

Lokale verkiezingen - 7 uitdagingen

SOLIDARIS Oost-Vlaanderen

Op zondag 13 oktober 2024, 4 maanden na de Europese, Federale en Vlaamse verkiezingen, stemmen we in België voor onze vertegenwoordiging op het lokale niveau. We trekken die dag naar de stembus om onze voorkeuren uit te spreken voor het bestuur van onze steden, gemeenten, en voor de provinciale besturen. De lokale verkiezingen spelen zich af tegen de achtergrond van grote, belangrijke uitdagingen op vlak van klimaatbeleid, migratie en integratie, veiligheid, verhoogde kosten van levensmiddelen, een groeiend aandeel arbeidsongeschikten, een verouderende bevolking ... Solidaris Oost-Vlaanderen licht in die context 7 uitdagingen uit die cruciale inspanningen vereisen op het lokale niveau.

Uitdaging 1 - Te weinig preventie, te veel ongelijkheid. Gezondheid in alle domeinen

Driekwart van de Belgische bevolking boven de 15 jaar oud stelt in goede tot zeer goede gezondheid te verkeren.¹ Onze gemiddelde levensverwachting (zowel voor mannen als voor vrouwen) ligt boven het Europese gemiddelde.² En ook in termen van de meest belangrijke doodsoorzaken (i.e. hart- en vaatziekten en kankers) ligt het aantal sterftegevallen in België onder of op dat Europese gemiddelde. Belgen hebben een lagere prevalentie van diabetes en we kennen in ons land een zeer hoge mate van vaccinatie tegen de griep bij de oudere bevolking.

Dat zijn goede cijfers. Maar toch zijn we op enkele vlakken de minder goede leerlingen in de klas: het aandeel 65+'ers met 2 of meer chronische ziekten ligt bij ons hoger dan het Europese gemiddelde. Heel wat thuiswonende ouderen voelen zich in België beperkt in hun dagelijkse activiteiten. We stellen ons bovendien ook vaak bloot aan gezondheidsrisico's en risicogedragingen. 50 % van de volwassen bevolking rapporteert overgewicht. Echt opbeurend zijn die vaststellingen niet.

We moeten ook enkele belangrijke gezondheidsongelijkheden vaststellen binnen onze bevolking.³ In termen van inkomensongelijkheid, bijvoorbeeld, zien we dat bij de 20 % laagste inkomens ongeveer 57 % een goede tot zeer goede gezondheid rapporteert. In de hoogste categorie ligt dat aandeel maar liefst op 88,7 %. De meer gegoede burgers hebben dus een aanzienlijk hogere kans tevreden te zijn over hun gezondheid. Ook het opleidingsniveau⁴ beïnvloedt in belangrijke mate de gezondheid van het individu en gezondheid op populatieniveau. Hoe hoger het opleidingsniveau en hoe hoger het inkomen, hoe beter de gezondheid.⁵ En die ongelijkheden zijn al vanaf de kindertijd waar te nemen.

¹ [OECD Statistics](#)

² [Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle | READ online \(oecd-ilibrary.org\)](#)

³ [OECD Statistics](#)

⁴ Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of health & illness*, 30(4), 565-582

⁵ [Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems | en | OECD](#)

Een eigen studie bij Vlaamse leden van Solidaris tussen 0 en 17 jaar⁶ toont onder meer aan dat “kinderen in armere huishoudens (met verhoogde tegemoetkoming) over het algemeen iets slechter scoren op de verschillende indicatoren dan kinderen in rijkere huishoudens (zonder verhoogde tegemoetkoming) (...).

Zo nemen kinderen met verhoogde tegemoetkoming (VT) opvallend meer antidepressiva of antipsychotica dan kinderen zonder VT, brengen ze vaker een bezoek aan de spoeddienst, en worden ze frequenter opgenomen in een (psychiatrisch) ziekenhuis.”

Voor Solidaris is het daarom belangrijk om als samenleving zoveel mogelijk in te zetten op het creëren van gunstige omstandigheden om een zo gezond en gelukkig mogelijk leven te kunnen leiden. We willen streven naar een visie van gezondheid in alle beleidsdomeinen. Het beleid moet zo vroeg en breed mogelijk ongelijkheid in verschillende facetten aanpakken. Er moet geïnvesteerd worden in betaalbare, kwalitatieve huisvesting, pre- en postnatale begeleiding van kwetsbare zwangere vrouwen, een voldoende groot en aangepast zorgaanbod in de omgeving van scholen en kinderopvangcentra (bv. logopedie), een goede ruimtelijke ordening, een duurzame leefomgeving, toegankelijk openbaar vervoer, kwalitatief onderwijs, werkbaar werk, ...

Wat kan een lokale overheid hierin betekenen?

- We moeten streven naar een samenleving waarin zoveel mogelijk omgevingen, zo aantrekkelijk mogelijk zijn. **De omgeving** waarin we leren, werken, wonen, en ontspannen speelt immers een belangrijke rol in de leefomstandigheden en de (on)gezonde keuzes die iemand kan maken. Eenzaamheid, hinder, onveiligheid, en/of ontevredenheid over je woonplaats zijn slecht voor het welbevinden. Ongezonde woningen, onbetaalbare huisvesting, ongezonde leef- en woonomgeving, onzekere arbeidsvoorwaarden, armoede, er alleen voor staan, ... dit zijn stuk voor stuk situaties die sterk bepalend zijn voor de volksgezondheid. Inzetten op betaalbare huisvesting, een goede ruimtelijke ordening, een duurzame leefomgeving, toegankelijk openbaar vervoer, kwalitatief onderwijs, werkbaar werk, ... heeft daarom een zeer sterke impact op de gezondheid van de bevolking.
- Lokale overheden moeten dan ook inzetten op een kwaliteitsvolle, veilige, toegankelijke en aantrekkelijke **openbare ruimte** met veel groen. Ze moet gaan voor groene rustplekken in het drukke leven van elke dag. Dergelijke, toegankelijke en groene openbare ruimte zet aan tot meer wandelen, ontspannen en algeheel bewegen, sociale contacten en finaal een hogere levenskwaliteit.
- Lokale overheden moeten ook inzetten op de **mobilititeit** van haar burgers. Dat kan op verschillende manieren. Door te investeren in een aantrekkelijk aanbod voor openbaar vervoer, door ondersteuning van deelwagensystemen, door te investeren in elektrische laadpalen op gemeentelijke parkeerterreinen, door samenwerking met bedrijven die alternatieve mobiliteit (e.g. deelfietsen of -steps) faciliteren of door dit zelf te organiseren, door in te zetten op een goede wegeninfrastructuur - inclusief fietspaden, ...
- Zo vroeg mogelijk ongelijkheid aanpakken impliceert naast investering in de leefomgeving van de burger ook dat de lokale overheid in de mate van het mogelijke **een zorgende rol** opneemt. Er moet geïnvesteerd worden in pre- en postnatale begeleiding van kwetsbare zwangere vrouwen, kwaliteitsvolle en toegankelijke kinderopvang en kleuteronderwijs, gezondheidseducatie, gezonde en betaalbare/gratis voeding in de kinderopvang/op school, ...

⁶ [Microsoft Word - Studierapport sociale ongelijkheden in gezondheid bij jongeren december 2019.docx \(solidaris-vlaanderen.be\)](#); p. 3

- Ook later blijft het van belang de ongelijkheid in de samenleving zo goed mogelijk op te vangen. Financiële problemen zijn nog steeds een belangrijke reden om zorg en ondersteuning uit of af te stellen. Stelselmatige aandacht voor een betaalbare, beschikbare en toegankelijke gezondheidszorg blijft essentieel om gezondheidsverschillen effectief tegen te gaan. **Het geïntegreerd breed onthaal (GBO)**, een samenwerkingsverband tussen het OCMW, het centrum voor algemeen welzijnswerk (CAW) en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW), kan daarin een cruciale rol spelen. Om een toegankelijke sociale hulp- en dienstverlening te realiseren stemt het samenwerkingsverband ook af met lokale basis- of faciliterende actoren (o.a. samenlevingsopbouw, armoedeverenigingen, huisartsen, thuiszorgdiensten, ...) én met het meer gespecialiseerde begeleidingsaanbod.
- Verder moet een lokale overheid ook investeren in **een gezonde levensstijl** van haar burgers. Een gezonde levensstijl - bewegen wanneer het kan, gezonde alternatieven verkiezen boven een ongezond aanbod, zo weinig mogelijk ongezonde gewoonten faciliteren, ... - kan enkel vorm krijgen binnen een maatschappij die er de kansen op maximaliseert. En ja, het stimuleren van kansen om gezonde keuzes te maken impliceert **soms ook het verbod op de verkoop of het gebruik van ongezonde producten in specifieke omstandigheden**. Speelpleinen, sportclubs, de haltes bij het openbaar vervoer, de omgeving van scholen en plaatsen waar naschoolse activiteiten georganiseerd worden, ... dat zijn plaatsen waar we onze kinderen en jongeren zoveel mogelijk moeten afschermen van ongezonde gewoonten zoals het consumeren van alcohol, tabaksproducten en druggebruik. **Solidaris ziet hierin eerder plekken om gezond gedrag aan te moedigen.**

Uitdaging 2 - De ziekenhuishervormingen op het lokale niveau

De uittredende federale regering en minister Vandenbroucke kwamen begin 2022 met een plan voor de hervorming van de organisatie en financiering van het Belgische ziekenhuislandschap.⁷ De hervorming van het ziekenhuislandschap diende te vertrekken van het leidinggevende principe “nabije zorg waar mogelijk, geconcentreerde zorg waar nodig”. De samenwerking tussen naburige ziekenhuizen moest worden versterkt en de zorg voor complexe aandoeningen diende te worden geconcentreerd in een beperkt aantal referentiepunten op supra regionaal niveau. Hoewel sommige delen van het plan wel wat stof deden opwaaien werd het over het algemeen positief onthaald.⁸

Ook **Solidaris ondersteunt de krijtlijnen van het hervormingsplan van Vandenbroucke**. Het is ook voor ons belangrijk dat we het ziekenhuislandschap plannen zodat de basiszorg heel dicht bij de mensen, en de gespecialiseerde zorg in meer geconcentreerde expertisecentra georganiseerd kan worden. Het aanbod dient de vraag te volgen, en niet andersom. Ziekenhuizen willen en moeten inderdaad voor bepaalde opdrachten dicht bij de mensen zijn die zij verzorgen. Maar het heeft geen zin om meer gespecialiseerde opdrachten in alle ziekenhuizen die ons land telt aan te bieden. Als dat het geval zou zijn, is dit niet goed voor de zorgverleners, de patiënt, noch ons zorgsysteem. De specialisten en het ziekenhuispersoneel zouden onvoldoende met dergelijke zorgvraag in aanraking komen om de behandeling goed te doen.

⁷ [Meer ingrepen via dagopname, minder materniteiten: dit plan legt minister Vandenbroucke op tafel | VRT NWS: nieuws](#)

⁸ Cf. bijvoorbeeld [Hervorming van de ziekenhuisfinanciering: Vandenbroucke zet zijn pionnen uit - De Specialist](#)

Solidaris is dus voorstander van een efficiënte zorgprogrammatie en -planning, al dan niet via fusie en/of nauwe samenwerking tussen ziekenhuizen en/of ziekenhuisnetwerken. Tegelijkertijd - en belangrijk in het kader van de lokale verkiezingen - zijn we beducht voor potentiële nevenwerkingen van een doorgedreven concentratie van ziekenhuisopdrachten via de fusie van ziekenhuizen.

Fusie van ziekenhuizen die waardevolle elementen dreigt uit te zuiveren en het belang van patiënt niet altijd dient

De fusie van verschillende ziekenhuizen in het verleden heeft er wel eens toe geleid dat de invloed van een lokale overheid op een ziekenhuis stelselmatig afgenomen is. Dergelijke invloed kan echter interessant zijn om het aanbod af te kunnen stemmen op de vraag én kan beleid mogelijk maken op het vlak van financiële toegankelijke zorg.

Dergelijke evolutie zien we bijvoorbeeld duidelijk in de geschiedenis van de Waaslandse ziekenhuisgroep, Vitaz. Vitaz is het resultaat van een aantal tientallen jaren van verschillende fusiebewegingen tussen openbare en private ziekenhuizen.

Het samengaan van openbare ziekenhuizen verzwakt in de praktijk de rol die het openbaar belang nog speelt in het beheer van dergelijke fusieziekenhuizen omdat de lokale overheden hun greep op het bestuur van deze voorzieningen (ten minste ten dele) uit handen hebben gegeven.

Dat zagen we bijvoorbeeld recent in het nagenoeg systematische gebruik van achterpoortjes in een aantal ziekenhuizen om het verbod op ereloonsupplementen voor NMR/MRI of CT scans tijdens de kantooruren te omzeilen.⁹

Zo kregen we verscheidene getuigenissen binnen waaruit bleek dat sommige ziekenhuizen alternatieve ereloonsupplementen invoerden (bijvoorbeeld op RX, echo, ...) om de kassa van de artsen te laten kloppen, ... Dat doet de wenkbrauwen fronsen.

Begin dit jaar werd aangekondigd dat de Gentse ziekenhuizen AZ Jan Palfijn en AZ Sint-Lucas in 2027 zullen fuseren.¹⁰ De keuze werd gekaderd als het gevolg van financieel-administratieve overwegingen. Enkel samen kunnen de strenger opgelegde normen gehaald worden. Dat zal zeker zo zijn. En het lijkt bijna vanzelfsprekend dat een bundeling van de krachten de ziekenhuizen ten goede kan komen. Al stellen we ons vragen over de toekomst van een **belangrijke beleidskeuze van het AZ Jan Palfijn**: wat met de verplichte conventionering van haar artsen-specialisten?

Beide ziekenhuizen hebben een sterk uitgesproken sociale missie. Maar in tegenstelling tot het AZ Sint-Lucas werkt het Jan Palfijnziekenhuis vandaag met een verplichte conventionering van haar artsen-specialisten.¹¹ Zij volgen dus de tarieven afgesproken in het nationale overleg tussen de artsen en de ziekenfondsen. Daarbovenop staat het kamersupplement dat zij vragen bij de keuze voor een éénpersoonskamer vast op 135 %. Zo garandeert het ziekenhuis helderheid en tariefzekerheid aan de patiënten en draagt het bij tot de beschikbaarheid van geconventioneerde artsen-specialisten in de regio.

Solidaris pleit voor het behoud van dit systeem van tariefzekerheid voor de patiënt, ook na een fusie van de ziekenhuizen.

⁹ [20240422-Persbericht-supplementen.pdf \(solidaris-vlaanderen.be\)](#)

¹⁰ [AZ Sint-Lucas en Jan Palfijnziekenhuis worden in 2027 één groot Gents ziekenhuis: "We zullen sterker staan" | VRT NWS: nieuws](#)

¹¹ [Conventionering | AZ Jan Palfijn Gent](#)

Fusie van ziekenhuizen die lokale greep op het gezondheidszorgaanbod dreigt te elimineren

Wat kunnen lokale overheden doen?

- Van de lokale overheden verwachten we dat zij erover waken dat de **zorgvoorzieningen op hun grondgebied** zich op een zo efficiënt mogelijke wijze, en ten voordele van de lokale gemeenschap organiseren. Waar lokale overheden participeren in het bestuur van het ziekenhuis verwachten we van hun vertegenwoordigers dat die de stem van de lokale (patiënten)-bevolking vertegenwoordigen en maatregelen die de (financiële) toegankelijkheid van zorg verminderen tegen gaan.
- We verwachten dat lokale overheden **samenwerken met de ziekenfondsen bij klachten** vanwege hun leden (ziekenfondsen) en burgers (overheden) over de goede werking van deze instellingen.
- Dat impliceert ook dat de overheden de **burgers overtuigen van een spreiding van zorgopdrachten volgens de logica, nabije zorg waar mogelijk, geconcentreerde zorg waar nodig**. Ziekenhuizen moeten immers de ruimte krijgen om zich via fusies en intergemeentelijke planning van het zorgaanbod zo efficiënt mogelijk te organiseren.
- Verder verwachten we ook **samenwerking tussen lokale overheden en de ziekenhuizen** om de bereikbaarheid van de diensten van het ziekenhuis zo goed mogelijk te organiseren. Zowel in termen van ruimtelijke planning als in termen van mobiliteit en openbaar vervoer moeten lokale overheden en ziekenhuizen samenwerken in dienst van de burgers.

Uitdaging 3 - Geen zorg zonder zorgverleners

Steeds vaker duiken signalen op over personeelstekorten in de zorg- en welzijnssector. Lokaal kunnen deze tekorten nog uitgesprokener zijn. Zo stijgt de laatste jaren het aantal steden en gemeenten dat als huisartsarm (i.e. minder dan 9 huisartsen per 10 000 inwoners) geklasseerd wordt.¹² Verpleegkundigen zien zich ook verworpen tot deel van een knelpuntberoep.¹³

Het is niet vanzelfsprekend om deze beweging zomaar om te draaien. Immers, huisartsarme gemeenten zijn voor startende artsen minder aantrekkelijk omdat zij zich moeten verwachten aan een extra zware caseload. Zo dreigt er een vicieuze cirkel te ontstaan die niet zo makkelijk te doorbreken is. Schaarste veroorzaakt een spiraal van prijsverhogingen en tariefonzekerheid, kwaliteitsverlies en onbeschikbaarheid van zorg. De vraag is groter dan het aanbod, prijzen en honoraria stijgen, deconventionering neemt toe, dan volgt een verschuiving van patiënten naar geconventioneerden, wat opnieuw schaarste voor deze groep veroorzaakt en de tarieven weer opdrijft.

In ons memorandum voor de federale verkiezingen riepen we de volgende regering daarom op om het werken in de zorg- en welzijnssector aantrekkelijker te maken, om te voorzien in een verhoogde instroom van huis- en tandartsen, en om het aandeel geconventioneerde zorgverleners te verhogen.

¹² [Aantal huisartsarme gemeentes blijft toenemen | Zorg en \(zorg-en-gezondheid.be\)](#) ; [Aantal "huisartsarme" gemeentes stabiliseert voor het eerst \(zorg-en-gezondheid.be\)](#); [Drie op de vier gemeenten zijn "arm aan huisartsen", maar hoe problematisch is dat? En zijn er oplossingen? | VRT NWS: nieuws](#)

¹³ [Verpleegkundige in top 10 van knelpuntberoepen in Vlaanderen | Zorgnet-Icuro \(zorgneticuro.be\)](#)

Lokale overheden hebben echter ook een zeer belangrijke rol te spelen.

- De uittredende Vlaamse minister van Volksgezondheid, minister Crevits, heeft geld uitgetrokken voor een **zorgstroomcoach**, tewerkgesteld binnen Domus Medica, die in een aantal pilootregio's de huisartsenzorg dient te optimaliseren. De coach werkt samen met de Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten. Het is belangrijk dat steden en gemeenten die momenteel geconfronteerd worden met huisartstekorten hun ervaringen vertaald zien in de werkzaamheden van deze zorgstroomcoach. Het is belangrijk dat zij hun burgers de kans geven om problemen te signaleren bij het vinden van een huisarts. We vragen ook een **doorgedreven samenwerking met het lokale ziekenfonds** op dit vlak.
- De **ziekenfondsen** kunnen de rol opnemen van **meldpunt** voor **en dataleverancier** van gegevens aan lokale overheden in verband met moeilijkheden om zorgverleners te vinden. In huisarmsarme gemeenten kunnen de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen een cruciale rol spelen om in overleg met de huisartsen ter plekke de meest kwetsbare patiënten (chronisch zieken, laag gezondheidsgeletterden, ...) bij voorrang aan een huisarts te helpen.
- Lokale overheden kunnen - op basis van die informatie - overgaan tot specifieke maatregelen.
 - o Zij kunnen bijvoorbeeld **leegstaande eigendommen van de gemeente** (voor beperkte prijs) ter beschikking stellen van zorgverleners die zich in zones waar een tekort werd vastgesteld, willen vestigen. Nog beter zou het zijn deze praktijken zoveel mogelijk multidisciplinair in te laten vullen, opdat zorgverleners aan zorgsubstitutie en taakdelegatie kunnen doen.
 - o Lokale overheden kunnen **zorgverleners** ook **ondersteunen in hun vestiging en praktijkvoering** en moeten zorgen voor een 'zorgverlener' vriendelijke context (e.g. in commerciële plinten die leegstaan gebruik voor zorg toestaan, parkeerfaciliteiten, busbanen uitbreiden voor zorgberoepers, ...) zodat het attractief wordt voor zorgverleners om zich in de stad of gemeente te komen vestigen.
 - o Lokale overheden kunnen ook zelf investeren in **Community Health Work** voor die doelgroepen die zeer moeilijk bereikbaar zijn via klassieke communicatie en participatiekanalen.¹⁴ We vragen dat zij dat doen in nauwe samenwerking met de ziekenfondsen, zoals dit reeds in enkele steden succesvol gebeurt.
 - o Lokale overheden kunnen ook in samenwerking met de lokale **ziekenfondsen burgers sensibiliseren** over hoe en wanneer beroep te doen op welke zorgverlener. Dergelijke informatiecampagnes hebben zeker hun nut in omgevingen waar het aantal zorgverleners laag ligt.
 - o Ten slotte vragen we van lokale overheden inspanningen om onze informele zorgverstrekkers, de Vlaamse mantelzorgers, zo goed mogelijk te ondersteunen. Solidaris pleit hier voor een **automatische rechtentoekening op gemeentelijke niveau**. Momenteel moet je voor heel wat premies, zoals de gemeentelijke mantelzorgpremie, zelf actief een aanvraag indienen. We vragen dat gemeenten hier initiatief nemen om actief te zoeken naar burgers die dergelijke premie kunnen krijgen.

¹⁴ [Home - Community Health Workers \(chw-intermut.be\)](http://Home - Community Health Workers (chw-intermut.be))

Uitdaging 4 - Geestelijke gezondheid

Onze **geestelijke gezondheidszorg is vandaag onvoldoende performant**. Bevolkingsstudies tonen aan dat ongeveer 43 % van de volwassenen met een vaak voorkomende en behandelbare stoornis op jaarbasis professioneel wordt behandeld.¹⁵ Voor jongeren is dat slechts 31 %. Op jaarbasis worden 7 op de 10 jongeren met een stoornis niet behandeld. We kunnen niet anders dan spreken van een onderbehandeling van psychische stoornissen. Ook zorgverleners in het werkveld maken zich openlijk zorgen.¹⁶

Er werd werk gemaakt van een mentaliteitsomslag in de manier waarop zorg met betrekking tot de **geestelijke gezondheid** van burgers wordt georganiseerd. De conventie Eerstelijns psychologische zorg werd in 2020 opgestart. Het nieuwe systeem vertrekt vanuit de zorgnood van de populatie van een specifieke regio én spitst zich primair toe op zorg en ondersteuning vóór psychologische zorgnood zich tot ernstige psychische problematiek ontwikkelt. De werkzaamheid van deze overeenkomst moet kritisch geëvalueerd, bijgestuurd, uitgebreid en structureel verankerd worden. De populatie-gebonden financiering moet voldoende ruim zijn om alle netwerken GGZ in staat te stellen om hun opdrachten te vervullen en in het bijzonder voldoende psychologen te contracteren, **zodat patiënten met psychische zorgnoden de passende zorg kunnen krijgen, zonder wachtlijsten**. Om dit te verwezenlijken dient het gezondheidsbudget voor GGZ van de huidige 6 % opgetrokken te worden naar 10 % (i.e. de internationale OESO-standaard).

Een betere en meer effectieve geestelijke gezondheidszorg moet daarnaast volop inzetten op een **'public health' benadering**, die investeert in sociale zekerheid én menswaardige levensomstandigheden voor iedereen (bv. huisvesting, opleiding en scholing, werkbaar werk met menswaardig inkomen, ...). Dergelijk benadering legt de nadruk op het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen in de samenleving en vertrekt niet langer van het bestaande zorgaanbod, maar stelt de zorgbehoefte van zowel de burger als van de globale bevolking centraal.

Aandacht voor mentaal welzijn hebben in de samenleving betekent niet dat elk probleem een stoornis of ziekte hoeft te zijn. Moeilijke momenten, de ervaring van problemen met onze mentale gezondheid, ons 'geluk' gevoel, ... dit zijn zaken die we allemaal meemaken. Sommige mensen hebben nood aan professionele psychologische of psychiatrische hulp om dit te boven te komen. Voor andere mensen volstaat een aanbod op het eerstelijnsniveau of, breder nog, een bruisend verenigingsleven, lokaal vrijetijdsaanbod, fijne wandel- en fietsroutes, een cultuuraanbod dat de mensen buiten brengt, ... Dit zijn zaken waar **lokale overheden** in kunnen en moeten investeren.

¹⁵ Cf. [De mythes voorbij. Het public health perspectief als leidraad bij hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg | Zorgnet-icuro \(zorgneticuro.be\)](#); p. 10

¹⁶ [Mijn job en mijn levensdoel is om kinderen te helpen, maar dat wordt steeds moeilijker \(demorgen.be\)](#)

Uitdaging 5 - De (lokale) re-integratie van langdurig zieken

Recent werd in ons land de kaap van 500 000 langdurig zieken overschreden.¹⁷ Meer psychologische en mentale ziekten, motorische aandoeningen (e.g. rugproblemen) zijn verklarende, medische factoren. Ook andere zaken als de verhoging van de pensioenleeftijd én verminderde mogelijkheden om vroeger te stoppen met werken spelen ook een rol. Verhoogde werkdruk, genderongelijkheid in de informele (zorg)arbeid, ... zijn sociologische verklaringen.

De federale overheid kijkt vandaag terecht naar de werkgevers en naar de ziekenfondsen om langdurig zieken zo goed mogelijk te begeleiden naar een re-integratie op de arbeidsmarkt, op het tempo van de zieke, met aandacht voor wat die persoon wél kan.¹⁸ Solidaris omarmt die taakbedeling. We willen een actieve partner zijn voor de langdurig zieken in hun re-integratie.

Op het lokale niveau vragen we vooral dat steden en gemeenten zoveel mogelijk bijdragen in de maatschappelijke uitdaging om langdurig arbeidsongeschikten zo veel mogelijk, maar ook zo gepast mogelijk te helpen re-integreren in onze samenleving. Dat kan door nauw samen te werken met ziekenfondsen en door breed te communiceren over mogelijkheden voor tewerkstelling. Die mogelijkheden gaan van aangepaste tewerkstelling bij de eerdere werkgever, over mogelijkheden om van loopbaan te veranderen, tot mogelijkheden om via lokaal vrijwilligerswerk (opnieuw) vertrouwd te worden met werken. We vragen om burgers door te verwijzen naar het ziekenfonds bij vragen over progressieve tewerkstelling. We vragen om vanuit de gemeente mee te werken aan het kenbaar maken van de eigen vacatures of van jobs in de nabije omgevingen van beschikbaar vrijwilligerswerk op het lokale niveau.¹⁹

Uitdaging 6 - (Lokale) dienstverlening in een digitaal tijdperk

Technologische en digitale evoluties hebben ons leven drastisch beïnvloed in de laatste decennia. Dat heeft heel wat nieuwe mogelijkheden met zich meegebracht. In de gezondheidszorg heeft de digitalisering gezorgd voor een meer actieve betrokkenheid van de patiënt.

We zien dit bijvoorbeeld in de veelheid aan digitale tools zoals gezondheidsapps en zelf-monitoringsapparaten waarover mensen vandaag kunnen beschikken. Belangrijk is dat dit type toepassing geen vervanging is voor een klinisch/zorgtraject. Het stelt veeleer de patiënt in staat controle uit te oefenen op dat traject. Er moet dus een evenwicht worden nagestreefd tussen het ter beschikking stellen van nieuwe mogelijkheden en technologieën en oudere, *klassieke* vormen van zorgverlening en diensten.

Solidaris vraagt van lokale overheden dat zij het belang van een beschikbare, nabije fysieke dienstverlening niet uit het oog verliezen en dat zij initiatieven ondersteunen die de niet of nog niet-digitaliseerde burger ondersteunen.

¹⁷ [Voor het eerst meer dan 500 000 langdurig zieken in België | VRT NWS: nieuws](#)

¹⁸ [Re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers | Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg \(belgie.be\)](#)

¹⁹ [Vrijwilligerswerk - Home; Vacatures | 11.11.11](#)

Uitdaging 7 - Kwalitatieve thuis- en ouderenzorg

Een lokaal bestuur behoort vinger aan de pols te houden om flexibel in te spelen op de maatschappelijke noden die zich voordoen binnen hun gemeente of stad. Zelf of in samenwerking met social profit-actoren ter plekke. Vermaatschappelijking van zorg en buurtgerichte zorg vraagt dat zorg- en dienstverlening dichtbij beschikbaar is. De rol die een lokaal bestuur kan spelen, mag niet onderschat worden.

Vroeg of laat heeft iedereen, al dan niet tijdelijk, zorg nodig, voor zichzelf of voor naasten. Onze Belgische bevolking wordt ook steeds ouder²⁰. De gemiddelde levensverwachting ligt bij ons boven het Europese gemiddelde²¹.

Tegelijkertijd leven Belgen boven de 65 jaar bovengemiddeld vaak met twee of meer chronische ziekten. De zorgvraag van onze ouderen groeit dus zowel in absolute termen als in complexiteit. Solidaris vraagt dat ook lokale overheden ouderen zo goed en zo lang mogelijk ondersteunt in het behoud van hun zelfstandigheid. Lokale besturen kunnen de nodige evolutie van WZC naar kleinschaligere, huiselijker wooneenheden ondersteunen en/of faciliteren, zodat er opnieuw een gemeenschapsgevoel kan gecreëerd worden. We kijken daarbij ook naar andere leef- en woonvormen voor mensen die zorg nodig hebben (levenslang wonen, ...).

In de residentiële ouderenzorg zien we dat de financiële toegankelijkheid en kwaliteit van de WZC steeds meer onder druk komen te staan. Dit heeft verschillende redenen. Ontoereikende financiering, ontoereikende personeelsnormering, opnieuw aankomende wachtlijsten. Ook indien er omwille van controle en inspectie ouderenvoorzieningen moeten sluiten heeft, heeft een lokaal bestuur een maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Solidaris vraagt van de lokale overheid: recht op en aanbod van zorg kan niet afhankelijk zijn van in welke buurt je woont. Burgers, zowel jonger als ouder, die nood hebben aan zorg moeten een beroep kunnen doen op kwalitatieve, betaalbare en toegankelijke zorg op maat, in hun vertrouwde omgeving. Lokale besturen moeten er over waken dat er voldoende kwalitatief en betaalbaar aanbod aan zorg beschikbaar is in hun gemeente of stad, door zelf aanbod te voorzien of door in samenwerking met lokale social profitactoren aan de slag te gaan.

²⁰ [43] Sterftetafels en levensverwachting | Statbel (fgov.be)

²¹ [44] Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle | READ online (oecd-ilibrary.org)