Nederland zoals de 'zorghotels' hebben vanuit hun oorsprong een zelfde invalshoek. Ook in Vlaanderen is er in de private sector (naar de toekomst) een sterke evolutie te verwachten in initiatieven die zich richten naar herstel.

Behoefte aan uitbreiding van het aanbod

Het verdient aanbeveling om het beschikbare aanbod verder uit te breiden. Een mogelijke invulling hiervoor kan gezocht worden binnen de vakantiecentra die reeds actief zijn binnen Toerisme voor Allen maar die zich op dit moment naar een ander publiek richten. Anderzijds is het aangewezen om de vakantiecentra die zich naar een 'zwaardere' doelgroep richten en de reguliere sector die actief werkt aan de verbetering van haar toegankelijkheid verder te versterken. Uit de bevraging kwam immers duidelijk naar voor dat individuele reizigers opteren voor verschillende verblijfsaccommodaties (hotel, appartement, vakantiehuisjes, ...). Reizigers verwachten dat deze accommodaties basistoegankelijk zijn, een beperkt aantal hulpmiddelen ter beschikking stellen en in de mate van het mogelijke kunnen voorzien in assistentie (bij het maken van uitstappen).

Nood aan wisselwerking tussen zorgsector en toeristische sector

Zorgvakanties situeren zich op het snijvlak van toerisme en zorg. De gekende initiatieven in Vlaanderen vinden allen hun oorsprong in de sociale sector. Dit is zondermeer een sterk punt. Vanuit de toeristische sector bekeken kan dit evenwel ook een minpunt zijn. Het is dan ook een noodzaak om de sterke elementen van beide sectoren te verenigen. De enige realistische benadering hiervoor is het versterken van een wisselwerking tussen beide sectoren.

Zoeken naar een balans tussen groot- en kleinschaligheid

Het actuele aanbod wordt gekenmerkt door grootschaligheid. Dit genereert duidelijk een aantal schaalvoordelen (vb. voor de organisatie van zorg en ondersteuning) Er is evenwel ook nood aan kleinschalige initiatieven. Enerzijds omdat heel wat toeristen de voorkeur geven aan de dergelijke initiatieven die geborgenheid bieden, anderzijds ook omdat deze kleinschaligheid de nodige flexibiliteit kan bieden die voor personen met een zwaardere zorgnood nodig/wenselijk is. Op die manier kan ook meer flexibiliteit geboden worden binnen het aanbod waardoor mensen meer à la carte hun vakantie kunnen samenstellen. Dit in tegenstelling tot het eerder vaste aanbod dat op dit moment wordt aangeboden. Om deze keuzevrijheid te realiseren zal er evenwel een ruim aanbod van toegankelijke en bereikbare accommodatie moeten zijn, waarbij een zorgaanbod voor handen is of kan ingeschakeld worden (vb. via extern zorgaanbieders).

De private sector leent zich wellicht best voor de uitbouw van dergelijke kleinschalige initiatieven.

Anderzijds kan een kleinschalig gevoel, binnen een grootschalig initiatief bijvoorbeeld ook gecreëerd worden door te werken met aparte paviljoenen die op zichzelf staan, verschillende kleinere (thema) restaurants in te richten, enz.

1.4 Een zorgvakantie kost geld

De extra kosten die verbonden zijn aan de organisatie van een zorgvakantie (o.a. toegankelijke accommodatie, vervoer, hulpmiddelen, verzorging, assistentie, begeleiding) zorgen ervoor dat zorgvakanties geen evidentie zijn. Vakantiecentra en organisaties die dergelijke vakanties organiseren doen om de kosten te drukken vaak al een beroep op vrijwilligers.

Voorzie flexibiliteit naar kostprijs

De kostprijs van een zorgvakantie is voor een groot deel van het doelpubliek een niet onbelangrijke voorwaarde voor deelname. Daarom verdient het aanbeveling om binnen het kader van Toerisme voor Allen een voldoende ruim en betaalbaar aanbod te ontwikkelen (zie verder). Anderzijds mag niet uit het oog verloren worden dat er ook een publiek is dat kapitaalkrchtig is en bereid is om te betalen voor een luxueuzer aanbod binnen de private markt. Het is dan ook nodig om beide sporen te ondersteunen.

1.4 Een heterogeen publiek met uiteenlopende noden

Het doelpubliek voor zorgvakanties is erg heterogeen. Zo is het duidelijk dat er bijvoorbeeld naar (zorg)ondersteuning verschillen zijn tussen een persoon met een motorische handicap en een persoon met een chronische ziekte of tussen bijvoorbeeld een oudere of een jongere persoon, een voorziening of rusthuis dat op vakantie gaat,... Denk bijvoorbeeld ook aan

minder typische handicaps zoals ADHD, autisme, psychische handicaps,... Voor het zorgaanbod impliceert dit dat verschillende zorgbehoeften een verschillend zorgantwoord behoeven.

Voorzie voldoende flexibiliteit naar zorgaanbod

De heterogeniteit in doelpubliek veronderstelt niet enkel diversiteit in het aanbod, maar ook zorg op maat. Dit heeft direct en indirect een impact op de profilering en segmentering van de spelers die actief zijn in het aanbieden van zorgvakanties en de deskundigheidsbevordering van de interne en externe zorgverleners.

1.5 Optimale benutting van de expertise en kennis van actieve zorgcentra

Vakantiecentra zoals Domein Hooidonk en Ter Duinen hebben omwille van hun aanbod aan herstellvakanties de beschikking over opgeleid paramedisch personeel. Maar ook de andere centra beschikken bijvoorbeeld over keukenpersoneel dat kan voorzien in dieet- of anti-allergie maaltijden. Deze expertise en kennis zou kunnen ingezet worden voor een uitbreiding van het aanbod voor individuele vakantiegangers.

Verdere ontwikkeling van een individueel aanbod in de actieve vakantiecentra

De aanwezige expertise en kennis in deze vakantiecentra zou optimaal kunnen benut worden ten bate van individuele vakantiegangers. Dit kan enerzijds binnen de vakantiecentra zelf onder vorm van bijvoorbeeld formules van kortverblijf, anderzijds door samenwerking met bijvoorbeeld vakantieparken in de buurt die voorzien in toegankelijke bungalows. Het verdient aanbeveling om deze mogelijkheden verder te onderzoeken.

1.6 Zorgondersteuning op maat van individuele reizigers

Uit het onderzoek kwam duidelijk naar voor dat één van de grote hiaten in het aanbieden van zorgvakanties het organiseren van zorgondersteuning voor individuele reizigers is. Organisaties zoals Ziekenzorg en het Rode Kruis voorzien voor hun groepsreizen zelf in assistentie en zorgondersteuning voor hun vakantiegangers. Hetzelfde geldt voor tal van andere organisaties die groepsreizen organiseren en de centra die hierboven reeds vernoemd werden. Bovendien werd duidelijk dat voor deze centra in functie van de aard van hun bedden (herstelbedden versus vakantiebedden) ook verschillende financieringsbronnen gehanteerd worden.

Afstemming nodig tussen en coördinatie van thuiszorgdiensten

Zorgondersteuning voor individuele vakantiegangers zou opgenomen kunnen worden door externe thuiszorgdiensten. Hiervoor is het

noodzakelijk om een systeem op touw te zetten dat toelaat om de aard van de benodigde zorg in te schatten (cf. een zorgcoördinator) en de praktische zorgondersteuning te organiseren (cf. financieringssystemen). Op dit moment wordt dit systeem weliswaar sporadisch gehanteerd. Een verder uitbouw van dit systeem met de nodige omkadering en garanties dringt zich evenwel op.

Het opzetten van een pilootproject in een specifieke regio met een voldoende aanbod aan integraal toegankelijke accommodatie is wellicht het uitgelezen kader om een dergelijk systeem op touw te zetten en verder te ontwikkelen. Het zal ook noodzakelijk zijn om met de verschillende mutualiteiten afspraken te maken over het uitlenen/beschikbaar stellen van o.a. hulpmiddelen.

Het verdient aanbeveling om in dit kader de rol van de private ziekteverzekeraars in Nederland meer uitgebreid te onderzoeken.

Zoeken naar andere systemen voor tijdelijke ondersteuning

Er kan ook gezocht worden naar andere systemen voor het financieren van tijdelijke ondersteuning. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een gedeeltelijke activering van het PAB, het voorzien in assistentiecheques die inleverbaar zijn bij thuiszorgdiensten, tussenkomst bij mutualiteit, enz.

Toerisme heeft een duidelijke ketenstructuur. Dit impliceert dat het niet voldoende is om enkel de aandacht te richten op de verblijfsaccommodatie. Toerisme impliceert ook vervoer, het maken van uitstappen, bezoeken van bezienswaardigheden, eten en drinken,... Voor personen die niet zelfredzaam zijn, is het onvoldoende dat deze verschillende aspecten allen toegankelijk zijn, maar is er ook nood aan begeleiding en assistentie bij het maken van uitstappen.

Ook aandacht voor dagtoerisme

Hoewel logies één van de cruciale factoren zijn in de organisatie van zorgvakanties, mag niet uit het oog verloren worden dat heel wat personen met een zwaardere zorgnood daguitstappen maken. Hiervoor dienen arrangementen op maat uitgewerkt te worden. Het lijkt aangewezen om hiervoor partners zoals de toeristische diensten te betrekken.

Ontwikkeling van een systeem van mobiele assistentieteams

Om toeristen met een zorgnood ten volle van hun vakantie te laten genieten, is het noodzakelijk om ook buiten de muren van een vakantiecentrum of zorg te kunnen voorzien in assistentie en ondersteuning. Vooral individuele reizigers zijn hiervoor vragende partij. Mobiele assistentieteams zouden deze rol op zich kunnen nemen. Het

verdient aanbeveling om een pilootproject op te zetten waarin een dergelijk systeem kan uitgetest worden.

Opleiding en ondersteuning van de toeristische sector

Uit de bevraging kwam naar voren dat heel wat toeristen nood hebben aan relatief eenvoudige assistentie zoals bijvoorbeeld assistentie bij het verplaatsen van bagage. Deze taken kunnen wellicht vrij eenvoudig opgenomen worden door de sector zelf. Een goede opleiding vormt hiervoor de basis en blijft dus belangrijk.

1.7 Vrijwilligers maken het verschil

Zowel organisaties die zorgvakanties organiseren als vakantiecentra die vakantiegangers met een zwaardere zorgnood ontvangen, zijn voor de organisaties en begeleiding van deze vakanties sterk aangewezen op een vrijwilligersdynamiek. Vrijwilligers worden ingezet voor de begeleiding van reizen, de assistentie van vakantiegangers, verzorging, animatie,...

Deze inzet maakt het mogelijk om de kostprijs van dergelijke vakanties voor de individuele vakantiegangers te drukken. Anderzijds dienen organisaties bijvoorbeeld wel te betalen voor de kost en het verblijf van deze vrijwilligers.

Verblijf betaald door het individu, extra kosten verbonden aan zorg en ondersteuning door de gemeenschap

Er dient werk gemaakt te worden van een systeem dat zorgvakanties betaalbaar maakt voor individuen die in groep reizen. Om te vermijden dat de kosten verbonden aan de inzet van vrijwilligers verhaald worden op het individu, dienen de mogelijkheden onderzocht te worden om deze kosten elders te verhalen. Het uitgangspunt hierbij is dat een vakantieganger enkel die kosten draagt die verbonden zijn aan het verblijf. Twee scenario's lijken hierbij voor de hand liggend: (1) de kosten worden gedragen door de gemeenschap; (2) naar analogie met 'vakantieparticipatie' worden de kosten gedragen door de toeristische sector zelf.

Vrijwilligers zijn een onmisbare schakel in het aanbieden van zorgvakanties. Bovendien geeft de dynamiek verbonden aan de inzet van vrijwilligers een onmiskenbare surplus in vergelijking met de inzet van betaalde krachten. Anderzijds vergt de ondersteuning van personen met een bepaalde zorgnood de nodige expertise en professionalisme. Dit vergt op haar beurt de nodige ondersteuning van deze vrijwilligers.

Ondersteuning van vrijwilligers voor zorgvakanties uitwerken

De inzet van competente vrijwilligers vergt de nodige ondersteuning, begeleiding en opleiding. Voor organisaties is de kost die hieraan verbonden is zwaar om dragen en bovendien worden de kosten voor

vormingen en opleidingen niet zelden verhaald op de vrijwilligers zelf. Het verdient aanbeveling om initiatieven te nemen om te komen tot een structurele ondersteuning van vrijwilligers die actief zijn in deze sector (o.a. kosten voor opleiding en ondersteuning, vervoer, ...). Wellicht zal hiervoor eerst afstemming dienen gezocht te worden bij de andere betrokken beleidsdomeinen.

1.8 Vlaanderen staat internationaal nog niet op de markt

Op dit moment promoot Vlaanderen zich in het buitenland niet als een regio voor zorgvakanties. Enerzijds omdat hiervoor niet onmiddellijk een nood leek te zijn. Anderzijds omdat het aanbod nog te beperkt of onvoldoende afgestemd is. Nochtans lijken er heel wat opportuniteiten te liggen in het aantrekken van buitenlandse toeristen.

Zet Vlaanderen op termijn internationaal op de kaart als vakantiebestemming voor personen met een zorgnood

Voor de verdere (economische) ontwikkeling en versterking van zorgvakanties in Vlaanderen zal het noodzakelijk zijn om Vlaanderen ook internationaal op de kaart te zetten als een regio voor zorgvakanties. Dat kan evenwel pas gebeuren nadat er een uitbreiding/verbetering komt van het aanbod. In een eerste fase is deze inhaaloperatie dan ook prioritair. In een volgende stap dient dit vernieuwde aanbod gepromoot te worden bij de doelgroep in Vlaanderen. Een logische stap die daarop volgt is de promotie van het aanbod in de buurlanden.

Als voorbeeld kan hiervoor wellicht naar Nederland gekeken worden. Nederland heeft de laatste jaren een zeker 'imago' ontwikkeld voor het aanbieden van vakanties voor mensen met een zwaardere zorgnood. Een zelfde lijn zou ook voor Vlaanderen kunnen gevolgd worden. Vlaanderen heeft immers voldoende potentieel om gepromoot te worden als culturele trekpleister (vb. voor citytrips). Het aanbod en de dienstverlening (o.a. talenkennis van het personeel) zal hier dan wel op afgestemd dienen te worden. Toerisme Vlaanderen kan hierin een voorname ondersteunende rol vervullen.

1.9 Een doordachte aanpak en verder overleg is vereist

De organisatie van zorgvakanties is toerismeoverschrijdend en kan bovendien ook financieel niet enkel gedragen worden door de toeristische sector. Naast de toeristische sector zal zeker ook met de zorgsector, de verzekeringssector, enz. rond de tafel moeten gezeten worden.

In het onderzoek werden heel wat aandachtspunten en knelpunten aangekaart. Om te komen tot gepaste antwoorden voor deze aandachtspunten en knelpunt is vervolgonderzoek nodig.

Opzetten van een denktank m.b.t. zorgvakanties

Het verdient aanbeveling om de verschillende betrokken actoren samen met een aantal experts op te nemen in een denktank. Deze denktank kan de motor en het klankbord vormen voor de ontwikkeling van verdere

stappen m.b.t. zorgvakanties en het creëren van een synergie tussen zorgsector en toeristische sector.

Voorliggend onderzoek nam de reeds actieve spelers als uitgangspunt. Er zal evenwel verder studiewerk nodig zijn voor de uitdieping van een aantal aspecten, zoals : de rol van assistentie en de mogelijke invullingsvormen, inzet van vrijwilligers, de kostprijs van zorgvakanties, afstemming tussen zorgsector - verzekeringssector - private sector, analyse van de noden van minder typische handicaps zoals bijvoorbeeld psychische handicaps, autisme, ...